UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2016 N° 117

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

Fabrice NOYER
Né le 10 avril 1987 à Beaupréau (49)

Du syndicalisme médical de l'entre-deux guerres à la naissance de l'Association Médicale Mondiale : Vie et œuvre du docteur Paul CIBRIE

Président de thèse : Madame le Professeur Anne DANION-GRILLIAT
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Christian BONAH

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

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

Année universitaire 2015-2016

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

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

• 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
• Chargé de mission auprès du Doyen	M. VICENTE Gilbert
• Responsable Administratif	M. LE REST François

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)
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
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

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
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
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
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 (Disponibilité 04.16-04.18)	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 CIvil	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
LAUGEL Vincent P0092	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
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 Civil	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)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
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
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017
(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2016
(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2016
(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2016

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

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 Anesthésiologie-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 biologique)
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 (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)

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)
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)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Dr ROMAIN Benoît M0061		• 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 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)

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)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

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

- ***de droit et à vie*** *(membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- *pour trois ans (1er septembre 2013 au 31 août 2016)*
  OUDET Pierre (Biologie cellulaire)
- *pour trois ans (1er septembre 2014 au 31 août 2017)*
  Néant
- *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)

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)

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
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.04.16
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
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
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

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 mœurs 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

Merci à vous, Professeur Christian Bonah, qui n'avez pas hésité une seconde à devenir le président de ma thèse, qui m'avez ouvert les portes des archives, m'avez orienté vers les bons choix et m'avez guidé pendant ces deux années et demie. C'est un grand honneur de travailler avec vous et j'espère avoir été digne de vos relectures, de vos conseils et de vos enseignements.

Merci à Madame le Professeur Anne Danion-Grilliat, d'avoir accepté d'être la directrice de ma thèse et d'avoir relu mes conclusions.

Merci à Monsieur le Professeur Jacques Kopferschmittt, d'avoir accepté d'intégrer le jury et de vous être intéressé à mon travail. Merci également de votre accueil et de votre confiance accordée lors de mon semestre dans votre service d'urgences du NHC.

Merci à Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de vous être intéressé à mon travail.

Un grand merci à tout l'équipe du bureau de la World Medical Association qui m'a si bien accueilli et m'a ouvert les portes des archives privées. Merci à Monsieur le Professeur Otmar Kloiber de m'avoir reçu et de manifester de l'intérêt pour mon travail.

Merci à Madame Denise Cibrie d'avoir partagé vos souvenirs personnels de Paul Cibrie et vos secrets de famille.

Merci à Monsieur Jean-Claude Cibrie d'avoir aidé mes recherches généalogiques.

Merci à Monsieur le Professeur Etienne Lepicard pour m'avoir fait l'immense honneur de relire la partie WMA de mon travail.

Merci à la faculté de médecine d'Angers et à ses professeurs. Grâce à l'atmosphère familiale à la fois sérieuse et conviviale, l'enseignement nous permet d'accéder aux connaissances médicales théoriques requises mais aussi pratiques sans oublier les valeurs éthiques de notre profession. Loin d'instaurer entre les étudiants une recherche de la performance théorique créant une concurrence malsaine, les professeurs ont guidé ma formation comme un véritable compagnonnage.

Un merci tout particulier à Madame le Professeur Isabelle Richard, doyenne de la faculté de médecine d'Angers, pour considérer les étudiants, dès le début de l'externat comme de vrais confrères et pour m'avoir fait confiance en me permettant de réaliser un semestre en Allemagne. Votre politique d'incitation aux voyages pour étayer la formation médicale des étudiants vous honore. Je me souviens de votre discours tenu au premier jour de rentrée de DCEM4 : «Votre classement à l'ECN n'a d'intérêt pour nous que s'il vous permet d'accéder à la spécialité que vous désirez. L'important est que vous soyez des médecins épanouis et heureux dans vos choix futurs en exerçant la médecine qui vous correspond. Nous serons toujours disponibles pour les étudiants qui désirent nous faire part de leur mal-être et nous pourrons discuter d'aménagement de stage pour ceux obligés de travailler à côté de leurs études. » Cette attention envers les étudiants doit être un exemple à suivre.

Je remercie également le regretté Professeur Frédéric Dubas qui m'a fait aimer la neurologie grâce à une pédagogie sans pareille, les Professeurs Clotilde Rougé-Maillart et Erick Legrand pour la qualité de la formation reçue en stage et enfin le Professeur Jean-Marc Mouillie qui a éveillé mon intérêt pour l'éthique médicale, merci pour le voyage à Auschwitz que je n'oublierai jamais et pour apporter aux externes angevins de si riches enseignements imprégnés de valeurs humaines.

Merci à tous les internes qui m'ont soutenu et appris énormément en stage.

Merci à toi Marie-Jo, d'avoir accompagné mes premiers pas d'interne en m'accordant une confiance si exceptionnelle. Tu m'as appris que les meilleurs médecins étaient souvent les plus modestes.

Merci aux médecins des urgences du NHC pour m'avoir permis de survivre dans la bonne humeur à la jungle des urgences !

Merci à vous Olivier et Sabine pour avoir guidé mes premiers pas de médecin généraliste.

Merci à toute l'équipe très compétente de la clinique St-Luc qui m'a permis de terminer ma formation médicale dans des conditions optimales. Un merci particulier à toi Xavier : le seul médecin à défendre à la fois les soins palliatifs, la Belgique et le foot, à toi Denis : grâce à qui je sais tout de la si fréquente intox au plomb, à toi Céline : qui était partout et qui savait quand on ne savait pas et à toi Laurence pour ton humour.

Un énorme merci à toi Laure. Merci schätzele de m'avoir soutenu tout au long de l'écriture de cette thèse, particulièrement quand le désespoir était proche. Merci de l'avoir relue et corrigée. Merci d'être entrée dans ma vie et de lui avoir donné un sens. Merci d'exister et merci de ton amour quotidien.

Merci à mes chers parents. Merci de m'avoir offert l'amour et l'éducation nécessaires à la construction d'une vie. Je vous serai éternellement reconnaissant de cette générosité et de vos sacrifices.

Merci à ma sœur et à mon frère, Peggy et Richard. J'ai conscience chaque jour de la chance de vous avoir. Vous êtes formidables et je suis tellement fier de vous deux. Merci Seb de rendre ma sœur heureuse et merci à vous de m'avoir donné deux adorables nièces qui rendent si vivants et joyeux les trop rares instants passés en famille.

Merci à mon immense famille pour tous ces moments vécus dans les rires. Promis je ferai de mon mieux pour être là aux prochaines cousinades !!

Merci à mon regretté papy Jules pour tous les trajets que tu as faits pour moi et qui m'ont permis d'apprendre le piano.

Merci à mamie Gilberte pour avoir été une nourrice bienveillante et m'avoir tout simplement sauvé la vie en ayant le bon réflexe.

Merci à papy Serge et mamie Nicole pour avoir bercé mon enfance et me faire croire en l'amour éternel.

Merci à Claire, Flo, Arielle et Jean-Louis, de m'accueillir si gentiment.

Merci à toi Clem (ou Koko) pour cette longue amitié, ces trois excellentes années de colocation et pour ta bonne humeur contagieuse. Ne change rien, tu es parfait, tu m'impressionnes.

Merci à vous, ô amis externes angevins : Claire (merci pour ta joie de vivre depuis le début), Manu, Martin, Hermeland, Camille, Charles, Willou, Irène, Anaïs, Cécile, Julien, Julie, Annie, Popole, Armelle, Emilie, Rod, Cécile, Pierre, Manon, Tiphaine, Anne, l'autre Manu. Merci pour tous les moments inoubliables qui me permettent de repenser à l'externat avec délice et nostalgie.

Märsi ze mina Frind Elsassisch : Francky, le plus angevin des strasbourgeois, il a fallu qu'on traverse la France pour apprendre à se connaître mais quelle belle découverte, ça valait le coup ; Irène, je suis vraiment heureux de continuer mon parcours avec toi ; Jana, Camille, Jerem, Hélène, JP, Marie, Etienne, Gary, Flo, Julie, Jerem ; les mulhousiens : Pauline, Joyce, Jerem, Khalil, Marius, Ivan, Thérèse, Sophie, Cécile, Julien, Axel ; les urgentistes : Caro, Noémie, Séverine, Sarah, Mario, Mimi, Yas. Merci d'accompagner de votre amitié et de votre bonne humeur, ma découverte de l'Alsace, les péripéties de mes années d'internat et mes débuts de médecin.

Merci à mes amis Erasmus : Marine, Greg, Sylvain, Sophie, Naky, Elena, Antonio, Carlos, Seba, Fabien. Vielen Dank pour ces 6 mois hors du temps que vous avez rendu exceptionnels et pour notre amitié qui traverse les frontières.

Merci à mes amis d'avant, qui continuent de me supporter : Emilie (for ever !), Manu, Johann, Marie, Martin, JP, Marie.

A tonton qui est parti trop tôt.

Table des Matières

Liste des abréviations……. p. 27

Introduction…… p. 28

1 Matériel et Méthodes…… p. 33
1-1 Vie personnelle de Paul Cibrie…… p. 33
1-2 Exploitation des archives nationales…… p. 36
1-3 Exploitation des archives internationales…… p. 37

2 Parcours de vie personnelle et professionnelle de Paul Cibrie…… p. 39
2-1 Son enfance……. p. 39
2-2 Ses études médicales et l'exercice de la médecine…….. p. 39
2-3 Son mariage……. p. 40
2-4 Son parcours militaire……... p. 40

3 De 1919 à 1930 : l' "ascension syndicale" de Paul Cibrie, de son engagement après la Grande Guerre jusqu'au vote de la loi sur les assurances sociales de juillet 1930..... p .42
3-1 De 1919 à 1921: installation du contexte..... p. 42
3-2 De 1921 à 1923..... p. 45
3-2.1 Deux idées qui s'affrontent..... p. 45
3-2.2 La position de Paul Cibrie..... p. 47
3-3 Projet de loi de 1923..... p. 50
3-3.1 Les débats autour du projet de loi de 1923..... p. 50
3-3.2 Les débats après le vote de la loi..... p. 51
3-4 Projets de loi de décembre 1925..... p. 53
3-5 Scission de l'Union en décembre 1925..... p. 53
3-6 Tentatives de conciliation par Paul Cibrie..... p. 55
3-7 La Charte Médicale et la première loi sur les assurances sociales de 1928..... p. 58
3-8 Création de la CSMF et la loi de 1930..... p. 61
3-9 Résumé du positionnement de Paul Cibrie de 1919 à 1930..... p. 69

4 De 1930 à 1940, la médecine et Paul Cibrie au cœur de la tourmente… p. 70
4-1 L'action syndicale de Paul Cibrie de 1930 à 1940…… p.70
Avant-propos : la Mutualité…… p. 71
4-1.1 De 1930 à 1932, l'application de la loi de 1930…… p. 72
4-1.2 De 1933 au décret-loi du 28 octobre 1935…… p. 76
4-1.2.1 Conséquences des difficultés économiques……. p. 76
4-1.2.1.1 La Question des tarifs et les médecins de Caisse……. p. 76
4-1.2.1.2 Le Financement des caisses…… p. 77
4-1.2.1.3 La « menace » des dispensaires offrant des soins gratuits…… p. 78
4-1.2.1.4 Diverses réformes fiscales……. p. 79
4-1.2.1.5 Création d'Offices d'aide aux médecins syndiqués…… p. 81
4-1.2.2 La réforme de la loi de 1930 et la mise en place du décret-loi du 28 octobre 1935…… p. 82
4-1.3 De 1936 à 1940 : intensification et diversification du travail de Paul Cibrie…… p. 86
4-1.3.1 L'investissement de Paul Cibrie dans l'évolution des Assurances Sociales de 1936 à 1940…… p. 86
4-1.3.1.1 Le travail avec les Caisses pour la mise en place d'un tarif de responsabilité……. p. 86
4-1.3.1.2 Autres travaux de Paul Cibrie autour de la loi sur les Assurances Sociales…… p. 89
4-1.3.2 Le combat de Paul Cibrie contre les dispensaires Privés……. p. 91
4-1.3.3 Paul Cibrie et la retraite des médecins……. p. 93
4-1.3.4 Paul Cibrie et quelques idées visionnaires……. p. 95
4-1.3.5 Paul Cibrie annonce sa démission … puis se Ravise…… p. 96
4-1.3.6 Paul Cibrie et l'arrivée de la Guerre……. p. 96
4-1.3.6.1 La situation des médecins d'Alsace-Moselle.. p. 97
4-1.3.6.2 Paul Cibrie et la CSMF en temps de guerre… p. 98
4-1.3.6.2.1 De mai 1939 à octobre 1939…….. p. 98
4-1.3.6.2.2 D'octobre 1939 à octobre 1940…… p. 100
4-1.4 Résumé du positionnement syndical de Paul Cibrie de 1930 à 1940…… p. 103

4-2 Paul Cibrie face au problème de la pléthore médicale de 1930 à 1940…… p. 104
4-2.1 La montée de la xénophobie au sein du corps médical…… p. 104
4-2.1.1 1930-1933 : Vote de la loi Armbruster…… p. 104
4-2.1.2 1933-1934 : indécisions de Paul Cibrie face à l'afflux massif de médecins étrangers……. p. 111
4-2.1.3 1935-1936 : Unité du Corps médical dans son combat contre les médecins étrangers qui aboutit à la Loi du 27 juillet 1935…… p. 114
4-2.1.4 1937-1940 : Montée en puissance de la xénophobie de Paul Cibrie et du Corps Médical. Exclusion des médecins étrangers…… p. 119
4-2.1.5 Rare positionnement antiraciste de Paul Cibrie….. p. 128
4-2.2 Paul Cibrie soutient la proposition Portmann sur l'instauration d'un numerus clausus…….. p. 129
4-3 Participation de Paul Cibrie à l'idée d'un Ordre des Médecins…… p. 130
4-3.1 Justification de la nécessité d'un Ordre des Médecins…… p. 131
4-3.2 Historique…… p. 132
4-3.3 Echec des différentes tentatives de création d'un Ordre des Médecins…… p. 134

5 De 1940 à 1946 : Paul Cibrie omniprésent au lendemain de la Seconde Guerre mondiale…… p. 140
5-1 L'Ordre des Médecins est finalement créé…… p. 140
5-1.1 L'Ordre des Médecins, de 1940 à 1942 : controverses…… p. 140
5-1.1.1 Rejet de l'Ordre de 1940 par Paul Cibrie…… p. 140
5-1.1.2 Xénophobie médicale autour de l'Ordre…… p. 142
5-1.2 L'Ordre des Médecins de 1942 à 1944…… p. 143
5-1.3 De 1944 à 1945 : batailles d'influence autour de la création d'un nouvel Ordre des médecins…… p. 144
5-1.3.1 L'évidente nécessité de l'Ordre des médecins…… p. 144
5-1.3.2 Paul Cibrie et la Résistance…… p. 146
5-1.3.3 L'Ordre des Médecins d'après l'ordonnance du 24 septembre 1945…… p. 149
5-2 Paul Cibrie et la reprise de l'activité syndicale au sein de la CSMF……. p. 152

5-2.1 Réapparition officielle de la CSMF…… p. 152
5-2.2 Création de la Sécurité Sociale par l'Ordonnance du 04 octobre 1945…… p. 153
5-2.3 L'ordonnance du 19 octobre 1945 et la perte de l'entente directe…… p. 154
5-2.4 Autres projets…… p. 159
5-2.4.1 Le système Longue Maladie…… p. 159
5-2.4.2 L'ordonnance Frenay…… p. 160
5-2.4.3 Reprise des négociations d'avant-guerre…… p. 162
5-3 Secret autour de la mort de Pierre Laval…… p. 162
5-4 Paul Cibrie se tourne vers l'international…… p. 164

6 De 1945 à 1957, l'engagement international de Paul Cibrie avec la World Medical Association…… p. 165
6-1 Avant la WMA : l'Association Professionnelle Internationale des Médecins de 1926 à 1939…… p. 165
6-1.1 Création et fonctionnement de l'APIM…… p. 165
6-1.2 L'APIM : une association internationale servant les intérêts français…… p. 169
6-1.3 Paul Cibrie au sein de l'APIM…… p. 172
6-1.4 Suspension des activités de l'APIM…… p. 173
6-2 La World Medical Association de 1945 à 1957…… p. 173
6-2.1 Naissance de la WMA : de novembre 1944 à septembre 1947…… p. 174
6-2.1.1 Réunion de novembre 1944 : envies convergentes d'une coopération médicale internationale…… p. 174
6-2.1.2 Réunion du 6 juin 1945 : divergences d'idées sur la forme…… p. 177
6-2.1.3 Entre juin 1945 et septembre 1946 : les britanniques s'imposent…… p. 180
6-2.1.4 Conférence du 25 au 27 septembre 1946 : mise en place des objectifs, de la structure et des statuts de la WMA…… p. 181
6-2.1.4.1 Composition et objectifs de la WMA…… p. 181
6-2.1.4.2 Les rôles de Paul Cibrie à la conférence de septembre 1946…… p. 184

6-2.1.5 La WMA : de sa création officielle en septembre 1946 à sa reconnaissance officielle en septembre 1947…… p. 186
6-2.1.5.1 Réunions du Comité Organisateur…… p. 187
6-2.1.5.2 Paul Cibrie : Secrétaire temporaire de la WMA de septembre 1946 à septembre 1947…… p. 188
6-2.1.5.3 Peu de réticences…….. p. 191
6-2.1.6 Première Assemblée générale de la WMA du 17 au 20 septembre 1947…… p. 191
6-2.1.6.1 Décisions prises à la première Assemblée Générale……. p. 192
- Distribuer officiellement les postes de l'Association……. p. 192
- Valider la Constitution à partir de l'ébauche écrite par Paul Cibrie et Charles Hill…… p. 194
- Examiner les fonds disponibles…… p. 196
- S'occuper de la question des crimes de guerre.. p. 201

6-2.1.6.2 Situation de Paul Cibrie vis-à-vis de la WMA après la Première Assemblée Générale……. p. 202
6-2.2 Paul Cibrie, membre du Conseil et de plusieurs comités de la WMA : rôles et actions…… p. 203
6-2.2.1 Observateur auprès de l'UNESCO, lien avec l'OMS et création du Conseil Permanent pour la Coordination des Congrès Internationaux des Sciences Médicales…… p. 203
- L'UNESCO…… p. 203
- L'OMS……... p. 204
- Conférence de septembre 1946 du Comité Organisateur de la WMA : doutes de Paul Cibrie sur la légitimité de la WMA face à l'OMS et l'UNESCO…… p. 206
- Paul Cibrie nommé observateur de la WMA auprès de l'UNESCO…… p. 208
- Les rapports de Paul Cibrie au sujet de l'UNESCO…… p. 210

6-2.2.2 Membre du comité sur les crimes de guerre. Création de la Déclaration de Genève…… p. 215
6-2.2.3 Président du comité d'Ethique…… p. 221
6-2.2.3.1 Paul Cibrie, à l'origine d'un Code International d'Ethique Médicale…… p. 221
- Création du comité d'Ethique avec nomination de Paul Cibrie au poste de président…… p. 221
- Rédaction du Code International d'Ethique Médicale…… p. 223
- Validation du Code International d'Ethique Médicale…… p. 226
- Heurts avec le Comité International de la Médecine et de la Pharmacie Militaire et la Commission Médico-Juridique de Monaco….. p. 229
- Ajout d'un chapitre sur les devoirs du médecin en temps de guerre et envers la société……. p. 235

6-2.2.3.2 Expérimentation Humaine…… p. 239
6-2.2.3.3 Secret Médical……. p. 240
6-2.2.4 Membre du comité sur la Sécurité Sociale…… p. 241
6-2.2.4.1 Création du comité provisoire sur la Sécurité Sociale : les 12 principes de la Sécurité Sociale de la WMA…… p. 241
6-2.2.4.2 Comité permanent sur la Sécurité Sociale : réalisation d'études sur la Sécurité Sociale…… p. 245
- Rapports sur la Sécurité Sociale : 1948-1949… p. 245
- Rapports sur la Sécurité Sociale : 1950……. p. 248
- Rapports sur la Sécurité Sociale : 1951…… p. 249
- Rapports sur la Sécurité Sociale : 1952…… p. 251
- Rapports sur la Sécurité Sociale : 1953…… p. 253
- Eloignement de Paul Cibrie vis-à-vis du comité sur la Sécurité Sociale…… p. 257

6-2.2.4.3 Relations avec l'Office International du Travail et l'Association Internationale de la Sécurité Sociale…… p. 257
6-2.2.5 Secrétaire-adjoint pour l'Europe…… p. 262
6-2.2.6 Membre du comité chargé des relations avec le

Comité International de la Croix-Rouge…… p. 265
- Le Comité international de la Croix-Rouge….. p. 265
- Rôle de Paul Cibrie au sein du comité chargé des relations avec le CICR……. p. 265

6-2.2.7 Membre pour d'autres comités…… p. 267
- Le comité sur la Nomenclature……. p. 267
- Le comité des Relations de la Presse Médicale avec la WMA…… p. 268
- Le comité pour la remise du Trophée pour services médicaux signalés créé en 1952…….. p. 269
- Le comité spécial traitant d'une requête émanant de l'Association Médicale d'Israël….. p. 269
- Le comité de rédaction du bulletin de la WMA……. p. 270

6-2.2.8 Autres rôles divers de Paul Cibrie au sein de la WMA……. p. 271
- Médecine du travail……. p. 271
- Travail avec l'Organisation Internationale de Standardisation…… p. 272
- Travail avec le comité sur la Pharmacopée Internationale……. p. 273

6-2.3 Reconstruction délicate d'une médecine internationale : interventions de Paul Cibrie…… p. 273

6-2.3.1 Sauvetage de la première Assemblée Générale…... p. 274

6-2.3.2 Frictions au sujet de pédiatres allemands invités à New-York…… p. 275

6-2.3.3 Opinions sur la responsabilité du Corps Médical vis-à-vis de la surpopulation mondiale… p. 278

6-2.3.4 La Conférence d'éthique organisée par l'Ordre des médecins français…… p. 279

6-2.4 Démission de Paul Cibrie…… p. 281

7 Paul Cibrie de 1957 à 1965……. p. 285

Synthèse et perspectives…… p. 287

Conclusion…… p. 302

Iconographie…… p. 307

Bibliographie…….. p. 314
Bibliographie de Paul Cibrie…… p. 314
Bibliographie de la thèse……. p. 315

Annexes
Annexe 1 : Arbre généalogique simplifié de la famille Cibrie…… p. 321
Annexe 2 : Constitution de la WMA adoptée le 18 septembre 1947, composée de 21 articles et de 54 arrêtés……. p. 322
Annexe 3 : Rapport définitif du Comité d'Ethique Médicale présenté à la 2ème Assemblée générale à Genève (septembre 1948)……. p. 337
Annexe 4 : Hommage posthume à Paul Cibrie lors de la 19ème Assemblée Générale de la WMA (septembre 1965)… p. 346

Liste des abréviations

AG : Assemblée générale
AISS : Association Internationale de la Sécurité Sociale
APIM : Association Professionnelle Internationale des Médecins
BIT : Bureau International du Travail
BMA : British Medical Association (Association Médicale Britannique)
BMJ : British Medical Journal (Journal de la BMA)
CICR : Comité International de la Croix Rouge
CIMPM : Comité International de la Médecine et de la Pharmacie Militaire
CISM ; Conseil International des Sciences Médicales
CMJM : Commission Médico-Juridique de Monaco
CMR : Comité Médical de la Résistance
CRI : Croix Rouge Internationale
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
FAO : Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organisation des Nations-Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture)
OIT : Office International du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PCB : Certificat d'études Physiques, Chimiques et Biologiques
PCN : Certificat d'études Physiques, Chimiques et Naturelles
SMS : Syndicat des Médecins de la Seine
UMF : Union des Médecins Français
UNESCO : United Nations Organization for Education, Science and Culture (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture)
USMF ou Union : l'Union des Syndicats Médicaux Français
WMA : World Medical Association (Association Médicale Mondiale)

Introduction

Après la Seconde Guerre mondiale, le monde entier découvre, atterré, la barbarie du régime nazi. Le corps médical n'est pas épargné et constate avec effroi les atrocités commises par de nombreux confrères médecins. Avant même la fin de la guerre, les anciens médecins prisonniers à Auschwitz sont les premiers à réagir publiquement contre les exactions commises par la profession médicale. Libérés le 27 janvier 1945, ils font une déclaration internationale le 4 mars pour dénoncer la façon dont les prisonniers ont été assimilés à des animaux de laboratoire dans un but expérimental. Ils expriment leur espoir que les Alliés et les pays neutres traduisent les responsables en justice.[1] Leur volonté est évidemment partagée mais en présence de faits jamais égalés de par leur ampleur et leur abomination, les textes de loi font défaut et les jugements appellent à la jurisprudence. Il faut donc inventer des lois, créer des codes et trouver des sanctions justes. En décembre 1945, le docteur John Thompson, médecin psychiatre, propose au Bureau Britannique des Affaires Etrangères et au Département d'Etat américain la création d'une catégorie spéciale de faute judiciaire : le « Crime Médical de Guerre ».[2] Thompson crée ensuite la Commission Scientifique Internationale de Nuremberg afin de réunir les documents nécessaires à l'analyse éthique de toutes les expériences médicales nazies et pas seulement de celles étudiées pour l'enquête.[3] Pour le monde médical, la malfaisance manifeste des médecins nazis envers leurs patients nuit gravement à la réputation de la profession. La situation est si préoccupante que la réaction est immédiate et le procès des 23 médecins nazis est ainsi le premier des douze procès conduits par le Tribunal Militaire Américain de Nuremberg de 1946 à 1949.[4]-[5] Les jugements prononcés à l'encontre des médecins se basent sur le « code de Nuremberg ». Ce terme, utilisé seulement à partir des années 60 correspond à « l'extrait du jugement pénal de 1947, qui contient la liste des dix critères utilisés par le Tribunal pour apprécier le caractère licite ou illicite des

---

[1] Paul Weindling , *Care and Commemoration : The Nuremberg Medical Trial and Its Legacies for Victims of Human Experiments,* dans *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics.* Volcker ROelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard, V&R Academic, 1st edition (December 1, 2014). 279p, p. 33.

[2] Paul Weindling, *John W. Thompson: Psychiatrist in the Shadow of the Holocaust,* University Rochester Press, 2013, 456p, p. 3.

[3] Paul Weindling, *Silence, Scapegoats , Self-reflection*. Op. cit. p. 34.

[4] P. Amiel, F. Vialle, *La vérité perdue du code de Nuremberg'' : réception et déformations du code de Nuremberg'' en France - document* , revue de droit sanitaire et social, Dalloz, 2009, pp. 673-687. Consulté le 13 août 2016, https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00845957/document. p. 674.

[5] Ne pas confondre avec celui dit « des dignitaires nazis» (1945 - 1946).

expérimentations humaines reprochées aux vingt-trois accusés. »[6] Le contenu du « code de Nuremberg » n'est pas entièrement nouveau, dans le sens où la réflexion et la condamnation de l'expérimentation sur l'être humain est documentée depuis le début du XVIIIe siècle.[7] Il faudra attendre l'année 1964 pour qu'un texte ayant valeur juridique énonce les recommandations devant guider les médecins dans la recherche dirigée sur les êtres humains. Ce document est né de la 18ème Assemblée générale de la World Medical Association (WMA) qui s'est tenue à Helsinki et porte donc le nom de Déclaration d'Helsinki. Constamment sujette à révision,[8] elle est aujourd'hui encore le texte de référence sur l'expérimentation médicale humaine.

Officiellement créée en 1947, la WMA a donc réussi à imposer aux médecins du monde entier ses recommandations en matière d'éthique médicale. Mais cela a pris beaucoup de temps : 19 années séparent la fin de la Seconde Guerre mondiale de l'adoption de la Déclaration d'Helsinki. Cette thèse se penche en partie sur le travail de la WMA afin de comprendre pourquoi une période aussi longue a été nécessaire et quels acteurs avaient participé au développement de l'éthique médicale d'après-guerre. Or, les archives de la WMA laissent apparaître de façon récurrente, l'identité d'un médecin français : Paul Cibrie. En parcourant rapidement ces archives, il nous a semblé que ce médecin avait joué un rôle déterminant dans les débats autour des crimes de guerre et de l'éthique médicale. Mais ses actions au sein de la WMA semblaient encore bien plus importantes.

Ces seules constatations suffisaient déjà pour susciter l'intérêt et la curiosité mais en faisant de plus amples recherches, nous avons retrouvé la trace de Paul Cibrie ailleurs. De nombreux articles ayant pour sujet le syndicalisme médical portent sa signature. Nous nous sommes alors intéressés au travail du docteur Thomas Blanck, auteur d'une thèse sur le milieu syndicaliste médical français de 1919 à 1930.[9] Il s'est avéré que Paul Cibrie semblait jouer un rôle important dans l'avènement des assurances sociales françaises après la Première Guerre mondiale.

---

[6] P. Amiel, F. Vialle, *La vérité perdue* … op. cit. p. 674.
[7] Ibid.
[8] Urban Wiesing, Ramin W. Parsa-Parsi, Otmar Kloiber, *The World Medical Association, Declaration of Helsinki, 1964-2014, 50 years of evolution of medical research ethics,* WMA, 2014, 94p. La dernière et huitième révision de la Déclaration d'Helsinki est adoptée à Fortaleza, au Brésil, lors de la 64ème Assemblée générale de la WMA, en octobre 2013.
[9] *Thomas Blanck, « 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* » (Thèse d'exercice, Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine, 2015), 664p.

Au début du vingtième siècle, il n'existait aucune protection médicale sociale en France. La première loi sur les assurances sociales qui a permis d'assurer un accès à la santé pour les plus démunis, date de 1928. Il faut ensuite attendre 1945 pour que naisse la Sécurité Sociale et le réel accès aux soins progressivement pour tous. L'entre-deux guerres a été une véritable période de transition pour la médecine française. Traditionnellement centré sur l'individu, le système de santé, conscient de l'importance des préoccupations de santé publique, s'est métamorphosé pour incorporer la notion de médecine sociale. Depuis 1945, bien que d'importantes lois soient apparues, aucun évènement aussi majeur que la création de la Sécurité Sociale n'a bouleversé notre système de santé. Les particularités françaises acquises à l'époque restent en effet intactes aujourd'hui: paiement à l'acte, tiers payant et médecine générale quasi uniquement libérale. Notre pratique quotidienne de la médecine est donc régie par des lois pour lesquelles des médecins se sont battus il y a plus de 70 ans. Et d'après les éléments en notre possession, Paul Cibrie apparait comme l'un de ces médecins dont l'influence est indiscutable. Notre curiosité envers lui s'est donc encore accrue.

De plus, notre système de santé, héritage direct de celui de 1945, est aujourd'hui au bord de l'asphyxie. Les patients et les médecins pointent constamment ses défaillances et le problème récurrent du fameux « trou de la Sécurité Sociale » s'aggrave chaque année. Sa réputation mondiale de modèle à suivre permettant l'accès aux soins pour tous, ne fait plus l'unanimité en Europe où d'autres systèmes prouvent, depuis quelques années, leur efficacité économique et de prise en charge de la population. Le récent refus de la loi proposée en septembre 2014 par la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, montre que les médecins restent conscients de l'importance des changements imposés à leur pratique. Les mouvements de grève suivis par les médecins sont parfois interprétés comme un immobilisme du milieu médical, sclérosant toute tentative d'innovation, dont l'exemple phare est le refus catégorique du tiers payant généralisé pourtant accepté à peu près partout en Europe. Mais il n'y a pas de raison de croire les Français plus passéistes que les autres. Aussi, il nous a semblé très intéressant de suivre les discussions et le positionnement de Paul Cibrie qui, en étant lui-même confronté à une période de transition médicale, pouvait nous apprendre beaucoup sur les raisons et les conséquences de la crise médicale que nous traversons actuellement.

Parallèlement, en lisant un ouvrage écrit en 1935 dont Paul Cibrie est l'auteur, nous avons découvert son implication dans l'idée de création d'un ordre des médecins français.[10] En France, l'Ordre des médecins a finalement été fondé par le Régime de Vichy en 1940. Mais sa naissance controversée dans le contexte d'un gouvernement en état de guerre, n'a été possible qu'en raison des nombreuses propositions de loi déjà débattues sur le sujet, qui ont enflammé le milieu médical depuis le début des années 20 et auxquelles Paul Cibrie a largement participé. Encore une fois, il se retrouvait acteur de l'une des plus importantes transformations médicales du vingtième siècle.

Cette omniprésence dans certaines décisions cruciales au façonnement de notre médecine actuelle, nous interpelle chez cet homme, presque inconnu des médecins et des historiens. Quelles responsabilités peut-on réellement lui attribuer dans l'évolution de la médecine de la première moitié du vingtième siècle ? A quel point est-il impliqué dans les travaux qui influencent aujourd'hui notre pratique quotidienne?

En 1998, le *Médecin de France*, revue de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, dédie un article à Paul Cibrie.[11] L'auteur affirme qu' « il faudrait un livre entier pour rendre hommage à son œuvre ». Or, aucun ouvrage ne lui est consacré et aucun historien ne s'est penché sur ses travaux. Persuadés de vivre une époque charnière où notre système de santé doit subir une transformation, nous avons donc décidé de consacrer notre thèse à l'étude de la personne et de l'œuvre de Paul Cibrie. La compréhension des évènements passés nous permet d'éclairer les difficultés de notre époque et d'appréhender la complexité des décisions à venir. Nous espérons ainsi tirer un enseignement de l'analyse des travaux de Paul Cibrie.

L'objectif de notre travail consiste à approfondir notre connaissance des enjeux historiques qui ont construit notre système de santé à travers l'œuvre du docteur Paul Cibrie.

Il est plus facile de comprendre les décisions d'un homme après avoir pris connaissance de son parcours de vie. Nous avons donc d'abord souhaité retracer la vie personnelle de Paul Cibrie, en menant de véritables recherches généalogiques. Nous avons ensuite cherché à définir son rôle dans la transition sanitaire de l'entre-deux guerres en France. Pour cela, nous avons concentré

---

[10] Paul Cibrie et Vincent de Moro-Giafferri, *L'Ordre des médecins* (Paris, France: Laboratoires Midy, 1935), 114p.
[11] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.

notre travail sur l'étude des archives de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF) puis de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) qui lui a succédé. Ces regroupements syndicaux sont les organismes au sein desquels Paul Cibrie a travaillé à partir de 1919. Enfin, nous avons exploré les archives de la WMA à la recherche de son implication dans les différentes actions de l'association internationale.

Après avoir explicité les sources et la méthode de nos recherches, nous dévoilerons une partie de sa biographie personnelle et professionnelle. Nous discuterons ensuite de l'ensemble de son œuvre syndicale et associative au service de la médecine française et internationale. Nous commencerons par étudier son engagement syndical au lendemain de la Première Guerre mondiale jusqu'au vote de la loi sur les assurances sociales de 1930. Puis nous analyserons l'époque tourmentée des années 30 en distinguant ses travaux au sein de la CSMF, son positionnement face au problème de la pléthore médicale et sa participation à l'idée d'un Ordre des Médecins. Ensuite, nous essayerons de comprendre quel a été son rôle sous le régime de Vichy, notamment dans la création et le maintien de l'Ordre des Médecins. Puis, nous verrons qu'il marque la période de l'après-guerre par son omniprésence dans les instances médicales et notamment lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945. Enfin, nous nous pencherons de façon exhaustive sur ses travaux effectués à la WMA de 1945 à 1956 pour la communauté médicale internationale afin de comprendre les conséquences de la Seconde Guerre mondiale sur l'exercice de la médecine.

Portrait de Paul Cibrie paru dans le *World Medical Journal* n°3 d'Octobre 1949. Vol. 1. P 82

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

1 Matériel et Méthodes

1-1 Vie personnelle de Paul Cibrie

Bien que son œuvre soit imposante, le nom de Paul Cibrie a été oublié. Travailleur de l'ombre, jamais au-devant de la scène politique publique, il n'accèdera pas à une notoriété populaire. Il entretient sa réputation dans les sphères privées de la société mondaine parisienne, comme le prouve l'annonce de son mariage dans le magazine *L'Echo de Paris* au chapitre *Carnet Mondain*[12]. Il a donc été difficile de retrouver des informations sur sa vie privée. Les démarches se sont avérées fastidieuses et souvent sans issue mais aboutissaient parfois à la découverte d'un renseignement nouveau qui relançait notre enthousiasme. Il nous semblait important de connaître son parcours de vie, afin de mieux cerner ses choix politiques. Cette motivation nous a encouragés à poursuivre assez loin nos recherches généalogiques. Nous allons reprendre brièvement les démarches effectuées.

Initialement, la seule information que nous avions était son patronyme : Paul Cibrie. Déjà, la première difficulté émerge. Un grand nombre d'articles écorchent son nom en accentuant la dernière lettre de la façon suivante : Cibrié. Or, nous avons retrouvé son acte de naissance[13] qui atteste de l'écriture de son nom de famille sans accent. C'est une coquille qu'il nous a fallu comprendre rapidement pour ne pas compliquer nos recherches.

Nous avons mené l'enquête sur le patronyme Cibrie en France. Par chance, ce nom est très peu porté. En consultant le site "geopatronyme.com" qui ne répertorie certainement pas la totalité des français mais donne un aperçu de la distribution d'un nom de famille sur le territoire de France, nous réalisons que le patronyme Cibrie est très rare[14]. Seulement 7 naissances répertoriées par le site sur l'ensemble du territoire français entre 1891 et 1915 (4 en Dordogne, 1 en Gironde, 1 à Paris et 1 en Haute-Vienne) puis 6 naissances de 1916 à 1940 (4 à Paris, 1 en Dordogne et 1 dans les Alpes-Maritimes), seulement 2 entre 1941 et

---

[12] *L'Echo de Paris*, n° 7446, 24 octobre 1904, p. 4.

[13] Archives départementales de la Dordogne— Registres paroissiaux et d'état civil du canton de Saint-Cyprien (Etat-civil-canton-St-Cyprien) », consulté le 8 décembre 2015, http://archives-num.cg24.fr/pleade330/ead.html?id=Etat-civil-canton-St-Cyprien&c=Etat-civil-canton-St-Cyprien_e0043104&qid=sdx_q3.

[14] LA FRANCE DU NOM DE FAMILLE DES CIBRIE en France entre 1891 et 1915 », consulté le 9 juillet 2016, http://www.geopatronyme.com/cgi-bin/carte/nomcarte.cgi?nom=cibrie&submit=Valider&client=cdip.

1965 (1 à Paris et 1 en Hauts-de Seine) et 3 entre 1966 et 1990 (2 dans le Var 1 à Paris).

Nous avons envoyé un courrier électronique à quatre personnes inscrites sur le site Facebook et portant également le patronyme Cibrie, les invitant à se manifester s'ils désiraient nous aider dans nos recherches. Nous avons ensuite écrit une lettre à sept autres personnes françaises portant également le nom de Cibrie répertoriées dans les pages blanches. Nous avons tenté de les joindre par téléphone mais les appels restèrent sans réponse. Nous avons donc attendu que les messages (épistolaires et électroniques) portent leurs fruits.

Plusieurs mois plus tard, nous avons reçu la lettre de madame Denise Cibrie qui nous répondait cordialement sans trahir son lien de parenté avec Paul Cibrie mais qui nous dévoilait sans détour un secret sur lui, gardé précieusement par sa famille (nous y reviendrons plus tard dans cette thèse). Nous lui avons écrit de nouveau pour demander un entretien. Mais Denise Cibrie ne répondit pas à cette deuxième lettre. Puis, en essayant de la joindre par téléphone, nous avons appris que la ligne a été supprimée. Le numéro de téléphone ainsi que l'adresse de l'intéressée ont également disparu de l'annuaire. Nous nous retrouvions avec une information importante mais inexploitable en raison de l'incertitude de notre source. Après quelques mois, inquiets du mutisme soudain de cette dame et de sa « disparition administrative », nous avons parcouru les avis de décès et appelé la mairie de sa localité. Heureusement nos recherches sont restées vaines. La secrétaire de mairie nous a appris qu'elle avait récemment souffert du décès de sa sœur, qu'elle habitait toujours au même endroit mais qu'elle avait décidé de couper sa ligne téléphonique et de se retirer de l'annuaire. Nous possédions donc toujours la bonne adresse. Nous avons essayé de provoquer un rendez-vous par une troisième lettre mais celle-ci est également restée sans réponse.

Pendant ce temps, suite à une de nos lettres, nous avions reçu le courrier électronique de monsieur Jean-Claude Cibrie, nous informant qu'il n'avait pas connu Paul Cibrie mais que ses « *grands-parents, décédés depuis longtemps, en avaient dit quelques mots à l'époque* » et qu' « *il devait être suffisamment jeune pour s'en désintéresser* ». En revanche, il nous donne les coordonnées de monsieur D.C.[15], un homme âgé qui lui a laissé un arbre généalogique deux ans auparavant. Nous avons contacté monsieur D.C. par téléphone qui nous révèle

[15] Nous gardons volontairement son anonymat.

avoir été un grand ami du père de Paul Cibrie et que « Paul » était son médecin traitant et ami également. Il nous annonce : « *De mes 92 ans, je me souviens que Paul avait 1 fille. La dernière fois que je l'ai vu, c'était vers 1961 dans sa résidence à Marquay, en Dordogne.* » Il nous promet d'envoyer l'arbre généalogique mais que cela risque d'être long. Six mois plus tard, nous n'avions rien reçu. Près d'un an après le début des recherches, nous avions donc peu avancé sur la vie privée de Paul Cibrie. Nous avons fait beaucoup de recherches généalogiques afin de retrouver le lien de parenté entre Paul et Denise Cibrie. Malgré notre remontée jusqu'au 18è siècle, nos investigations sont restées sans résultat. Finalement, nous avons recontacté Jean-Claude Cibrie qui a retrouvé et nous a envoyé son arbre généalogique, ce qui nous a permis de confirmer le lien de famille entre Paul et Denise Cibrie.

Sans nouvelles, nous avons décidé de nous rendre à l'adresse de Denise Cibrie. La maison semblait abandonnée mais certains détails révélaient un glorieux passé. L'inscription "Cibrie" était affichée sur la sonnette mais le mécanisme de sonnerie était défectueux. La porte est restée close malgré notre insistance et nous avons décidé de revenir deux jours plus tard, persuadés que le lieu était habité. A notre retour, le même scénario s'est reproduit et nos appels sont restés sans réponse. Dépités nous avons demandé à une passante si elle connaissait madame Cibrie. Cette dame a acquiescé : « *Vous devriez allez voir M. X, c'est son ami.* » Ce M. X s'est montré très aimable et nous a accompagnés chez Denise Cibrie en nous confirmant que la maison était habitée. Mais son aide s'est avérée inutile car la porte est restée fermée. Il nous a emmenés chez M. Y, le voisin de Denise Cibrie. Nous avons fixé un rendez-vous avec M. Y tôt le lendemain matin. Accompagné de M. Y, Denise Cibrie nous a enfin ouverts et nous a invités avec joie à pénétrer chez elle. Nous sommes restés toute la matinée à discuter avec cette grand-mère très sympathique et ravie de nous aider à rechercher le moindre indice de Paul Cibrie dans sa mémoire, dans ses papiers et dans ses albums photos de famille. Nous avons réussi à obtenir plusieurs informations personnelles sur Paul Cibrie et Denise Cibrie nous a confirmé la véracité de son fameux secret de famille.

Parallèlement, nous avons fouillé les archives nationales des personnes ayant reçu la légion d'honneur (base Léonore[16]) et avons réussi à obtenir divers

[16] Archives nationales de France - Base de données », consulté le 8 décembre 2015, http://www.culture.gouv.fr/public/mistral/leonore_fr?ACTION=RETOUR&USRNAME=nobody&USRPWD=4%24%2534P.

renseignements. Ces archives se sont révélées être une source d'informations essentielles car elles contiennent les procès-verbaux de réception de la Légion d'Honneur par Paul Cibrie. Sur les procès-verbaux, nous avons découvert sa date et son lieu de naissance qui nous ont permis d'accéder à son extrait d'acte de naissance grâce aux sites de généalogie et de commencer ainsi son arbre généalogique. Nous avons aussi découvert des détails sur les postes qu'il détenait auprès de certaines associations, les « services extraordinaires rendus » qui ont motivé l'obtention de la Légion d'Honneur, les dates et le grade exacts de son engagement dans la Grande Guerre, les services rendus au Ministère de la Santé Publique et certaines de ses publications. Nous nous sommes également procurés son certificat de décès et avons ainsi récupéré la date de son décès et le lieu de son inhumation.

1-2 Exploitation des archives nationales

Pour découvrir quels avaient été les engagements de Paul Cibrie au sein des syndicats, nous avons exploité les archives de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) contenant également celles de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF).. Elles sont issues de la publication de l'USMF : *le Médecin Syndicaliste* puis de la publication de la CSMF : *le Médecin de France* à partir de 1945. Le premier était publié à un rythme mensuel, le second est un bimensuel. Ces deux revues sont destinées aux médecins syndiqués. 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.[17]

L'intérêt des archives syndicales repose dans leur subjectivité. A travers les écrits engagés de Paul Cibrie, il est facile de dégager ses orientations politiques et ses idées sur la profession médicale. Cela permet également de nous approcher de sa personnalité, de nous habituer à ses discours et de reconnaître ses interventions lorsqu'on exploite les archives beaucoup moins personnelles de la WMA. De plus, elles sont très bien conservées, entièrement rédigées en français et rangées en ordre chronologique croissant, ce qui facilite beaucoup leur exploitation.

[17] Thomas Blanck, « *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* », op. cit. p. 34.

Les archives se situent au siège de la CSMF, au 79, rue de Tocqueville dans le 17ème arrondissement de Paris. Elles couvrent une période s'étendant des années 1890 jusqu'à nos jours, avec des interruptions durant les deux guerres mondiales. Nous n'avons pas eu besoin de les analyser sur place car nous avons eu accès aux archives photograhiées grâce au travail du docteur Thomas Blanck pour soutenir sa thèse de médecine générale intitulée "*Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux guerres*".

Pour notre travail, nous avons choisi d'étudier l'intervalle 1918-1945. Ce qui représente environ 20 000 pages. Les premières traces retrouvées d'un engagement de Paul Cibrie avec l'USMF se trouvent en 1918. Il reste dans l'association jusqu'en 1965. Pour comprendre son action future, après la Seconde Guerre mondiale avec la World Medical Association, il nous semblait indispensable de comprendre d'abord quels avaient été ses engagements avant la guerre. Nous avons donc choisi d'analyser les archives jusqu'en 1945. En raison du travail colossal que cela représente et puisque nous avions déjà les archives de la WMA pour la période de l'après-guerre, nous avons décidé de reporter à un travail ultérieur l'exploitation des achives de la CSMF de 1946 à 1965.

1-3 Exploitation des archives internationales

Nos recherches nous ont permis de retrouver la trace de Paul Cibrie dans certaines citations d'auteur[18]. Les documents appartenant à la World Medical Association ne sont pas en libre accès et il nous était impossible de savoir quel rôle exact il avait tenu au sein de l'association. Nous avons obtenu un accord pour venir étudier les archives au siège de la WMA situé au 13, Chemin du Levant, à Ferney-Voltaire, ville française frontalière de Genève. A l'époque où nous y étions, la WMA venait de numériser toutes ses archives et il a fallu vérifier quelles pages manquaient afin de les photographier, le cas échéant. L'analyse des archives a été très fastidieuse. Elles étaient rangées par année et par langue (anglais, français et espagnol) mais ce classement était rarement respecté aussi bien pour les archives papier que pour celles numérisées. Dans le même dossier (papier ou informatique) nous pouvions trouver plusieurs années et plusieurs langues. De plus, au sein d'une même année, les archives n'étaient

[18] Weindling Paul Julian. *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials, From Medical Warcrimes to Informed Consent*. Palgrave Macmillan UK, 2004, 482p, p. 292.

pas classées dans l'ordre chronologique et certaines pages n'étaient pas datées donc peu exploitables. Elles comprennent dans le désordre les procès-verbaux des Assemblées générales, les comptes-rendus des réunions de chaque comité de l'association, les procès-verbaux des sessions du Conseil, certaines lettres du secrétaire général,… La WMA publie un bulletin bimestriel (aujourd'hui trimestriel) qui reprend les comptes-rendus et procès-verbaux déjà présents dans les archives. Nous y avons donc porté peu d'intérêt.

Nous avons focalisé notre travail sur la période de 1945 à 1956 car les archives commencent par l'année 1947 mais retranscrivent toutes les réunions depuis 1945 et Paul Cibrie quitte l'association en 1956. L'ensemble totalise environ 7000 pages. Les pages de 1945 à 1947 ainsi que certaines autres plus récentes sont uniquement rédigées en anglais, nous nous sommes permis d'en faire la traduction afin de pouvoir les citer dans notre travail.

A part quelques articles très subjectifs du British Medical Journal, les archives de la WMA constituent le seul témoignage que nous ayons trouvé du travail de Paul Cibrie avec la WMA. Transcrivant les débats entre les médecins du monde entier, elles rendent accessibles au lecteur les opinions précises de chaque protagoniste sans prendre parti. Cette configuration apporte une objectivité peu usuelle et très appréciable. Elles sont donc un témoin précieux des préoccupations sanitaires et enjeux de santé publique à travers le monde après la Seconde Guerre mondiale.

Malgré des textes entiers signés de Paul Cibrie, le défaut principal de ces archives est la trop faible fréquence de paroles ou d'écrits qui peuvent lui être directement attribués. En effet, les comptes-rendus des réunions des différents comités ne sont pas obligatoirement signés et les procès-verbaux des Assemblées générales et des sessions du Conseil ne peuvent retranscrire l'intégralité des débats. Toutefois, notre approche du discours de Paul Cibrie grâce à notre travail sur les archives syndicales françaises nous a permis de se familiariser avec ses idées et de mieux appréhender ses interventions au sein de la WMA.

2 Parcours de vie personnelle et professionnelle de Paul Cibrie

2-1 Son enfance

La recherche de personnes ayant connu Paul Cibrie ou ayant quelque information sur lui s'étant avérée très difficile, nous ne savons pas grand-chose de son enfance et de sa vie personnelle en général. Nous savons qu'il est né le 7 février 1881 à Saint-Cyprien en Dordogne. Il est issu d'une longue lignée de médecins français exerçant depuis le XVIIe siècle[19]. Un de ses aïeuls, le baron Gorsse, était chirurgien dans les armées de la Révolution et son grand-père exerçait la médecine à Sarlat.[20] Son père est François-Léopold Cibrie, il décède à l'âge de 48 ans, laissant son fils Paul âgé de 10 ans et sa fille Guilhermine-Marie, la sœur de Paul, âgée de 20 ans. Leur mère est Marie-Mathilde Gorsse[21]. (Voir son arbre généalogique, Annexe 1)

Il fait ses études secondaires à Sarlat puis à Bordeaux.[22]

2-2 Ses études médicales et l'exercice de la médecine

Il entame ses études de médecine à Toulouse puis passe le concours d'externe des hôpitaux de Paris [23] qu'il réussit brillamment puisqu'il est admis dans les 40 premiers (sur 429 reçus).[24]

En 1906, il soutient sa thèse pour le doctorat en médecine sous la présidence de M. Debove, doyen de la faculté de médecine de Paris. Elle est intitulée : *Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail*[25]. La même année, il installe son cabinet de médecine à l'endroit où il vit, au 54 rue Vaneau à Paris, 7è arrondissement.[26] Il y restera toute sa vie. A côté de son activité au cabinet, il est également chef de service à l'hôpital Péan[27]

---

[19] Honor for Secretary of French Medical Association. *BMJ*. 1952 Apr 26;929.
[20] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[21] Archives Départementales de La Dordogne— Registres Paroissiaux et D'état Civil Du Canton de Saint-Cyprien (Etat-Civil-Canton-St-Cyprien). A noter qu'il doit y avoir une erreur soit dans la déclaration de naissance de Paul Cibrie, soit dans *le Médecin de France* sur l'orthographe du nom Gorse écrit avec un ou deux « s »).
[22] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[23] Honor for Secretary of French Medical Association. *BMJ*. 1952 Apr 26;929.
[24] *Le Rappel*, n° 12357, 10 janvier 1904, p. 2.
[25] Cibrie Paul. *Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail*. Thèse de médecine. Paris; 1906, 72p. Notice n° : FRBNF36866791.
[26] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[27] *La Presse*, n°5906, 14 décembre 1921, p. 1.

à Paris de 1906 à 1933[28]. Il démissionne en 1934 « pour se consacrer entièrement à la vie syndicale et à l'organisation professionnelle. »[29] Il est membre du Conseil Supérieur d'Hygiène Sociale de France (section rhumatologique). Il est également membre de la Société Médicale Alpha Omega Alpha des Etats-Unis.[30]

2-3 Son mariage

Paul Cibrie se marie à Montignac en Dordogne, en 1904, avec Louise Gorsse « *fille de M. A. Gorsse, ancien médecin principal de l'armée, officier de la Légion d'Honneur* »[31]. Les bans du mariage font l'objet d'une publication dans le carnet mondain de l'*Echo de Paris*. L'article vante le prestige du mariage qui est honoré de « *toute l'élite de la société du pays* »[32] mais omet de préciser que Louise est la cousine de Paul ! Marie-Mathilde Gorsse, la mère de Paul, est en effet la sœur d'Alfred Gorsse, le père de Louise.

Un proche de Paul Cibrie, M. D.C.[33] nous affirme qu'une fille naîtra de cette union mais sans nous révéler son identité.

2-4 Son parcours militaire

D'après les archives militaires[34], Paul Cibrie est incorporé au 108e régiment d'infanterie en tant que soldat de deuxième classe le 14 novembre 1902 sous le numéro matricule 3901. Il a donc 20 ans comme le voulaient les lois de l'époque. Il intègre le 22e régiment d'infanterie le 15 janvier 1903 sous le numéro matricule 4807. Il passe dans la disponibilité (dans la réserve de l'armée active) le 19 septembre 1903. En tant que réserviste, il est d'abord intégré à la 12e section d'infirmiers militaires de Limoges, puis au 14e bataillon de chasseurs à pied du 401e régiment d'infanterie le 30 mars 1906. Il est enfin nommé médecin aide-major de deuxième classe de réserve dans le gouvernement

[28] Base Léonore, Archives Nationales de France.
[29] *World Medical Journal* n°3 d'Octobre 1949. Vol. 1, p. 82.
[30] Ibid.
[31] *L'Echo de Paris*, n° 7446, 24 octobre 1904, p. 4.
[32] Ibid.
[33] Voir chapitre 1-1.
[34] Archives Militaires de Dordogne, Fiche de M. Cibrie Pierre Paul.

militaire de Paris le 12 avril 1907 puis médecin aide-major de première classe de réserve le 26 juin 1911.

Il est rappelé à l'activité par décret de mobilisation le 1er août 1914. Pendant la Grande Guerre, il exercera deux ans et demi en qualité de médecin major de deuxième classe à l'Hôpital mixte d'Orléans. Le 19 août 1916, il est affecté à Oujda au Maroc mais n'y sera transféré que le 8 mars 1917. A noter que les documents officiels de remise de la Légion d'honneur évoquent Casablanca qui n'est pas inscrit sur sa fiche militaire. Le 5 juin 1917, il est affecté à l'hôpital de Cap de l'Eau, une ville marocaine proche d'Oujda. Il est envoyé en congés illimités le 27 février 1919 et appartient alors de nouveau à la réserve de l'armée active. On le cite comme « médecin d'un dévouement professionnel remarquable qui n'a cessé de se distinguer par son entrain et son activité dans toutes les circonstances où son ambulance a été appelée à fonctionner »[35]. Ce qui lui vaut la croix de guerre avec étoile vermeille et une médaille coloniale avec agrafe Maroc[36]. Le 28 décembre 1918, il est nommé Chevalier de la Légion d'honneur (à titre militaire).

En tant que réserviste, il est affecté à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Le 19 juillet 1927, il est promu une dernière fois et devient médecin major de première classe de réserve.

Le 30 décembre 1933, il accède au grade d'Officier de la Légion d'honneur et enfin, le 13 mars 1952, il est de nouveau promu et devient Commandeur de la Légion d'honneur.

Paul Cibrie est rappelé dans l'armée active au début de la Seconde Guerre mondiale.[37] La date exacte nous est inconnue mais en raison de son activité au sein de la CSMF, nous pensons qu'il fut mobilisé vers la mi-octobre 1939. Il est démobilisé le 1er juillet 1940.[38]

Dans l'analyse des archives nécessaires à l'élaboration de cette thèse, nous avons remarqué que Paul Cibrie a fréquemment tenu des discours très engagés maniant à la perfection et sans retenue, tout le champ lexical de la guerre. Indéniablement, ses années de service militaire et son expérience de la Grande

[35] Ibid.
[36] Base Léonore, Archives Nationales de France.
[37] Ibid.
[38] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, p. 379.

Guerre ont forgé en lui un esprit rigoureux et combatif qu'il saura mettre à profit pour rallier les gens à ses idées.

3 De 1919 à 1930 : l' "ascension syndicale" de Paul Cibrie, de son engagement après la Grande Guerre jusqu'au vote de la loi sur les assurances sociales de juillet 1930.

Pour rédiger cette partie, nous nous sommes appuyés sur le travail réalisé par Thomas Blanck pour soutenir sa thèse de médecine générale. Il a épluché et analysé les archives de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) de 1919 à 1930 qui contenaient celles de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF). Nous avons nous-mêmes eu accès à ces archives. Cette période de syndicalisme médical a très peu été analysée donc ces archives sont quasiment la seule source disponible. Cela entraîne donc un problème d'objectivité dans l'analyse dont il faudra tenir compte.

3-1 De 1919 à 1921 : Installation du contexte

Malgré la loi Le Chapelier de 1791 qui interdit toute forme d'association, les médecins se réunissent officieusement en divers groupements pour discuter de leurs intérêts communs. En 1884, les associations sont enfin autorisées et une quarantaine de regroupements de médecins se réunissent en une seule association et créent l'Union des Syndicats Médicaux de France (USMF ou Union)[39]. En novembre 1892, le président Sadi Carnot signe la promulgation de la loi Chevandier, qui autorise définitivement les médecins à former des syndicats. L'USMF et les syndicats qui la composent sont officiellement reconnus le 19 novembre 1893[40]. De 1892 jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, le syndicalisme médical ne connaîtra pas d'évolution majeure.[41]

---

[39] Georges Battesti, "*Historique du syndicalisme médical en France*." Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Limoges, 1979, 84p.

[40] Donna Evleth, '*La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950', Le Mouvement Social*, n° 229.4 (2009), pp. 61–77.

[41] Georges Battesti, *« Historique du syndicalisme médical en France. »* Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Limoges, 1979, 84p.

En 1919, l'USMF est l'unique regroupement de syndicats de médecins français et Paul Cibrie en est adhérent par l'intermédiaire du Syndicat des Médecins de la Seine (SMS). Le SMS est fondé en 1891.[42] La première manifestation de Paul Cibrie au sein du SMS que nous ayons trouvée remonte à 1911, comme en témoigne la courte phrase parue dans la Lanterne (journal politique) du 24 novembre 1911 « *Une délégation du syndicat des médecins de la Seine composée de M. Tourtourat, secrétaire général, et de Messieurs A. Levy, Vimont, Coldefy, Gascuel, Lafontaine, Toledano, Quider, Cibrie a été reçue hier matin par M. Delanney, préfet de la Seine. Elle venait protester contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux* ».[43] Paul Cibrie devient président du SMS en 1923[44]. Ce syndicat avait un poids très important dans les décisions prises par l'USMF. En effet, si l'Union servait de porte-parole aux syndicats médicaux, son principal adhérent, le SMS, portait ses propres jugements et pouvait parfois s'opposer aux décisions de l'Union.

Paul Cibrie revient à la vie active en février 1919 et va trouver, au lendemain de la guerre, l'occasion de s'investir énormément dans le syndicalisme médical. Déjà engagé avec les syndicats avant la guerre à travers le Syndicat des Médecins de la Seine, deux facteurs vont accélérer sa prise de position syndicaliste. D'une part, le nombre de veuves et d'orphelins créés par la guerre laisse éclore des problèmes sociaux sans précédents et le besoin d'une protection médicale sociale plus élaborée se fait sentir. D'autre part, le syndicalisme médical a subi de lourdes pertes, notamment de ses dirigeants et l'affaiblissement temporaire des syndicats sera l'occasion ou jamais pour l'Etat de tenter d'imposer certaines mesures perçues par le corps médical comme peu favorables aux intérêts de la profession.[45] Or, Paul Cibrie, comme nous le verrons à de nombreuses reprises, aura à cœur toute sa vie, de défendre les intérêts du corps médical. Mais si la période est difficile pour les syndicats, l'Etat, avec une dette croissante et une main d'œuvre réduite, est lui-même affaibli. La balance se trouve alors équilibrée et les débats sont acharnés. La principale préoccupation des syndicats médicaux est l'inquiétude d'une fonctionnarisation forcée de la profession par l'Etat. Ainsi, la question des tarifs et du salaire des médecins est au cœur des débats et les syndicats se battent pour

---

[42] Histoire du conseil de l'Ordre des Médecins , *Histoire des Hôpitaux*, consulté le 9 juillet 2016, http://chaouky.blog.lemonde.fr/2011/12/30/histoire-du-conseil-de-lordre-des-medecins/.
[43] *La Lanterne*, 24 novembre 1911, p4. http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k7514105j.
[44] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n°883, p. 14.
[45] Thomas Blanck, « *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* » op. cit. p. 79.

défendre le libre choix de pratique entre le salariat et la médecine libérale. Les satisfactions et les échecs se succèdent pour l'Union. Plusieurs projets de loi (projet mutualiste, projet « Grinda ») voient le jour pour aboutir à une nouvelle proposition de loi Assurance-Maladie-Invalidité déposée à la Chambre des députés le 22 mars 1921 par M. Aristide Briand, Président du Conseil. [46]

Dans les grandes lignes, le projet de loi de 1921 instaure l'affiliation obligatoire pour les français dont le salaire est inférieur à 10 000 Francs annuels. La protection couvre les risques maladie, invalidité, décès et vieillesse et la loi propose le "tiers payant". "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". [...] Un ticket modérateur est mis en place pour limiter les abus de la part des assurés."[47] L'Etat participe en partie au financement du système d'assurance. Des "contrats collectifs" sont passés entre les médecins et les offices et la rémunération des médecins est forfaitaire. Le système du forfait se calque sur le système alsacien : "Une somme fixe serait attribuée au syndicat médical, par assuré [médecin]. Cette somme serait ensuite répartie par le syndicat au prorata du travail de chacun."[48]

Ce projet est vivement critiqué par l'Union qui lui reproche entre autres « une conception administrative de la médecine »[49], l'absence de modalités de coopération avec la mutualité, des honoraires forfaitaires maquillés en tarif à l'acte, un ticket modérateur trop faible[50] et l'absence de réforme efficace du système hospitalier.

Les neuf années qui suivront seront marquées par de réels combats syndicaux que l'on peut qualifier, même si les protagonistes l'ont toujours démenti, de combats politiques. Paul Cibrie se retrouve propulsé de simple membre du SMS en 1919 à secrétaire général du plus grand syndicat médical français : la CSMF en décembre 1928. A 49 ans, il est l'un des principaux instigateurs de la loi sur les assurances sociales votée en 1930 et prémice de la Sécurité Sociale. Nous allons essayer de retracer dans les grandes lignes, le rôle

[46] Ibid. p. 124.
[47] Ibid. p. 128.
[48] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1921, p. 599.
[49] Ibid. p. 600.
[50] Ibid. p. 599.

de Paul Cibrie et son influence au sein du syndicalisme médical français de 1921 à 1930.

3-2 De 1921 à 1923

3-2.1 Deux idées qui s'affrontent

L'USMF fonctionne sans souci majeur jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale mais avec l'arrivée de la loi Assurance Maladie Invalidité de 1921, certaines divergences existantes au sein de l'Union éclatent. Selon l'analyse de Thomas Blanck[51], ces divisions séparent deux clans.

D'une part, les médecins d'Alsace-Moselle qui souhaitent conserver leur système de santé présent depuis leur occupation allemande et qui redoutent un changement brutal de leurs pratiques.

D'autre part, les médecins de « la France de l'Intérieur » qui pointent les défauts du système d'Alsace-Moselle et redoutent, eux, de voir appliquer à l'ensemble des médecins français, les modalités de rémunération forfaitaire des médecins propre au système d'Alsace-Moselle. Ils souhaitent l'application de la loi Assurance-Maladie-Invalidité à tous les médecins afin de les réunir autour de l'idée d'entente directe. L'entente directe se définissant principalement par un accord décidé entre le médecin et le patient sur le montant et le moyen de rémunération du médecin, système en vigueur à ce moment là dans la "France de l'Intérieur".

En 1921, la rémunération des médecins et le contrôle de celle-ci sont donc les principaux sujets des débats et la source majeure de mésentente entre les syndicalistes. Les partisans de chacun des deux systèmes dépasseront rapidement les frontières géographiques. Il est question de savoir comment les médecins seront-ils payés (à l'acte ou au forfait) et par qui (Etat, patient, mutuelle, syndicat).

D'un côté, la rémunération forfaitaire présente en Alsace Moselle qui a l'avantage non négligeable de la sécurité des revenus mais asservit le médecin à l'Etat. En effet l'Etat fixe et verse le salaire au médecin et se charge de contrôler ses bonnes pratiques. Ce contrôle est alors administratif et selon certains, loin d'être efficace car la médecine est une activité très technique qui nécessite des connaissances dépassant l'esprit bureaucratique de l'administration.

---

[51] Thomas Blanck, « *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* », op. cit. p. 140.

De l'autre côté, le tarif à la visite qui « 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) »[52] Le contrôle des médecins se fait alors par d'autres médecins (possiblement les syndicats), ceci laissant une plus grande autonomie de la profession vis à vis de l'Etat. L'Etat intervenant seulement auprès du patient pour le remboursement.

Les divisions entre les médecins s'avèrent dangereuses car l'Etat profite des mésententes syndicales pour imposer ses réformes. Le secrétaire général de l'Union, le Dr Lafontaine veut alors rassembler les médecins mais sa stratégie est délicate. Il pense que la meilleure façon de rester influent face au gouvernement est de rassembler un maximum de médecins en trouvant un terrain d'entente entre les syndicalistes. Il affirme ne pas demander le syndicalisme obligatoire mais en réalité il semble ne laisser guère le choix aux médecins :

« *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 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.* »[53]

Ce type de positionnement autoritaire exacerbe les tensions déjà existantes et aggrave les affrontements entre les médecins et on entend

[52] Ibid. p. 142.
[53] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1922, p. 291.

rapidement parler de « tyrannie syndicale ».[54] Cette opposition croissante aboutira plus tard à la scission de l'Union.

3-2.2 La position de Paul Cibrie

C'est dans ce contexte qu'en 1922, Paul Cibrie, alors président du syndicat des Médecins de la Seine[55] se confronte au docteur Lafontaine. Comme il n'arrêtera pas de le faire ensuite, Paul Cibrie se bat pour le maintien absolu de l'indépendance du médecin vis-à-vis de toute institution. Lafontaine est favorable à une participation active du corps médical à la construction de la médecine sociale, sous la protection du contrat collectif. Le contrat collectif suit à peu près le système d'Alsace-Moselle : c'est un contrat passé entre le médecin - ou un organisme le représentant - et un organisme étatique d'assurances sociales (caisses ou offices). Comme évoqué précédemment, il assure au médecin un salaire fixe par patient (versé par son syndicat ou par les caisses). Il crée donc un cadre contractuel avec certaines règles à respecter mais en respectant les libertés de pratiques libérales. Mais Paul Cibrie s'oppose fermement au principe du contrat collectif, même s'il ne croit pas possible d'ignorer purement et simplement l'existence d'un organisme d' assurances sociales :

« *Le contrat collectif a peut-être pour le médecin quelques avantages dans l'ordre pécunier - ce n'est pas 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.* »[56]

Voici ce qu'il dira ensuite à propos des syndicats médicaux :

« *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*

---

[54] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 145.
[55] La trace la plus ancienne retrouvée de la présidence du SMS par Paul Cibrie remonte à 1922.
[56] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1922, p. 1001.

plus une puissance sociale réelle. Les Syndicats médicaux ne possèdent ni les ressources, ni la puissance suffisante. »[57]

Dans cet extrait, Paul Cibrie semble ne pas reconnaître aux syndicats un pouvoir suffisant pour traiter les affaires sociales. Profondément attaché aux valeurs syndicalistes, cette dévalorisation de l'Union semble étrange et complètement inhabituelle. Mais ce retournement de position s'explique par son rejet de l'Union. Défenseur de l'autonomie de la profession, il ne souhaite pas s'écarter des syndicats médicaux mais uniquement de l'Union dont les idées semblent trop étatiques pour lui. Cette impression est aussi partagée par Thomas Blanck : « *il souhaite plutôt s'affranchir du contrôle de l'Union* ».[58] Les reproches que Paul Cibrie adresse aux syndicats ne semblent ainsi être qu'un prétexte pour mettre à mal et affaiblir l'Union qu'il soupçonne de s'orienter vers les idées du Dr Lafontaine.

Paul Cibrie, est-il isolé ou suit-il une mouvance de l'époque à l'origine d'un déchirement du syndicalisme médical : le contrat collectif menacerait l'indépendance du médecin?

Avec le contrat collectif, l'Etat propose d'encadrer la profession médicale en instaurant ce qu'on pourrait appeler aujourd'hui des "règles de bonnes pratiques". C'est un contrat puisque chaque partie s'engage à suivre les règles et il est collectif car il ne s'adresse qu'au médecins diplômés. L'adhésion au contrat collectif n'est accessible qu'aux médecins détenteurs de leur doctorat et permet ainsi d'éloigner les charlatans de la pratique médicale. Il permet également d'empêcher les abus de toutes sortes commis par certains membres de la profession, notamment sur leurs tarifs. L'enjeu du contrat collectif est donc réellement une régulation de la profession par l'Etat. Il définit les droits et les limites de l'exercice, les obligations des médecins vis à vis des institutions et des patients et les obligations des institutions envers les médecins, il organise le contrôle des abus et assure une rémunération aux médecins. Paul Cibrie défend les valeurs de probité et d'honnêteté des médecins et rejoint en ce sens le contrat collectif qui lutte contre le charlatanisme. Mais il est accroché à son plus grand combat : le maintien de l'indépendance et de l'autonomie du médecin vis à vis de toute institution. Ce leitmotiv guidera toutes ces décisions, comme nous le

---

[57] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1922, p. 1000.

[58] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 147.

reverrons par la suite à de nombreuses reprises. Il ne nie pas une nécessité d'organisation de la profession mais il reste persuadé que les médecins peuvent et doivent organiser eux-mêmes leur contrôle et leur régulation. Il refuse que l'Etat s'immisce dans les affaires des médecins et s'oppose donc au contrat collectif.

Ce sont bien les débats autour du contrat collectif qui enflammeront les réunions de l'Union en 1923. Et Paul Cibrie, toujours président du syndicat des médecins de la Seine (le plus influent des syndicats de l'Union) sera le chef de file des protestations contre le contrat collectif. Il va trouver là un moyen d'exprimer au grand jour ses idées et de rassembler autour de lui un nombre chaque jour plus important de ses confrères. « *Dans un premier temps, il 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.* »[59] Il est suivi par le syndicat des médecins du Rhône qui partage cette opinion et envisage d'ignorer purement et simplement l'administration.[60]

Nous avons vu que Paul Cibrie n'estimait pas les syndicats capables d' organiser la médecine sociale. En rejetant le contrat collectif, il refuse maintenant que l'Etat participe à cette organisation. En réalité il s'oppose donc à toute réussite d'une organisation d'un système d'assurance sociale. Pour lui, un tel système proposant un tiers-payant menace le lien de confiance qu'il existe entre le médecin et son patient et l'indépendance financière de la profession. Dans un contexte de méfiance envers le gouvernement mais aussi envers les syndicats et leur « tyrannie », les idées de Paul Cibrie trouvent écho auprès d'un grand nombre de médecins.

Malgré cela, il ne réussit pas à convaincre suffisament les médecins syndiqués à ses opinions et le principe du contrat collectif est adopté par l'Union à l'Assemblée générale de 1923.

---

[59] Ibid. p. 153.
[60] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1923, p. 44.

3-3 Projet de loi de 1923

3-3.1 Les débats autour du projet de loi de 1923

Après ce premier échec, Paul Cibrie doit maintenant se positionner sur la question du tiers payant : contrat collectif avec ou sans tiers-payant? Sans surprise, il préfère un paiement direct des honoraires par le patient et se pose donc en faveur d'un contrat collectif sans tiers payant.

Les nouveaux débats autour du tiers payant aboutissent le 31 janvier 1923 à la proposition d'un nouveau projet de loi sur les assurances sociales censé apporter satisfaction au corps médical sur la question du contrat collectif et du tiers payant. Dans les grandes lignes, le projet propose toujours un contrat collectif avec une rémunération par capitation, c'est-à-dire que le médecin reçoit par la Caisse un forfait (annuel ou trimestriel) par patient, indépendamment du nombre de consultations qu'il fera pour ce patient. Le patient garde le libre choix de son médecin. 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.[61]

L'accueil de ce projet par l'Union sera là encore mitigé. Cette fois-ci, bien qu'il reste probablement le chef de file de l'opposition, Paul Cibrie reste relativement en retrait dans les débats et ce sont les docteurs Dubuy (du syndicat de Bourg-Trévoux), Michon (du syndicat du Rhône) et Jayle (du syndicat des médecins de la Seine) qui parleront en son sens. Michon affirme que le projet est mauvais « parce qu'il tend, entre autre chose, 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 ».[62] Bien qu'il y ait des divergences au sein même du SMS, celui-ci « cherche 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 ».[63] On remarque là, qu'après l'échec de 1921 sur le vote concernant le contrat collectif, le SMS (et donc Paul Cibrie) est moins ferme dans ses idées d'indépendance

---

[61] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 167.
[62] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 42.
[63] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 171.

totale du médecin. Paul Cibrie rejetait l'organisation de la médecine sociale par les syndicats, or, il prend note que le contrat collectif sera peut-être une réalité. Il décide donc de choisir un contrôle des médecins exercé par les syndicats plutôt que par l'Etat. Bien que toujours opposé aux idées de l'Union, le SMS ne rejette donc plus le contrat collectif afin de préserver l'unité des médecins et ne pas affaiblir l'influence des syndicats auprès du gouvernement.[64]

3-3.2 Les débats après le vote de la loi

En dépit d'une opposition franche d'une partie du corps médical et de beaucoup de syndicats, le projet de loi de 1923 est voté à l'unanimité par la Chambre en mai 1924. L'accueil du vote de la loi, très différent selon les médecins syndiqués, fait grandir encore les divergences au sein de l'Union (surtout entre l'Union et le SMS) malgré la création en 1924 de la "Commission mixte de l'Union et du Syndicat des Médecins de la Seine", dont Jayle (du SMS) est le président et Lafontaine, le Secrétaire des Commissions de l'Union.[65] Cette Commission mixte arrive 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* ».[66] L'Union rejette donc ce projet de loi et en analysant les causes relatées de ce rejet on s'aperçoit que «c'est sur la base d'un désaccord sur les tarifs, sous l'influence incontestable du SMS ».[67] L'Union tombe même d'accord avec le principe du SMS de s'opposer à une rémunération forfaitaire du médecin. En tant que président du SMS, le rôle de Paul Cibrie dans cette décision de rejet a probablement été considérable.

Il faut alors trouver une alternative et l'Union propose en 1924 deux projets de contrats collectifs en concordance avec ses deux principaux mouvements qui s'affrontent. D'une part, un contrat collectif avec organisation de soins et contrôle (comportant une possibilité de tiers payant) porté par Lafontaine. D'autre part, un contrat collectif sans tiers payant avec entente directe porté par Paul Cibrie. On assimile le contrat de Paul Cibrie à un rejet du système des assurances sociales puisque voulant s'éloigner de tout contrôle étatique. Comme l'écrit Thomas Blanck : « l'enjeu est donc de concilier un exercice médical libéral avec un système de soins "social" financé et contrôlé

---

[64] Ibid.
[65] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1924, p. 1207.
[66] Ibid.
[67] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 176.

par des collectivités, dépendant in fine de l'Etat, notamment de par son caractère obligatoire. » Les querelles entre médecins syndiqués des deux camps sont légion en 1924. Lafontaine démissionne même de son poste de secrétaire de l'Union, il est remplacé provisoirement par le Dr Quivy puis le Dr Lenglet est élu. Ce dernier étant favorable aux idées de Lafontaine, les disputes ne ralentissent pas au sein de l'Union. Après de nombreux débats, Paul Cibrie énonce officiellement son « refus catégorique 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 »[68] :

« *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. 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… »[69]

Cela montre la volonté de Paul Cibrie de faire basculer la stratégie de l'Union vers l'entente directe, en évitant d'éterniser certains débats que pourrait susciter le dit paragraphe. Paul Cibrie donne sa vision du syndicalisme médical qui est de permettre une prise en charge efficace du patient en conciliant la liberté individuelle de celui-ci avec l'autonomie du médecin vis-à-vis de toute institution. Ceci à des frais moindres pour la collectivité puisque les actes seraient pris en charge pour partie par les patients eux-mêmes et éventuellement par des assurances privées.

---

[68] Ibid. p. 200.
[69] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1925, p. 114.

Au-delà des querelles, il faut souligner que les deux rivaux (Lafontaine et Paul Cibrie) essayeront toujours de convaincre les médecins syndiqués de rester soudés. Ainsi, si certains syndicats (Bourg-Trévoux et Rhône) ne cacheront pas leur volonté de partir de l'Union et accélèreront la scission de celle-ci, Paul Cibrie (et le SMS) se distinguera longtemps par une volonté de maintenir une cohésion syndicale et d'éviter la rupture. Ceci car « 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 .»[70]

3-4 Projets de loi de décembre 1925

En décembre 1925, une nouvelle proposition de loi est accueillie favorablement par le Dr Lenglet (secrétaire générale de l'Union) : « *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* ».[71] Cet enthousiasme vient probablement de l'inscription formelle dans la loi du contrat collectif. Mais bien sûr, 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. Et on retrouve là encore à la tête de l'opposition, les partisans du contrat collectif avec entente directe et sans tiers-payant, dont le représentant est Paul Cibrie.

3-5 Scission de l'Union en décembre 1925

Les dissensions au sein de l'Union grandissent avec le nombre croissant de partisans des idées de Paul Cibrie. Les propos envers Lafontaine ne sont pas tendres et on l'accuse de faire de la politique de confusion au sein même du syndicat, afin de faire voter les ordres du jour. Le principal reproche fait à l'Union est une attitude trop conciliante envers l'Etat sur les modalités des assurances sociales, notamment le contrôle des médecins, le non-respect du secret professionnel par délivrance d'informations aux caisses et surtout l'acceptation d'un tiers (payant ou autre) entre le patient et son médecin. Trois

[70] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 201.
[71] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 133.

notions qui semblent comprises dans le contrat collectif mais qui ne sont pas partagées par les médecins syndiqués de l'opposition. « Le médecin, jadis indépendant et autonome - du moins en dehors des associations professionnelles - se trouve soumis à un contrôle et pourrait même devenir salarié, voire pire, fonctionnaire. »[72]

Les discussions s'enveniment et malgré un discours de rassemblement du Dr Decourt, président de l'Union (qui retrouvera bien plus tard Paul Cibrie au sein de la WMA), la scission est inévitable. Elle sera officiellement déclarée en décembre 1925 à l'Assemblée générale de l'Union. L'USMF reste et sont créées deux entités: la Fédération des Médecins de France (appelé la "Fédération") et le "Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés". Le premier est nettement majoritaire par rapport au second dont nous évoquerons donc juste le nom ici.

Début 1926, la Fédération compterait 2457 dissidents regroupés en 28 syndicats, alors que l'Union compterait 13 645 membres répartis en 259 syndicats.[73] On peut affirmer que Paul Cibrie est en partie responsable de cette scission puisque représentant de l'opposition. Or, on s'aperçoit avec surprise que certains syndicats de l'opposition, y compris l'influent SMS (donc Paul Cibrie) décident de rester au sein de l'USMF. Ceci entraîne encore plus de confusion au sein de l'Union : ces syndicats, alors même qu'ils adhèrent à l'USMF, sont en partie à l'origine de la scission et soutiennent les idées de la Fédération, rendant impossible toute réconciliation entre l'Union et la Fédération. Il est troublant, après avoir dirigé l'opposition dès le début des années 20 et avoir même menacé de quitter l'Union, que Paul Cibrie décide, contre toute attente, et ce, « suite à la création de la Fédération »[74] de ne pas se retirer de l'Union. Le SMS va même militer ardemment pour la réconciliation du syndicalisme médical. On sait que ce que propose l'Union en matière de loi sur les Assurances sociales ne correspond pas aux idées de Paul Cibrie. Pourquoi ne part-il pas de l'Union ? Est-il revenu sur ses convictions pour que les syndicats restent unis devant le pouvoir menaçant de l'Etat et des assurances privées ou a-t-il attribué à la Fédération un avenir trop incertain pour risquer de se compromettre en les rejoignant ? Il est très difficile de répondre à cette question. Selon l'analyse de Thomas Blanck : « Il est probable que cette prise de

---

[72] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 268.
[73] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p 146, chiffres à relativiser car issus de l'USMF.
[74] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 281.

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. »[75] Mais dans sa volonté de maintenir l'indépendance et l'autonomie de la profession, Paul Cibrie souhaite avant tout le maintien d'une cohésion syndicale pour résister au gouvernement. En 1926, il s'adresse 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. »

Il faut noter que la démission avait été demandée par la Fédération. On réalise alors que Paul Cibrie reste au sein de l'Union alors qu'il demande à l'Union de rejoindre la Fédération et non l'inverse ! On peut y voir là une manœuvre « politique » et intéressée d'un homme avide de pouvoir qui se voit déjà déjà à la tête d'un nouveau syndicat regroupant l'Union et la Fédération et ayant repris les idées de la Fédération. Mais on peut y voir aussi une intelligente proposition pour fédérer la profession sur la création d'un nouveau syndicat qui maintient les statuts de l'Union et réponds aux attentes idéologiques de la Fédération .

3-6 Tentatives de conciliation par Paul Cibrie

En 1927, Paul Cibrie fait un geste envers la Fédération. Discutons rapidement du contexte : le projet de loi de 1925 indiquait l'obligation d'établir des tarifs dans le cadre des contrats collectifs. Ce projet reflétait les idées de Lafontaine. Après le maintien du SMS au sein de l'Union et le départ de Lafontaine, l'avis de l'Union n'est pas aussi tranché. Elle serait en faveur des contrats collectifs mais avec entente directe et une certaine tarification acceptable. En d'autres termes, les honoraires sont fixés par le médecin avec son patient. On continue de parler de contrat collectif car les honoraires resteraient «tarifés » dans des limites raisonnables. La Fédération, elle, se bat pour l'entente directe sans aucune tarification. Selon Paul 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*

[75] Ibid.

être exclue, par tous les moyens possibles, la médecine au rabais, et que le taux inferieur des honoraires ne doit jamais descendre au-dessous du tarif syndical minimum.”[76].

Alors qu’il appartient à l’Union, Paul Cibrie va recommander à la Fédération de se battre pour ses idées sans tenir compte de l’avis de l’Union :

« Je ne suis pas de l’avis de Lafontaine qui estime le front unique inutile et nuisible. On vous lira tout a 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.”[77]

Rapidement et de façon compréhensible, Paul Cibrie et le SMS se retrouvent entourés d’opposants au sein de l’Union. Si les espoirs de Paul Cibrie de réconcilier la Fédération et l’Union sont envisageables, certains l’estiment calculateur et opportuniste. Ainsi le Pr Cruchet de la Fédération dira:

« *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.*”[78]

Paul Cibrie est donc critiqué et petit à petit, le SMS s’isole en formant une troisième masse syndicale, tout en restant adhérent à l’Union. Dans cette impasse et quelles que soient ses aspirations futures, Paul Cibrie a au moins le mérite d’essayer de maintenir l’influence des syndicats auprès du gouvernement. En effet, un projet de loi est adopté au Sénat en juillet 1927 et Monsieur Pierre Leclerc, dans son ouvrage sur l’histoire de la Sécurité sociale, nous dit :

---

[76] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 89 .
[77] ibid. p. 118.
[78] ibid. p. 133.

« *En juillet 1927, au moment où vont s'ouvrir les dernières discussions, il faut frapper fort. Les trois grands syndicats médicaux (Union, Fédération et un syndicat de spécialistes) décident d'unir leurs efforts et sous l'impulsion du docteur Paul Cibrie, est lancée une grande offensive.* »[79]

Fin juillet 1927, Paul Cibrie avec le SMS, toujours membre de l'Union, propose une nouvelle fois, un plan de travail visant à réunifier le syndicalisme médical. Mais la Fédération refuse catégoriquement de discuter et « les débats sont relancés et s'enlisent en ce qui concerne le tiers payant et les tarifs, mais aussi l'organisation hospitalière, le contrôle, le secret professionnel, la mutualité, etc. »[80] Paul Cibrie n'arrive décidément pas à être l'élément fédérateur qu'il souhaiterait. Ces échecs à répétition vont certainement exaspérer le syndicat des médecins de la Seine qui décide le 23 octobre 1927 « *Par 188 voix contre 86, à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine [...] de démissionner immédiatement de l'Union et de s'affilier à la Fédération .*»[81] L'autre hypothèse pour expliquer ce départ est de vouloir augmenter la puissance de la Fédération face à l'Union qui sera, à partir de maintenant, obligée de prendre en compte l'avis de la Fédération pour débattre les décisions face aux instances gouvernementales et ainsi mettre fin à la scission. En effet, en se rattachant à la Fédération, le SMS fait basculer la balance et les idées de la Fédération (et de Paul Cibrie) deviennent majoritaires.

Le stratagème va fonctionner car dès 1927, l'USMF et la Fédération vont se mettre d'accord sur le contrat collectif avec entente directe (donc refusant le système de capitation), toujours défendu par Paul Cibrie. Il est facile alors de positionner Paul Cibrie comme un stratège opportuniste mais l'Union elle-même, dès mai 1927 va reconnaître une préférence évidente des médecins syndiqués pour l'entente directe face à la capitation et au tiers payant « dont quelques-uns, en petit nombre il est vrai, persistent à réclamer l'intervention. »[82] Paul Cibrie représente alors les convictions de la majorité des médecins syndiqués. Il gagne alors en légitimité par rapport à Lafontaine et sa popularité remonte.

---

[79] Leclerc, Pierre, *La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes - tome II - 1870 - 1945*, CHSS, 1996, pp. 257 - 258. L'auteur reprend ici les propos de Louis Picard tenus lors de communications aux colloques de Brest en 1982 et de Grenoble en 1983.

[80] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. pp. 303-304.

[81] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 690.

[82] Ibid. p. 695.

3-7 La Charte Médicale et la première loi sur les assurances sociales de 1928

Ces accords entre syndicats aboutissent, le 30 novembre 1927, lors du congrès des syndicats médicaux, au vote de la Charte Médicale. Elle est aussi appelée charte de la médecine libérale tant elle reprend tous les points de l'entente directe, ceci sans jamais la citer[83] :

« *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.)

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 1921932. (Adopté à l'unanimité moins 5 avis représentant 373 voix.)

[83] Ibid. pp. 38 – 39.

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.)

La commission présidée par le professeur Balthazard est désignée pour étudier les statuts nouveaux du groupement.

Signé Docteur Desrousseaux Docteur Jayle »

Après de nombreux débats entre les syndicats et l'Assemblée sur l'inscription ou non en tant que telle de l'entente directe dans une loi, la Chambre des députés vote le 15 mars 1928, la loi sur les assurances sociales sans inscrire les mots « entente directe ». « 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 a estimé qu'il valait mieux réaliser immédiatement une loi perfectible que promettre une loi parfaite. 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. »[84] Voici dans les grandes lignes, les chapitres de la loi de 1928 repris par Thomas Blanck :

« *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.*

[84] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* »,op. cit. p. 332.

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.

L'organisation des assurances est confiée à des caisses départementales uniques. 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.

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. »

A part l'énoncé clair et lisible de l'entente directe, les syndicats ont donc réussi à obtenir ce qu'ils demandaient. A savoir comme le rappelle Paul Cibrie : « *l'habilitation des syndicats par un organisme central, le libre choix du médecin par le patient, le secret professionnel, le droit aux honoraires libres 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.* »[85]

Le système par capitation n'est donc pas voté bien que la loi ne retienne pas le paiement direct comme mode exclusif de rémunération des médecins. C'est une victoire pour Paul Cibrie et son cheval de bataille : l'entente directe.

3-8 Création de la CSMF et la loi de 1930

Cette loi perfectible mais créée grâce à l'entente de la Fédération avec l'Union, va encourager les syndicats à se réunir pour ne former qu'une seule entité capable d'imposer ses réformes et notamment certaines « perfections » de la loi. Il est plus que jamais important d'être uni. Or, la loi entrera en vigueur au plus tard le 5 avril 1930.[86] Les syndicats disposent donc du temps nécessaire pour défendre leurs intérêts. Si l'entente directe a été responsable quasi à elle seule de la scission entre l'USMF et la Fédération, elle sera cette fois-ci l'élément central réunificateur des syndicats.

Ainsi dans son numéro du *Médecin Syndicaliste* du 1er mai 1928, l'Union annonce une fusion imminente avec la Fédération. Paul Cibrie est nommé président de la Commission mixte sur les assurances sociales.[87] Celui-ci

[85] CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 39-41.
[86] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 985.
[87] Ibid. p. 317.

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.[88]

Officiellement, le 6 décembre 1928, est créée la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), qui dans ses textes fondateurs se veut être « à l'exclusion de tout autre, l'organisme unique parlant et agissant au nom du Corps Médical Français. »[89] La CSMF fait officiellement suite à l'USMF et la Fédération annonce sa dissolution mais dans les idées et surtout au sujet de l'entente directe, la CSMF poursuit le travail de la Fédération et non de l'USMF. Comme le souligne Thomas Blanck « ce n'est donc pas un hasard si en décembre 1928, Paul Cibrie est élu Secrétaire Général du nouveau groupement. »[90] Sitôt élu, Paul Cibrie fait soutenir ses idées : lors de l'Assemblée générale du 06 décembre 1928, l'Ordre du jour se nomme «*Renon-Dibos-Cibrie avec modification Balthazard* »[91], du nom de ses auteurs, mais c'est réellement en évoquant le nom de Paul Cibrie que les syndicalistes de la CSMF demandent un texte rectificatif de la loi en incluant l'entente directe.

« *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. »[92]

Mais la commission chargée de revoir la loi rejette le rectificatif proposé et c'est un échec pour Paul Cibrie. En janvier 1929, il publie dans *le Médecin de France* un article où il réaffirme ses positions clairement en désaccord avec le tiers payant et en faveur 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

---

[88] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 331.
[89] Ibid. p. 479.
[90] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* »,op. cit. p. 342.
[91] CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 111.
[92] Ibid. p. 11.

clerc pour prédire un assèchement total de la dite 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. 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 dernier [1928] *, 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.* »[93]

Paul Cibrie maintient donc sa volonté d'autonomie des médecins par rapport aux caisses en plaidant une nouvelle fois pour l'entente directe. Sauf que cette fois-ci, il est secrétaire du plus grand syndicat des médecins de France. Il fera ainsi rejeter par la Commission de la CSMF certains articles de loi où l'entente directe n'est pas respectée. En règle générale, la CSMF est satisfaite sur le versant libre choix de l'entente directe puisqu' ils obtiennent le libre choix par le patient de son médecin en ville ou à l'hôpital (sauf dans les salles communes). Mais le versant tarifaire de l'entente directe est encore à débattre. Paul Cibrie campera sur des positions claires : le refus net de tout tiers payant pour permettre des tarifs libres et une autonomie vis-à-vis des caisses. Ainsi en janvier 1929, il dira :

"*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,*

[93] Ibid. pp. 33-34.

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. »[94]

Au risque de ne pas toujours être suivi par tous les syndicalistes, Paul Cibrie se montre intransigeant sur la notion de l'entente directe, au point d'écrire, dans une réponse faite en janvier 1929 au Ministre du Travail Louis Loucheur :
« *la CSMF repousse tout système autre que celui de l'entente directe entre le praticien et le malade ».*[95]
Certains comme le docteur Batier de Strasbourg qualifient sa réponse de très adroite, d'autres comme le docteur 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. »[96] Paul Cibrie sent que ses positions trop intransigeantes inquiètent beaucoup de médecins syndiqués. Ceci le pousse à accepter rapidement un changement de cap et dès mars 1929, il se montre plus modéré et envisage « une sorte de tiers payant pour les catégories les plus modestes ».[97] On ne peut s'empêcher de voir, là encore, une stratégie politique d'un homme qui sent son poste important de secrétaire lui échapper s'il ne se rallie pas à la majorité. Sinon pourquoi aurait-il cédé sur le tiers payant alors qu'il s'opposait à son existence depuis environ dix ans? Comme il a finalement accepté le contrat collectif proposé par Lafontaine et suivi par la majorité des syndiqués de l'USMF, comme il a décidé de rester au sein de l'Union puissante par rapport à la Fédération alors qu'il défendait les idées de la Fédération, il renie maintenant son refus intégral du tiers payant pour peut-être sauvegarder ses intérêts personnels. Mais au-delà de l'opportuniste, on peut à l'inverse, percevoir Paul Cibrie comme un homme réaliste et adepte du compromis qui sait se remettre en question et accepter de renier ses convictions. Ceci dans un but supérieur à ses propres intérêts qui serait la préservation, quoi qu'il en coûte, des intérêts de la profession médicale, à savoir surtout son autonomie et son indépendance. Paul Cibrie, conciliateur altruiste ou politique arriviste ? Sans doute quelqu'un entre les deux.

Quoi qu'il en soit, ce fléchissement sur un éventuel tiers payant réservé aux plus démunis et décidé par le médecin va permettre lors des réunions entre

---

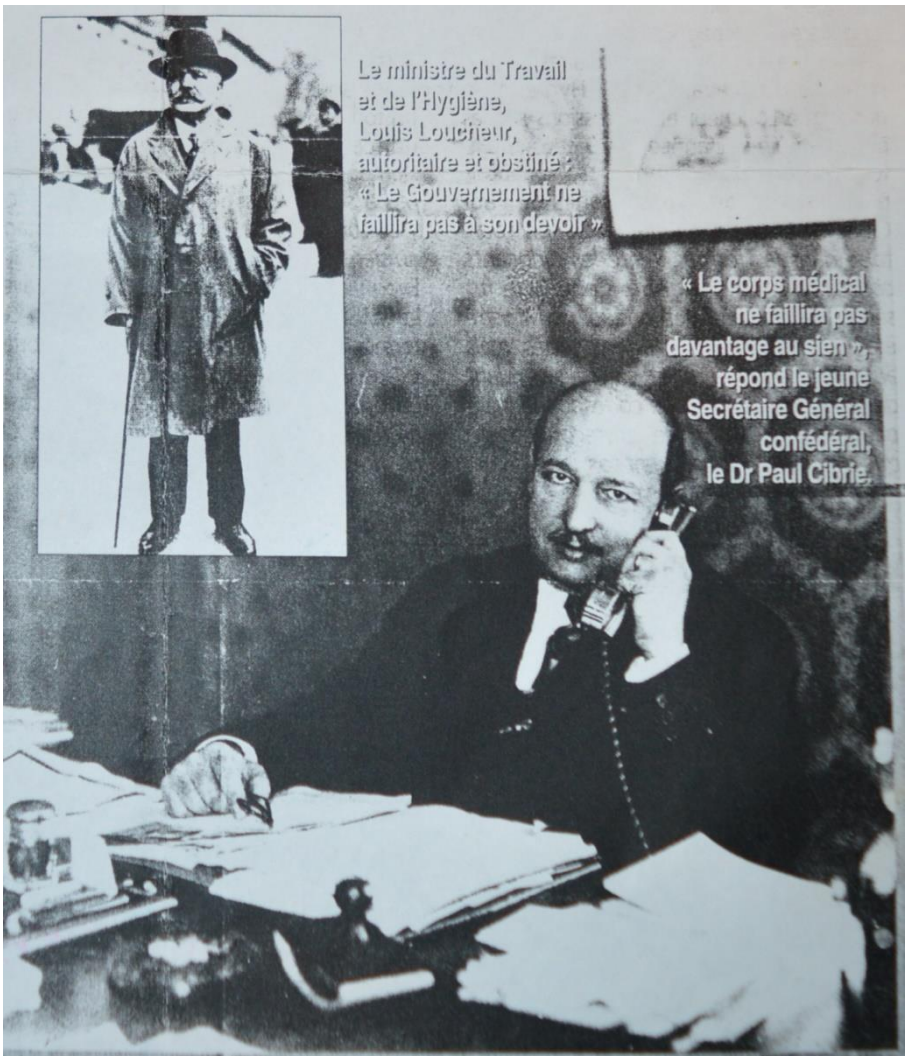
[94] Ibid. p. 42.
[95] Ibid. p. 55.
[96] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 407.
[97] Ibid. p. 409.

M. Loucheur (Ministre du travail), le docteur et professeur Victor Balthazar (président de la CSMF) et Paul Cibrie (secrétaire générale de la CSMF) de trouver enfin un accord entre l'Etat et les syndicats médicaux sur une loi des assurances sociales.
Contre toute attente, quelques syndicalistes critiquent maintenant son laxisme face à la mesure du tiers payant qu'il avait toujours refusée. Mais la plupart le soutiennent car ils comprennent que sans compromis aucune loi ne sera votée et beaucoup d'acquis seront alors remis en question. Devant les quelques reproches qui lui sont adressés, il se félicitera : "*Nous avons obtenu le maximum possible.*"[98] Il ira même jusqu'à menacer de démissionner si les syndicalistes ne se raisonnaient pas dans leurs demandes. Pour lui, vouloir faire inscrire dans la loi l'entente directe stricte comme seule modalité de paiement des honoraires serait demander l'impossible : "*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-même.*"[99] Mais on verra que ce n'est pas la seule menace de démission qu'il fera dans sa vie et cela est peut-être encore une stratégie afin de maintenir soudé un syndicat qui commence encore une fois à se diviser.

Cependant, Paul Cibrie n'a pas cédé facilement. Le tiers payant proposé par le ministre Loucheur était, à l'origine, un tiers payant obligatoire imposé aux médecins ayant passé un accord avec les caisses (équivalent du secteur 1). Mais Paul Cibrie et Victor Balthazard refusent de scinder la profession en créant deux catégories de médecin et demandent donc que le tiers payant ne soit pas médecin-dépendant mais patient-dépendant (les plus démunis). Paul Cibrie propose alors de rendre bénéficiaires du tiers payant les patients affiliés à l'aide médicale gratuite (équivalent CMU actuelle). L'Assemblée générale de la CSMF du 02 juin 1929 rejette donc la loi si elle devait rester en l'état et conscient des risques pris, Paul Cibrie fait appel à la plus grande discipline syndicale en demandant aux médecins et aux syndicats de ne passer aucun contrat avec un quelconque organisme d'assurances sociales tant que les revendications du corps médical ne seront pas respectées.[100] L'avenir lui donnera raison car le ministre ne va pas mettre à exécution ses menaces. En effet, le ministre projetait de créer une loi sans les syndicats si ceux-ci refusaient

[98] CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, p. 269.
[99] CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. 116.
[100] CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 291-292.

toujours les propositions de loi en 1929. Il va même créer le « rectificatif Loucheur » qui écarte 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'équivalent de notre feuille de soins).
Victor Balthazard dira au sujet de Paul Cibrie : « *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.* »[101]



Photographie montrant Paul Cibrie à son bureau de la CSMF.
Publiée dans *le Médecin de France* n° 883, 1998, p 14.

[101] Ibid. p. 766.

La discussion du projet de loi, rectifiant la loi du 5 avril 1928, débute au Sénat le 6 mars 1930. Nous devons absolument évoquer là un élément qui a peut-être une importance capitale dans l'accord trouvé entre les syndicats et l'Etat. Nous savons qu'en mars 1930, M. Pierre Laval est nommé au poste de Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale. Le 12 mars, il affirme son soutien au corps médical lors d'une entrevue avec la CSMF. Or, l'entretien avec Denise Cibrie, une cousine éloignée de Paul Cibrie, nous apprend que Paul Cibrie et Pierre Laval étaient amis. Le sont-ils devenus après ou l'étaient-ils déjà au moment du vote de la loi? En quoi cela a-t-il influencé les débats ? Impossible d'y répondre évidemment mais force est de constater qu'une loi débattue depuis dix ans se met rapidement en place dès la nomination de Pierre Laval[102] au poste de Ministre et ceci grâce « aux souplesses » de Paul Cibrie. Mais il est tout à fait possible que ce ne soit qu'un hasard de calendrier.

Finalement, le 15 mars 1930, le Sénat vote les modifications requises par la CSMF[103] et adoptera, lors de la séance du 22 mars, le projet de loi en entier.

---

[102] Biographie de Pierre Laval : Né en 1883 dans le Puy-de-Dôme, Pierre Laval est un homme politique important de la première moitié du XXè siècle. Originaire d'une famille modeste, il est le reflet de l'ascenseur social de la Troisième République en devenant avocat après avoir passé le barreau de Paris. Fervent socialiste, il défend d'abord les ouvriers. Pendant la Première Guerre mondiale, il affiche un pacifisme acharné. Il est élu maire d'Aubervilliers en 1918 et y restera jusqu'en 1944. Personnage charismatique, il est omniprésent et très populaire. Il est élu président du Conseil en 1930. Il continue de prôner la paix envers et contre tout. Mais la crise économique qui arrive en France le force à quitter la présidence du Conseil. Il enchaîne alors les différents ministères et tente de préserver la paix par tous les moyens. Il s'allie même avec Mussolini, puis Staline. Il redevient président du Conseil en 1935 mais ses mesures pacifiques extrêmes ne satisfont pas au peuple qui s'engage derrière Léon Blum et il est obligé de démissionner une deuxième fois. Il réapparaît 4 ans plus tard, en tant que Ministre d'Etat du régime de Vichy auprès du maréchal Pétain qui le considère comme « son dauphin ». Vexé par son éviction du pouvoir en 1936 par le front populaire alors qu'il était profondément socialiste, il est prêt à tout pour prendre sa revanche en politique, y compris de collaborer avec le régime nazi. Il sera d'abord d'une grande passivité face aux mesures antisémites imposées aux français par les nazis. Dans l'ombre de Pétain, il organise en 1940 une rencontre entre Hitler et Mussolini. Offusqué, Pétain fait alors enfermer Laval. Mais il ne reste pas longtemps en prison et est victime, le 27 août 1941 d'un attentat perpétré par un partisan d'extrême droite. Persuadés qu'il est nécessaire aux bonnes relations franco-allemandes et probablement satisfaits de sa passivité, ce sont les allemands qui imposent à Pétain, le retour de Laval au gouvernement. A son retour, en avril 1942, il occupe un poste très important puisqu'il devient chef du nouveau gouvernement et dirige les ministères de l'intérieur, des affaires étrangères et de l'information. Il proclame à la radio le 22 juin 1942 : « Je souhaite la victoire de l'Allemagne ». Face aux persécutions galopantes des juifs, il reste inactif. Il casse cette passivité par la Rafle du Vel d'Hiv où la police française exécute les ordres de Laval et de Bousquet, nommé chef de la police par Laval. Il dépasse même la demande des autorités nazies en proposant aux allemands de déporter les enfants de moins de 16 ans dès 1942. Laval est de plus en plus détesté par le peuple français qui le qualifie de « collabo ». Sa popularité décroit encore quand il crée la milice, s'acharne contre les résistants et continue d'afficher sa dévotion à l'Allemagne nazie notamment en supprimant la ligne de démarcation qui permet aux allemands d'occuper toute la France. Devenu très impopulaire, il s'exile en Allemagne à la Libération. Puis, la Suisse refuse de lui ouvrir les portes et il parvient à fuir dans l'Espagne franquiste amie qui, finalement, le trahit et permet son arrestation. Il est condamné à mort en France pour haute trahison et complot contre la sûreté intérieure de l'État par la Haute Cour de justice. Il est fusillé le 15 octobre 1945 à la prison de Fresne. Voir notamment « 12 balles dans la peau », film sorti en 2009 de Yves Boisset avec de nombreuses images d'archives.

[103] CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. XXXV.

« 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. »[104] Elle sera finalement promulguée le 30 avril 1930.[105]

Voici dans les grandes lignes le texte de loi sur les assurances sociales de 1930, repris par Thomas Blanck[106] :

> « 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 réduit à 8 % 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.

---

[104] CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, p. 365.
[105] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 487.
[106] Ibid. pp. 490-491.

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 œuvres d'intérêt commun.

[…]

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. »

L'absence de tiers payant et l'entente directe sont donc bien réelles dans cette loi. Cette fois-ci, c'est donc une victoire pour Paul Cibrie, d'autant plus que pour la première fois, le texte de loi est bien accueilli par la CSMF. Après encore quelques modifications demandées par la CSMF (dont l'exclusion des médecins étrangers), un accord historique au sujet des assurances sociales entre les médecins et l'Etat est adopté le 27 juillet 1930. On peut dire que Paul Cibrie y a largement contribué.

3-9 Résumé du positionnement de Paul Cibrie de 1919 à 1930

En dix ans, Paul Cibrie est sorti de l'ombre du SMS pour s'imposer dans le milieu du syndicalisme médical français. Inconnu au début des années 20, il perd sa bataille contre le contrat collectif. Mais il se forge une réputation et quelques années plus tard, il est celui qui fera pencher le vote des syndicats puis du gouvernement en faveur d'un contrat collectif avec entente directe sans tiers payant. Véritable figure charismatique, il réussit à fédérer les médecins syndiqués autour de ces grandes idées :

- autonomie et indépendance du corps médical vis-à-vis de toute institution
- unité professionnelle
- liberté tarifaire

- défense d'un corporatisme absolu
- défense de valeurs professionnelles sans vouloir une élite médicale mais plutôt le respect d'un certain honneur de la profession

Après être en partie responsable de la scission de l'Union en 1925, il permet la réunification des syndicats et la création de la CSMF en 1930. Il est parfois critiqué et jugé de tacticien politique mais il est néanmoins nommé secrétaire de la CSMF à sa création. Il se retrouve donc au poste le plus représentatif de la profession médicale et le plus important pour négocier avec le gouvernement sur les projets futurs.

4 De 1930 à 1940, la médecine et Paul Cibrie au cœur de la tourmente

Nous allons maintenant essayer de déterminer quelle furent les rôles de Paul Cibrie dans les dix années précédant la Seconde Guerre mondiale.

Cette période est riche d'enseignements car les décisions prises ont abouti au conflit que nous connaissons tous. Nous essayerons de comprendre comment s'est positionné Paul Cibrie face aux principales préoccupations des syndicats médicaux de l'époque, à savoir l'application des lois sociales votées en juillet 1930, l'inquiétude de la pléthore médicale qui a généré une montée de l'antisémitisme au sein du corps médical et enfin l'idée croissante de la création d'un Ordre des Médecins.

4-1 L'action syndicale de Paul Cibrie de 1930 à 1940

Paul Cibrie est resté secrétaire général de la Confédération des Syndicats Médicaux Français jusqu'en 1940, date à laquelle celle-ci est dissoute par le Maréchal Pétain dans son projet d'empêcher toute forme de syndicalisme en France. Une de ses ordonnances retrouvée aux Archives Nationales et datant de 1934 nous informe qu'il poursuit son travail de médecin généraliste à son domicile, de 13H30 à 16H sauf le mardi et sur rendez-vous le vendredi. En 1934, il démissionne de son poste de chef de service à l'hôpital Péan pour se consacrer entièrement à la vie syndicale. Il s'investit donc beaucoup dans la CSMF : il s'exprime sur tous les thèmes médicaux de l'époque et joue un rôle fondamental dans les discussions avec les différents gouvernements successifs. Pour approfondir son travail au sein de la CSMF, nous avons analysé les archives de la CSMF de 1930 à 1940.

Fig. 1. — Cabinet du Secrétaire général, M. Cibrie.

Photographie publiée dans le journal *Médecine Sociale*, n°3 du 10 janvier 1931. Montrant Paul Cibrie à son cabinet de secrétaire général dans les bureaux de la CSMF.

Avant-propos : la Mutualité

Cette période va faire intervenir un acteur non évoqué jusqu'alors : la Mutualité. Issues des confréries, des corporations et du compagnonnage, les sociétés de secours mutuels naissent à la veille de la Révolution Française. Mais la loi Le Chapelier de 1791 interdit toute forme d'association et comme pour les associations de médecins, les sociétés de secours mutuels devront attendre 1884 pour que leurs regroupements soient autorisés. En 1898, la Charte de la Mutualité est votée et l'état commence à faire confiance à la Mutualité.[107] La Mutualité est un ensemble de sociétés privées capitalisant les cotisations de ses adhérents afin de pouvoir leur proposer certains services de solidarité (santé, retraites,…). Depuis la fin de la Première Guerre mondiale jusqu'à 1930, la proximité entre le gouvernement et la Mutualité est évidente et place cette dernière en première ligne dans les décisions de loi. Face à des syndicats encore en construction, la Mutualité se renforce. « Le doublement des effectifs, par

[107] Dreyfus Michel, *"Liberté, égalité, mutualité: mutualisme et syndicalisme, 1852-1967"*, Editions de l'Atelier, 2001, p. 68.

rapport à 1914, est pratiquement achevé en avril 1930 »[108] et « en 1930, les mutualistes répartis en 23 000 sociétés de base, sont 8 224 000, plus 923 000 membres honoraires ».[109] Mais l'avènement des syndicats médicaux nivelle l'influence de la Mutualité et des syndicats auprès de l'Etat. Le rôle de la Mutualité était simple avant 1930 mais à partir de la naissance des lois sur les Assurances Sociales et la création par l'Etat de Caisses (départementales, régionales et nationales), le rôle des Caisses issues de la Mutualité va se troubler. L'ensemble Mutualité-Syndicats-Etat forme une organisation très complexe qui ne sera simplifiée qu'après la guerre. En effet, la création de la Sécurité Sociale en 1945 instaure le statut bien défini de complémentaires aux mutuelles dont le rôle se distingue alors des syndicats.

4-1.1 De 1930 à 1932, l'application de la loi de 1930

Le Krash boursier de 1929 aux Etats-Unis va déterminer l'avenir du monde. Il est maintenant démontré que le désastre économique qui s'en suivit fut un facteur déterminant au déclenchement de la Seconde Guerre mondiale. Les difficultés économiques affectent l'Europe et la France seulement une à deux années plus tard mais perdureront (et notamment en France) pendant toute la décennie. Le trop jeune et trop fragile système d'Assurances Sociales mis en place par la loi de 1930 ne sera bien sûr pas épargné.

La loi sur les Assurances Sociales est votée en avril 1930, appliquée dès le mois de juillet et prévoit des Caisses fonctionnelles dès octobre 1930. Il s'agit donc de créer en quelques mois un nombre suffisant de caisses d'assurance maladie. Cela s'avère impossible. De plus, les caisses déjà existantes, c'est à dire les caisses mutualistes, ne jouent pas le jeu : la Mutualité juge les coûts trop élevés et retarde ses paiements. Elle critique les médecins d'abus de prescription et empêche alors de signer les conventions entre les syndicats de médecins et ses propres caisses. En janvier 1931, Paul Cibrie souligne que les organes chargés du contrôle des médecins sont les Conseils de Famille nouvellement crées au sein des syndicats.[110] Or, ces conseils exercent uniquement si une convention entre les caisses et les syndicats est signée. C'est donc un cercle vicieux et les

---

[108] Dreyfus Michel, Danièle Voldman, Michèle Ruffat, Vincent Viet, *" Se protéger, être protégé: Une histoire des assurances sociales en France"*, Presses Universitaires de Rennes, 2006, 352p, p. 221.
[109] Ibid.
[110] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 3.

débats s'enlisent. Paul Cibrie va inciter tous les syndicats adhérents à la CSMF à signer au plus vite les conventions avec les caisses départementales en envoyant des circulaires aux syndicats dans toute la France. Il ne mènera pas d'agression frontale envers la Mutualité mais s'affirmera prêt à se défendre si l'agression venaient de la Mutualité : « *Nous n'attaquons pas mais qu'on sache bien que notre armure défensive n'est pas dépourvue de piquants : qui s'y frotte s'y pique.* »[111] L'atmosphère est donc plutôt délétère entre deux organisations devant travailler ensemble. De plus, les mutualités accusent certains employeurs de ne pas verser leurs cotisations aux caisses. Les caisses sont obligées de fonctionner en avançant l'argent aux assurés, ce qui entraîne des idées de mutualisation complète de toutes les caisses, y compris les caisses départementales. Partout on parle de cette « Mutualisation » des caisses, « *néo-barbarisme* » selon Paul Cibrie[112] qui s'y oppose farouchement en dénonçant un système de caisses privées anéantissant toute loi possible sur les assurances sociales et rendant obsolète une grande partie de la Charte médicale (libre choix, liberté thérapeutique, secret professionnel).

Mais Paul Cibrie sent que le risque est de perdre tous les acquis des Assurances sociales et il va se montrer très « amical » avec les Caisses :

« *Les conventions passées un peu partout ne nous donnent pas entière satisfaction. Sommes-nous sûrs les uns et les autres de ce côté-ci ou de l'autre de la table des discussions, d'avoir compris toutes les incidences des décisions prises ?*

[…]

Nous ne devons pas vivre dans un état hargneux (passez-moi l'expression) vis à vis des caisses.

Et la réciproque doit être vraie.

Ceci, c'est la conduite sage, c'est l'état normal, celui que nous désirons tous dans le fond de notre cœur.

C'est la Paix. »[113]

Le 06 mai 1931, Paul Cibrie affirme que dans un avenir proche, la signature des conventions entre les Caisses et les Syndicats Médicaux sera effective.[114] En octobre 1931, dans un élan quasi paternaliste envers les

[111] Ibid. p. 67.
[112] CSMF, *Le Médecin de France*, 1932, p. 396.
[113] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 214.
[114] Ibid. p. 367.

médecins, il trouvera nécessaire de les rassurer face aux éventuelles attaques de la Mutualité :

« *Serons-nous attaqués prochainement et violemment ? C'est possible, probable même.*

[…]

En ce moment même nous faisons le dénombrement des forces de l'adversaire éventuel, nous connaissons son état d'esprit, ses désirs, sa façon dont il entend les réaliser. L'offensive nous trouvera prêts, comptant sur nos seules forces, nous ne songerons pas à opérer le moindre recul stratégique.

[…]

Si nous conservons l'union intime, telle qu'elle existe aujourd'hui de tout le corps médical français, la bataille sera peut-être longue, l'issue n'en est pas douteuse. Une fois de plus qu'on le sache bien : nous ne laisserons toucher à aucune des conditions posées par nous, inscrites dans la loi ou dans les règlements :

Libre choix du médecin par le malade ;

Respect du secret professionnel ;

Entente directe du malade et du médecin ;

Liberté thérapeutique ;

Contrôle des malades par les Caisses, des médecins par les syndicats.»[115]

Tout le champ lexical de la guerre est au rendez-vous. On remarque qu'il exprime souvent des peurs exacerbées à la limite du catastrophisme lorsqu'il évoque les problèmes auxquels sont confrontés les médecins. Fort de sa position de secrétaire général de la CSMF, les années 30 lui permettent d'afficher ses qualités d'orateur. Véritable tribun, il manie parfaitement la rhétorique et l'utilise pour exprimer ses idées et introduire ses messages politiques dans les débats syndicaux. De plus, il est aux premières loges pour communiquer avec les médecins car en janvier 1932 il devient rédacteur en chef du « *Médecin de France* ».[116] Il remplace le Dr Fernand Decourt qui ne tarie pas d'éloges sur Paul Cibrie qu'il retrouvera après la Seconde Guerre mondiale au sein de la WMA car ils seront les deux représentants français de l'association. Son poste de rédacteur en chef nous oblige à prendre encore davantage de recul sur l'analyse des archives du *Médecin de France* qui sont les seules en notre possession retraçant les activités de Paul Cibrie et qui sont de toute évidence, loin d'être

[115] Ibid. pp. 675-676.

[116] CSMF, *Le Médecin de France*, 1932, p. 51.

impartiales. On constate également que son ton est parfois très incisif, voir injonctif et qu'il s'attire alors quelques inimitiés chez ses confrères puisqu'à plusieurs reprises il signale des agressions verbales ou épistolaires. On va même jusqu'à le nommer « Le Dictateur » ![117] Il est aussi et selon nous à raison, affublé du titre de politicien, ce dont il se défend par ces mots : « *Je fais de la politique syndicale et je défie qui que ce soit de prouver que je fais de la politique pure* ».[118] Il profitera à de nombreuses reprises du papier bimensuel qu'il publie sous la rubrique « *Propos de la quinzaine* » pour répondre publiquement à ses détracteurs qui eux, n'ont pas d'autres choix que de lui répondre par messages privés et d'attendre qu'il accepte ou refuse de les publier dans son journal.

En mai 1932, juste après les campagnes électorales qui ont enflammé les initiatives de reformulation des lois en général, Paul Cibrie fait le point sur les trois grands projets de refonte de la loi sur les assurances maladies de 1930[119] :

- Le passage au caractère facultatif de l'Assurance maladie. Sans être contre, Paul Cibrie n'y voit aucun intérêt.
- La mutualisation des assurances sociales (proposition Dormann-Montigny, reprise après mai 1932 dans la proposition Faugères). La mutualisation est une privatisation complète des caisses qui détruirait tous les principes fondateurs de la Charte Médicale. Paul Cibrie et la CSMF la repoussent sans vergogne.
- La refonte dans son ensemble (projet Grinda). Cette proposition propose un forfait journalier par patient afin de réduire les coûts pour la Caisse (pas de paiement à l'acte), ce qui est plutôt bien perçu par la CSMF mais elle envisage de créer deux catégories de patients qui ne percevraient pas les mêmes indemnités : les patients mutualisés et les autres. Par conséquent la CSMF rejette également ce projet.

Toute nouvelle proposition est donc pour le moment formellement refusée par la CSMF. Mais Paul Cibrie se veut rassurant, car malgré les difficultés économiques et ses nombreux détracteurs, la loi de 1930 sur les assurances sociales tient le coup après un an et demi d'application.

---

[117] Ibid. p. 536.
[118] Ibid. p. 758.
[119] Ibid. pp. 450 à 458.

4-1.2 De 1933 au décret-loi du 28 octobre 1935

Cependant, consciente que la loi ne peut pas rester en l'état, la CSMF lance début 1933, une vaste enquête[120] auprès de ses syndicats départementaux pour réunir la documentation nécessaire à contrer les différents projets de réforme de la loi sur les assurances sociales et proposer d'autres solutions. Cela met en exergue les conséquences directes des difficultés économiques sur le secteur médical et entraîne la réforme de la loi de 1930.

4-1.2.1 Conséquences des difficultés économiques

Les problèmes économiques qui frappent de plein fouet la France empêchent la réalisation de certains projets trop onéreux et entraînent, de la part de l'Etat, une quête acharnée de diminution des dépenses et de récolte de fonds. Ces difficultés financières sont à l'origine de toutes les discussions et réformes des années 30.

4-1.2.1.1 La Question des tarifs et les médecins de Caisse

La fin de l'année 1932 est marquée par une crainte grandissante du corps médical face à l'abaissement des tarifs de consultation. La CSMF commence alors à soutenir les syndicats départementaux dans leurs démarches auprès des caisses pour obtenir un tarif minimum applicable.[121] La faute est rejetée[122] :

- D'une part, sur les caisses qui ont des accords avec la Mutualité pour mieux rembourser les patients soignés dans certains organismes privés comme les dispensaires. Le patient délaisse donc son médecin de famille trop cher et celui-ci abaisse alors ses tarifs afin de garder sa patientèle.
- D'autre part, sur les médecins qui signent des conventions avec les Mutualités pour dispenser leurs soins dans ces dispensaires.

A partir de ce moment, la CSMF se bat pour l'absence de tarifs préférentiels et l'obtention d'un tarif minimum applicable, ceci afin d'éviter un abaissement déraisonnable des tarifs de consultation. Il faut avoir en tête que les soucis

[120] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, p. 28.
[121] CSMF, *Le Médecin de France,* 1932, p. 805.
[122] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, p. 146.

tarifaires avec les caisses et la Mutualité sont l'apanage des syndicats parisiens. Une enquête de la CSMF de 1933 prouve qu'à cette période, les relations entre les syndicats de province et leurs caisses sont excellentes et que les médecins n'ont pas vu leur salaire ou le nombre de leurs patients diminuer.[123]

En 1933, Paul Cibrie met en alerte contre l'existence de « médecins des caisses ».[124] Il s'agit d'un « *médecin traitant, choisi par la caisse, rétribué par elle, sans aucune participation de l'assuré et sinon imposé, du moins fortement recommandé par la Caisse à ses adhérents*. »[125] La CSMF et notamment le syndicat des médecins de la Seine refuse d'admettre cette « *nouvelle caste de médecins* »[126] qui empêche le libre choix du patient et remet donc en cause le principe de la libre entente et du secret professionnel. Les syndicats redoutent que les caisses profitent du statut salarié de ses médecins pour leur soustraire des informations médicales.

4-1.2.1.2 Le Financement des caisses

Alors qu'en mars 1933, la CSMF publie un rapport concluant à l'absence de contrôle suffisant des malades par les Caisses,[127] trois caisses d'assurance maladie sont victimes, à la fin de l'année 1933, de l'escroc Stavisky qui parvient à leur détourner plusieurs dizaines de millions de Francs.[128] Ceci relance les débats du financement des caisses et par conséquent, de l'indépendance financière ou non du médecin vis-à-vis des caisses. « Comme par le passé, la CSMF prend position pour la défense de la médecine libérale ».[129] La CSMF trouve l'appui d'un personnage important en la personne de Georges Duhamel, médecin, poète et romancier qui en avril 1934, prononce au Collège de France, une conférence reprise dans le Médecin de France.[130] Il fustige le tiers payant et son « fonctionnarisme » en estimant la relation médecin-patient comme garante d'une médecine humaine et il fait l'apologie de la libre entente en défendant

---

[123] Ibid. p. 503.
[124] Ibid. p. 429.
[125] Ibid.
[126] Ibid.
[127] CSMF, *Le Médecin de France,* 1933, pp. 291 à 298.
[128] Leclerc Pierre, *"La Sécurité Sociale - son histoire à travers les textes"*,tome 2 : 1870-1945, Paris, 1996, 784p, pp. 490 - 491.
[129] Thomas Blanck, « *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* », op. cit. p. 502.
[130] CSMF, *Le Médecin de France,* 1934, pp. 687 à 705.

ouvertement le libre choix et l'indépendance du médecin. Il dira en évoquant le tiers payant :

« *A première vue, il semble que l'intrusion de ce tiers personnage, […], soit de nature à purifier les rapports du malade et du médecin, à les alléger des soucis d'argent. Ce n'est, en fait, qu'une apparence. L'acte médical est difficilement appréciable. S'il l'est, c'est par un accord direct entre celui qui donne et celui qui reçoit les soins.* »[131]

4-1.2.1.3 La « menace » des dispensaires offrant des soins gratuits

A partir de 1933, l'état favorise l'émergence de dispensaires à fonds privés mais qu'il subventionne car ces établissements offrent des soins gratuits. Après avoir affirmé son soutien aux dispensaires d'aide aux nécessiteux ou d'hygiène et de prévention sociale, Paul Cibrie mène une bataille acharnée contre ces dispensaires à fonds privés qu'il qualifie de médecine déloyale :

« *Nos clientèles sont à peu près absorbées par les consultations gratuites ou semi-gratuites et ouvertes à tout venant des dispensaires de tous ordres. Et cela ne peut durer.*

[…]

Nous collaborons – officiellement et sincèrement- avec les dispensaires ou les œuvres d'hygiène sociale faisant de la prophylaxie : dispensaires anti-tuberculeux ou anti-vénériens.

Notre concours le plus large doit rester acquis à toutes les œuvres, s'adressant exclusivement aux indigents et aux nécessiteux. Nous ne pouvons aller plus loin.

Il faut que d'ici quelques mois au plus, pas un médecin en France n'accepte de collaborer à une de ces entreprises qui ont pris le masque élégant de la philanthropie, cachant trop souvent des intérêts particuliers et qui profitant de subventions de l'Etat ou des départements, de dons de toutes sortes, de ventes dites de charité ou de ventes d'insignes sur la voie publique, constituent d'abord un beau gaspillage de fonds, et réalisent pour nos malheureux confrères des grandes villes surtout, écrasés d'impôts et de patentes, la plus déloyale des concurrences. »[132]

Après l'ouverture d'un dispensaire dans un quartier populaire de Paris (le Centre Médical des Croix de Feu), Paul Cibrie se plaint, dans une lettre publiée

[131] Ibid. p. 693.
[132] Ibid. p. 325.

le 21 janvier 1935,[133] d'une dérive des soucis économiques de l'époque : la création d'offres promotionnelles de soins dans un but commercial quasi publicitaire. Il dénonce certains médecins qui sous couvert de bienfaisance, proposent des remises sur les soins dans le but caché de récupérer de la patientèle. Et Paul Cibrie va plus loin en soupçonnant certains hôpitaux d'attirer la riche patientèle parisienne et médaillée de la Grande Guerre par des méthodes de fidélisation dignes de grands magasins. « *Si bien entendu, ces manifestations philanthropiques s'adressaient exclusivement aux nécessiteux, à ceux qu'a touché l'adversité, ce serait bien et nous applaudirions des deux mains* !»[134] Il rejette la faute sur les médecins qui s'engagent dans ces soins au rabais : « *Ce sont les médecins et pas d'autres qui font et augmentent la crise médicale* ». Il propose d'établir des « *contrats-type réglant les conditions de fonctionnement des divers hôpitaux, dispensaires. […] Toute organisation philantropique qui se refuserait à accepter le dit contrat ne devrait pas trouver en France un seul médecin. […] Le contrat serait large, très large pour tous les nécessiteux, impitoyables pour les resquilleurs de la charité*.»[135]

En tant que secrétaire de la CSMF, Paul Cibrie essaye alors de fédérer les médecins autour des syndicats. Il va même jusqu'à signer un contrat avec l'entreprise Peugeot pour que les médecins syndiqués bénéficient de tarifs préférentiels.[136] Il dévoile ici peut-être ses craintes de voir la suprématie des syndicats disparaître au profit d'autres organisations, notamment du secteur privé. Il montre qu'il reste fortement attaché aux syndicats bien que la même année il publie son livre soutenant la naissance de l'Ordre des Médecins, synonyme de la mort des Conseils de famille de création syndicale. Mais nous y revenons dans un prochain chapitre.

4-1.2.1.4 Diverses réformes fiscales

A la recherche de ressources financières, les gouvernements proposent diverses réformes fiscales adressées spécialement aux médecins qui alourdissent leurs charges de façon drastique. Dans le but de maintenir une autonomie financière du médecin, Paul Cibrie se bat constamment contre ces mesures fiscales. Entre les modifications de la loi des Pensions, les nombreuses discussions autour de la Patente (ancien nom de la taxe professionnelle) ou la

[133] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 109 -110.
[134] Ibid.
[135] Ibid.
[136] CSMF, *Le Médecin de France*, 1934, pp. 159-160.

hausse générale des impôts, nous en évoquerons deux plus légères mais où il s'est acharné à faire modifier la loi.

- La première est un texte gouvernemental déposé au début de l'année 1933 qui institue une commission cantonale de taxation, appliquant les pénalités fiscales et composée uniquement de membres de l'Administration des Finances et de deux Répartiteurs n'appartenant pas aux professions libérales et désignées par l'Administration. Paul Cibrie s'insurge contre ces organismes remplaçant les commissions départementales fonctionnant bien selon lui. La CSMF voit d'un mauvais œil des organismes de toute petite échelle (cantonale) destinés à taxer les professions libérales. Paul Cibrie fait remarquer qu'étant donné l'absence d'avocat dans chaque canton, la mesure est clairement destinée aux médecins. En ces temps économiques compliqués, la crainte d'une montée de l'impôt sur le revenu est sans doute très présente mais l'argument principal avancé par la CSMF est le suivant : l'organisme récoltant les impôts et chargé de leur contrôle étant le même, « *l'Administration serait à la fois juge et partie, ce qui lui confèrerait des pouvoirs pratiquement illimités* ».[137] Paul Cibrie réussit, grâce à une démarche auprès de M. Lamoureux, rapporteur général du Budget, à obtenir l'adoption d'une commission d'arrondissement en remplacement de la commission cantonale. Mais celle-ci reste composée des mêmes juges. Il se déplace alors à la Chambre des Députés le 09 février 1933 et obtient la mise en place de la Préconciliation. Un médecin en désaccord avec son contrôleur des impôts de la commission d'arrondissement peut avoir recours, s'il le désire, au conciliateur médical désigné par le Président du Conseil de Famille de son département et en accord avec le président du Syndicat départemental.[138] Ce conciliateur interviendrait donc avant la commission de taxation qui juge les fraudes fiscales et distribue les sanctions. Selon les propos de Paul Cibrie, le Conciliateur « disposera de facilités d'application qui seraient de nature à rendre possible sans ennui le redressement des erreurs ou des omissions ».[139] On retrouve le désir d'autonomie et d'indépendance du médecin de Paul Cibrie et sa volonté d'organiser le contrôle des médecins par la

[137] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, pp. 212 à 214.
[138] Ibid. p. 684.
[139] Ibid. p. 346.

profession. Mais en matière fiscale, on est en droit de se demander si les principes démocratiques d'équité sont bien respectés.

- La deuxième est un article additionnel à la loi des finances. L'article paraît le 23 décembre 1933, il demande l'institution d'un livre-journal de comptabilité tenu par le médecin sur lequel doivent être inscrits les noms et prénoms des patients. Après avoir invoqué le non-respect du secret professionnel, la commission des finances du Sénat a remplacé les noms et prénoms par un numéro d'ordre reproduit sur les quittances obligatoirement délivrées aux clients. Paul Cibrie s'insurge alors que *« la délivrance d'un reçu, pour tout acte accompli constitue une mesure vraiment trop spéciale et qui n'est demandée à aucune autre catégorie de citoyens, qu'elle est en pratique inapplicable, et qu'elle comporte vis à vis d'une profession qui donne tous les jours une importante collaboration à l'Etat, aux départements ou aux communes pour l'application des nombreuses lois sociales, un caractère vexatoire particulièrement pénible* ».[140] Lors du vote de la loi, Paul Cibrie avoue avoir *« échangé toute la nuit et une partie de la matinée un nombre incalculable de coups de téléphone qui - l'- ont fait passer par des émotions diverses* ». Il réussit à faire modifier le texte de loi qui sera voté le 28 février 1934 en ces termes : « *Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte en regard de la date, que le détail des sommes encaissées*. » Au-delà du secret professionnel, Paul Cibrie défend là encore l'absence du contrôle des médecins par l'Etat qui aurait eu un regard sur chaque consultation médicale.

4-1.2.1.5 Création d'Offices d'aide aux médecins syndiqués

Au cours de l'année 1933, Paul Cibrie propose la création d'une caisse de « secours syndical ».[141] Ce serait une caisse réservée aux médecins syndiqués et alimentée par eux en versant le prix d'une consultation par an. Il n'y aurait pas de cotisation fixe, pas de frais de gestion. Sous le régime de l'entente directe, le prix de la consultation varie et à raison d'une moyenne de 20 Francs la consultation, la somme collectée atteindrait rapidement 200 000 Francs. Cette somme serait destinée à soutenir un confrère dans le besoin ou la veuve d'un

[140] CSMF, *Le Médecin de France*, 1934, p. 208.
[141] CSMF. *Le Médecin de France,* 1933, pp. 561 à 563.

confrère au moment du décès. L'affaire fonctionne et le premier secours, d'une valeur de 3 000 Francs est versé en mai 1934.[142]

Dans la même optique d'entraide, de préservation de l'indépendance du médecin et du bien-être de toute une confrérie, la CSMF, sous l'initiative de Paul Cibrie voit émerger dans les années 30 une caisse de retraite des médecins syndiqués et une mutuelle confédérale afin d'assurer tous les risques spécifiquement professionnels des médecins syndiqués.[143] On citera également des offices d'automobiles et d'achats permettant aux médecins syndiqués des offres préférentielles avec certaines entreprises.

4-1.2.2 La réforme de la loi de 1930 et la mise en place du décret-loi du 28 octobre 1935

Les années 30 sont une période d'incertitude et de flou à tous les niveaux. On voit se succéder en dix ans (de 1930 à 1940) vingt-huit gouvernements français différents. C'est-à-dire en moyenne un remaniement tous les 4,3 mois. On comprend qu'il est alors très difficile de discuter avec le gouvernement des difficultés rencontrées au sein de la profession et de mettre en place de nouvelles réformes. Dans ce contexte, *le Médecin de France* publie une lettre de Paul Cibrie écrite le 14 février 1935.[144] Sa lettre commence ainsi : « *il est devenu banal de constater que nous vivons une époque agitée et dont nous avons l'impression qu'elle est réellement une époque de transition* ». Ces mots sonnent le glas tant ils sont prémonitoires mais signent que l'éventualité d'une guerre ou au moins d'un bouleversement majeur dépasse la simple hypothèse. La position de chacun est alors difficile car il faut préparer l'avenir.

C'est probablement pour cela que la lettre de Paul Cibrie intitulée « les deux voies » explique deux possibilités offertes aux médecins en 1935 vis-à-vis de l'avenir de la médecine. Le médecin doit se positionner sur sa participation à une médecine croissante depuis l'avènement des lois sociales : la « médecine sociale ». Ce terme, impropre selon Paul Cibrie, désigne entre autres l'hygiène, la prévention, la protection maternelle et infantile et la lutte contre les épidémies. Il s'oppose à la « médecine de soins » ou « médecine traditionnelle » qui faisait légion avant les lois sociales. Et de cette opposition naît une situation ambiguë : poursuivre les principes d'une médecine traditionnelle et « *conserver*

[142] CSMF. *Le Médecin de France*, 1934, pp. 441 à 443.
[143] CSMF. *Le Médecin de France*, 1935, p. 345.
[144] Ibid. pp. 197 à 199.

la conscience rigide du vieux médecin français qui a fait de lui un modèle d'honnêteté professionnelle sans compromission »[145]tout en adhérent aux principes de la médecine sociale et « *conserver ces châtiments charitables qui ont, de tout temps, poussé le médecin à secourir, dans toute la mesure de ses moyens, les pauvres et les nécessiteux.* »[146] Soit les syndicats médicaux intègrent entièrement la médecine sociale à leur pratique et travaillent alors avec l'Etat et les collectivités pour organiser des institutions de médecine sociale, soit la collaboration entre l'Etat et les syndicats est impossible et les actes de médecine sociale sont intégrés par les médecins dans leur pratique courante. Paul Cibrie ne donne pas de solution mais demande à ce que l'attitude de la CSMF soit d'une « *rigoureuse loyauté et observée avec une discipline absolue* »[147] quelle que soit la décision prise.

De toute évidence, l'application de loi sur les assurances sociales de 1930 est trop onéreuse dans une France qui subit la Grande Dépression et une réforme est obligatoire, comme le témoignent les nombreuses tensions entre les différents protagonistes du secteur de la santé. Dans le cadre d'une politique de diminution généralisée des dépenses, deux projets sont craints par le corps médical[148] : la diminution du remboursement de certaines spécialités médicamenteuses et l'abaissement des honoraires. En 1935, les débats sont acharnés entre la CSMF (comprendre surtout Paul Cibrie, secrétaire, et le docteur Hilaire, secrétaire suppléant), et les différents Ministres de la Santé et Présidents du Conseil qui se succèdent au Gouvernement. Les protagonistes reprennent les projets de refonte de la loi de 1930, déjà évoqués en 1932[149] :

- La loi Faugères : trop excessive, cette loi visant une privatisation entière de tout le système de santé, est rejetée par l'Assemblée.

- La proposition Dormann-Montigny du 4 novembre 1930 : « il s'agit de confondre, au bénéfice des sociétés de secours mutuels (SSM), la gestion de l'assurance obligatoire et des assurances complémentaires, de restituer aux SSM leurs entières libertés de gestion mais avec des moyens considérablement accrus par l'assurance obligatoire. »[150] Cette loi ne

[145] Ibid.
[146] Ibid.
[147] Ibid.
[148] Blanck, « *Le corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux-guerres* », op. cit. p. 503.
[149] Voir fin du chapitre 4-1-1.
[150] Pierre Guillaume, *Mutualistes et médecins: conflits et convergences (XIXe-XXe siècles)* (Editions de l'Atelier, 2000), 210p, p. 135.

passe pas et un second projet Dormann-Montigny est déposé le 2 juillet 1931 : « moins ambitieux, il admet un contrôle plus rigoureux de l'Etat, ne prévoit plus la confusion des risques, mais a toujours pour but de faire des SSM, les gestionnaires privilégiés, naturels même, des caisses d'assurances sociales. »[151] Cette proposition est votée par le Sénat, puis modifiée par la Chambre avant de revenir au Sénat. Paul Cibrie s'oppose à ce projet de loi qui suppose une mutualisation des caisses. Il refuse que la Mutualité ait un quelconque pouvoir décisionnel dans la gestion financière des soins. Il écrit alors une lettre au Ministre du Travail (le 27 mai 1933) et la proposition de loi échoue.[152]

- Le projet Grinda : en juillet 1934, après discussions, le projet Grinda d'une rémunération forfaitaire par patient (capitation), déjà évoqué depuis les années 20, est rejeté à nouveau par Paul Cibrie car il ne s'adresserait qu'aux patients non mutualisés, or celui-ci refuse toujours de créer deux catégories de patients et de médecins.[153] Début octobre 1935, Paul Cibrie rassure la CSMF en réitérant son observation du respect des éléments fondateurs de la Charte Médicale dans le projet de modification de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, à savoir le secret professionnel, le libre choix du patient, l'entente directe, la liberté de prescription et le contrôle des caisses.[154] Cela étant dit, il insiste sur le fait qu'en pratique, s'ils sont bien inscrits dans la loi, ces éléments ne sont pas toujours respectés et le médecin doit rester vigilant.

En août 1933, les docteurs Hilaire et Cibrie font savoir à la CSMF qu'ils ont obtenu, de la part du Ministre du Travail, le maintien de la plupart des éléments de la Charte Médicale dans le nouveau projet de loi, l'entente directe, partie la plus épineuse, étant respectée elle-aussi. Mais certains points de détails sont encore à écrire. En attendant, ils rappellent que les syndicats départementaux doivent insister auprès des caisses pour la signature des conventions. En novembre 1933, il ne reste plus que quelques départements où les caisses refusent, contrairement à la loi de 1930, de signer les conventions avec les syndicats.[155]

---

[151] Ibid.
[152] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, p. 652.
[153] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 700.
[154] Ibid. pp. 915 à 930.
[155] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, p. 855.

Toutes les discussions aboutissent à la mise en application de l'assurance invalidité en 1933 et au décret-loi du 28 octobre 1935. La CSMF est plutôt satisfaite du nouveau décret. Paul Cibrie dira : « *Si la loi est très fortement modifiée au point de vue administratif, les garanties que nous avons pu obtenir en 1930 sont intégralement maintenues* ».[156]

Ainsi, les modifications rapportées de la loi de 1930 portent sur la réduction des taux de cotisation des assurés, l'obligation de cotiser, la suppression des catégories d'assurés, l'impossibilité de remboursement de l'assuré par les caisses en l'absence de convention entre la caisse et le syndicat médical attitré, l'instauration d'un forfait maternité, l'abaissement du remboursement des produits pharmaceutiques, le mode de perception des cotisations et enfin la pension-invalidité qui devient temporaire et non plus définitive.[157] Ce décret-loi est applicable le 1er janvier 1936.

Nous notons que le SMS dont Paul Cibrie fut président a failli empêcher le vote du décret. Dès l'année 1932, le SMS commence à critiquer certaines prises de position de la CSMF et dès le début des débats pour le projet de réforme de la loi de 1930, il communique directement ses propres avis et ses propres projets au Conseil, sans en avertir la CSMF. Finalement, le SMS va même jusqu'à s'opposer fermement au projet présenté par Paul Cibrie au Conseil sans que Paul Cibrie lui-même n'en soit avisé. Cette affaire est considérée comme très grave car le Conseil et le Ministre de la santé profiteront de ses dissidences au sein de la CSMF pour menacer de ne plus associer la CSMF à la confection des lois intéressant le corps médical. Paul Cibrie redoute que le SMS organise une nouvelle scission de la CSMF comme lorsqu'il était lui-même président de la SMS en 1925. Lui et le reste de la CSMF combattent l'action du SMS et réussissent à l'Assemblée générale de décembre 1934, à lui faire signer, après une journée de débats enflammés, l'ordre du jour suivant : « *Rappelle à tous les syndicats qu'ils doivent cesser toute campagne pouvant avoir pour effet de désintégrer le bloc syndical* ».[158] Les liens de Paul Cibrie avec le SMS sont ainsi parfois entachés respectivement d'orgueil et de mauvaise foi.[159] Mais dans sa lutte contre les dispensaires qui est essentiellement un

[156] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 1009.
[157] Ibid. pp. 1009 à 1012 et pp. 1047 à 1092.
[158] Ibid. p. 86.
[159] Ibid. pp. 885 à 887.

problème parisien, le SMS est entièrement dépendant de la CSMF et les querelles sont vite oubliées.

4-1.3 De 1936 à 1940 : intensification et diversification du travail de Paul Cibrie

4-1.3.1 L'investissement de Paul Cibrie dans l'évolution des Assurances Sociales de 1936 à 1940

4-1.3.1.1 Le travail avec les Caisses pour la mise en place d'un tarif de responsabilité

L'année 1936 est consacrée à la mise en application du décret-loi de 1935. C'est l'avènement du front populaire et dans ce contexte, le décret-loi est accueilli d'une façon globalement favorable par les syndicats car il empêche une mutualisation des caisses au moins jusqu'à la prochaine loi.

En revanche, les caisses reçoivent le décret-loi avec un peu plus de craintes. Leur trésorerie est positive par rapport à de nombreux pays européens mais la baisse des taux de cotisation et de la contribution de l'Etat leur fait craindre un effondrement de trésorerie.[160] Cependant, deux éléments vont jouer en leur faveur.

D'une part, 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 salaires limites déterminant l'affiliation obligatoire aux assurances sociales.[161] Selon le docteur Hilaire de la CSMF, « c'est une nouvelle couche qui va entrer dans l'Assurance-Maladie »[162] à savoir des patients plus aisés. Bien qu'elle déplore l'emprise des Caisses sur ces nouvelles classes d'assurés, la CSMF n'intervient pas contre cette loi qui respecte tous les principes de la Charte Médicale.

D'autre part, dès janvier 1936, les caisses obtiennent le droit de ne rembourser à un assuré opéré dans le privé que la somme qu'elles auraient dépensée pour un séjour d'égale durée à l'hôpital public.

Devant le bilan comptable largement positif des caisses, Paul Cibrie demande l'établissement de tarifs minimum de remboursement par les caisses. Appelés

---

[160] Thomas Blanck, « *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* », op. cit. p. 504.
[161] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 971.
[162] Ibid. p. 976.

« tarifs limites de responsabilités », ils ne sont toujours pas mis en place fin 1937 comme le déplore Paul Cibrie.[163] Finalement, en février 1938, il envoie aux Caisses départementales et aux syndicats médicaux départementaux, la copie de la circulaire n°87 conclue entre la CSMF d'une part et le Comité Général d'Entente de la Mutualité et des Unions Nationales des Caisses d'Assurances Sociales d'autre part. Cette circulaire énonce l'avantage d'un tarif limite de responsabilité qui réduira l'écart entre l'argent avancé par le patient aux médecins et son remboursement par la Caisse.[164] Alors que les relations avec la Mutualité n'étaient pas très bonnes au début des années 30, elles s'améliorent face aux intérêts communs des syndicats, des Caisses et de la Mutualité. Pour que les Caisses acceptent d'augmenter leur remboursement, le médecin s'engage à prévenir l'assuré du montant des honoraires et à ne pas monter ses tarifs pendant 6 mois sauf si le coût de la vie s'élève d'au-moins 20%. Cet accord vient à point nommé dans un pays ou la crise économique persiste. Paul Cibrie se bat pour que les honoraires médicaux suivent l'inflation mais tout en préservant les intérêts du patient. La solution d'appliquer un tarif limite de responsabilité protège le médecin d'un revenu minimum, assure le patient d'un remboursement constant par les Caisses et empêche certains médecins d'appliquer des honoraires trop élevés. Le grand intérêt pour Paul Cibrie est d'empêcher la présence de médecins qui accepteraient d'appliquer un tarif inférieur au tarif minimal de responsabilité afin de récupérer des patients. Ces médecins, surtout de jeunes installés en manque de patientèle constitueraient une concurrence déloyale pour Paul Cibrie. Or, un patient n'a aucun avantage à quitter son médecin qui applique le tarif de responsabilité pour se faire soigner chez un médecin moins cher puisque ses frais globaux seront identiques.

Mais la circulaire n°87, ce rapprochement entre Caisses et Syndicats et la limitation des honoraires sont très mal perçus par le SMS qui considère toujours les Caisses comme responsables d'une médecine au rabais et déloyale. Lors de son Assemblée générale du 6 avril 1938, le SMS, reflet d'une certaine élite parisienne, blâme la CSMF d'agir seule, sans prendre avis des autres syndicats, et de violer l'esprit de la Charte Médicale.[165] Paul Cibrie réagit violemment en accusant ces « *dirigeants du SMS, qui n'ont su que démolir, critiquer, protester, mais n'ont jamais à notre connaissance, réalisé œuvre constructrice.* »[166] Alors

[163] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, pp. 970-971.
[164] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, pp. 305 à 307.
[165] Ibid. p. 346.
[166] Ibid. p. 348.

qu'il en fût président, Paul Cibrie montre maintenant des intérêts divergents de ceux du SMS et l'affiche ostensiblement. Le SMS propose alors au Ministre du Travail de créer une commission spéciale pour les médecins de la Seine. Paul Cibrie s'y oppose farouchement : « *ce n'est pas possible, la Confédération ne peut pas admettre qu'un syndicat local se substitue à elle* ».[167] Il doit probablement une nouvelle fois redouter que ses anciens amis du SMS ne reproduisent ce que lui-même a provoqué 10 ans plus tôt : une scission du syndicalisme médical français initiée par le SMS. De plus, dans sa volonté d'unité de la profession, il refuse que cette élite parisienne soit considérée à part des autres syndicats. La CSMF blâme à son tour le SMS[168] et les relations s'enveniment. Persuadé que ces mauvaises actions ne sont le fruit que de quelques âmes malveillantes, Paul Cibrie écrit une lettre qu'il publie dans « les Propos de la Quinzaine » du 30 mai 1938, où il appelle le SMS à un rapprochement avec la CSMF afin de *« faire cesser une tension préjudiciable à l'intérêt supérieur du Corps Médical* ».[169].

Mais au-delà de ces tensions internes syndicales exclusivement parisiennes, les rapports sont donc plutôt cordiaux entre les Syndicats et les Caisses. Or, en mai 1938, le plafond des salaires d'affiliation aux Assurances Sociales est encore augmenté de 25 000 à 30 000 Francs.[170] Ce qui signifie que toute personne gagnant mois de 30 000 Francs par an est assujettie aux Assurances Sociales et donc que le nombre de cotisants va augmenter. Dans un contexte d'inflation[171] et selon les chiffres de Paul Cibrie, les Caisses toucheront en 1938 cinq milliards quatre cent millions de Francs alors qu'en 1937, leurs dépenses n'ont été « que » de un milliard deux cent trente-deux millions de Francs. C'est donc le moment que Paul Cibrie choisi pour demander aux Caisses de rembourser plus en augmentant leur tarif de responsabilité. Ceci a pour conséquence évidente, l'augmentation des honoraires des médecins. Les Caisses approuvent et le 7 octobre 1938 sort un arrêté fixant le tarif limite de réassurance des caisses primaires de répartition[172] mais le système n'est viable que si le patient s'y retrouve. Or, il acceptera une hausse des honoraires médicaux seulement si celle-ci est effectivement symétrique à la hausse du remboursement

---

[167] Ibid. p. 379.
[168] Ibid. p. 553.
[169] Ibid. p. 522.
[170] Ibid. p. 598.
[171] « HISTORIQUE INFLATION EN FRANCE de 1900 à 2016 », consulté le 13 juillet 2016, http://france-inflation.com/inflation-depuis-1901.php. Inflation moyenne annuelle de 25% en 1937.
[172] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 857.

des caisses. Il faut donc que le patient connaîsse à l'avance les nouveaux honoraires des médecins. C'est alors que Paul Cibrie déplore le comportement de certains médecins qui, en refusant d'énoncer leurs honoraires, menacent de faire échouer les négocations entre les Caisse et la CSMF. Ces « trahisons » sèment la suspicion de quelques caisses envers le corps médical. Certaines caisses refusent alors l'augmentation du remboursement de certains actes (surtout chirurgie et spécialités).[173]

La Circulaire N°87 (qui énonce l'avantage des tarifs de responsabilité) est de nouveau évoquée lors de la création des conventions-type entre les caisses et les maisons de santé chirurgicales.

Si les conventions sont tolérées voir encouragées par les syndicats, certaines modalités de ces conventions sont sujettes à polémique. Ainsi, toujours au nom de l'entente-directe, Paul Cibrie refuse que les maisons de santé fixent les honoraires des médecins. Il conteste alors qu'elles figurent dans leur contrat une mention visant le chiffre des honoraires chirurgicaux, ceci ne respectant pas la circulaire N°87.[174] Si Paul Cibrie réclame aux médecins d'afficher leurs honoraires, il réclame aussi aux Caisses et au gouvernement de leur laisser le libre choix du montant.

4-1.3.1.2 **Autres travaux de Paul Cibrie autour de la loi sur les Assurances Sociales**

Après le vote de la loi-décret de 1935, il est temps pour Paul Cibrie d'aborder d'autres problèmes. Il écrit en juin 1936 une lettre au ministre de la santé pour reprendre les points essentiels à l'amélioration de la médecine[175] :

- L'organisation des centres de santé.
- La « normalisation » du fonctionnement des dispensaires.
- La lutte contre le charlatanisme.
- Une réforme sur l'assistance publique.
- La lutte contre l'alcoolisme et le taudis.
- La réorganisation d'une surveillance efficace et sévère sur les produits destinés à l'alimentation courante.

L'avènement du Front Populaire en 1936 permet aux syndicats de renforcer leurs échanges avec le gouvernement. Le 19 décembre 1936, le

[173] Ibid. p. 884.
[174] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 624.
[175] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 659.

Ministre de la Santé Publique, M. Henri Sellier tient un discours lors de l'Assemblée générale de la CSMF où il évoque clairement sa volonté et même la nécessité de collaboration avec les syndicats médicaux : « *je m'engage vis-à-vis de vous, à ce qu'aucune mesure d'organisation sanitaire ne soit prise sans que préalablement, vos organisations n'aient été consultées* ».[176] Les conséquences sont grandes pour l'importance et l'avenir des syndicats médicaux. Paul Cibrie ne dissimule pas son enthousiasme : « *Le Ministre a marqué sa volonté de collaboration avec les syndicats médicaux et son désir de voir ceux-ci prendre une place toujours plus grande dans l'étude de toutes les questions touchant la Santé Publique et dans leur réalisation. Il est possible que certains points puissent prêter à discussion. Le Ministre ne s'y refuse pas. Notre force est reconnue – et aussi notre volonté de maintenir la stricte honnêteté professionnelle – notre collaboration est officiellement souhaitée. Il n'en est point parmi nous qui ne voient là un progrès certain du syndicalisme médical.* »[177] Paul Cibrie va « profiter » de cet « allié » au gouvernement pour faire voter certaines lois mais dans le contexte de remaniements ministériels incessants, M. Sellier ne reste qu'un an. A son départ, trois projets de loi sont bien entamés : un projet de révision de la loi de 1851 sur les hôpitaux, un projet de lutte contre le charlatanisme et un projet de loi sur l'exercice illégal de la médecine.[178] Le 15 avril 1937, naît l'Office de répression de l'exercice illégal et du charlatanisme qui est tout de suite sollicité par les syndicats médicaux de France pour étudier des consultations relatées auprès de rebouteux, guérisseurs, dames, pasteurs,…[179] Et bien que libéré de ses fonctions ministérielles, M. Sellier propose une loi fin 1937 sur la répression de l'exercice illégal de la médecine.[180]

A partir de 1938, une révision de la loi sur les accidents de travail fait la navette entre les Assemblées, afin de faciliter les démarches administratives, le paiement et le remboursement pour les médecins, les assurés et les Caisses. Mais là encore, la mise en place d'une nouvelle loi va s'avérer quasi impossible en raison d'une part, de pinaillements sur quelques points de détails de la loi et d'autre part, de la succession des différents gouvernements dont la démission de Léon Blum le 10 avril 1938 remplacé par le cabinet d'Edouard Daladier. Malgré

[176] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 4.
[177] Ibid. pp. 17-18.
[178] Ibid. p. 696.
[179] Ibid. p. 1009.
[180] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 371.

cela, une ébauche de loi sort le 1er juillet 1938 puis un arrêté le 5 mai 1939. Celui-ci est « théoriquement applicable » rétrospectivement le 1er janvier 1939. Il aboutit à de nouveaux tarifs d'accidents du travail et à la création d'un certificat remis à l'employeur et d'une carte-lettre type remplie par l'assuré et le médecin et envoyée à la Caisse pour le remboursement. Mais dès son application, Paul Cibrie affirme qu'« il est évident que la loi soit révisée »[181] comme le montrent les différents projets de révision déjà établis par le Ministre du Travail. Mais la CSMF est dissoute en 1940.

4-1.3.2 Le combat de Paul Cibrie contre les dispensaires privés

Nous savons déjà que Paul Cibrie s'insurge devant la multiplication des cliniques ou organisations de soins mutualistes qui attirent les patients et les obligent à déserter les cabinets de leur médecin généraliste. Le 12 novembre 1936, il écrit une lettre au Ministre du Travail, au Ministre de la Santé et aux Parlementaires.[182] Il dénonce les attaques que subit la médecine libre devant cette *« concurrence déloyale* ». Nous rappelons que cette situation est vécue exclusivement à Paris. Il remercie le Ministre de la Santé de la circulaire du 28 septembre 1936 qui préconise le libre choix du médecin dans toute organisation de soins profitant des subventions de l'Etat, du Département ou des Communes, mais demande l'établissement et le vote d'un texte explicitant que « le mutualiste choisira librement son médecin ». Il réclame donc l'inscription explicite du libre-choix dans la loi.

Mais Paul Cibrie va s'attaquer à un autre type d'organisation. Dans une lettre écrite le 20 mars 1936 emplie de modernisme, il appelle au « *devoir social* ». Loin de toute fonctionnarisation du médecin, le « *devoir social* » est pour lui un devoir qui se superpose au devoir envers l'individu – exercé par tout médecin – sans se confondre avec lui. Il se définit selon lui, par l'amélioration de l'hygiène et de la santé publique. Il consiste en une action éducative pour l'hygiène et la propreté des cités, des campagnes et des individus et en combattant l'alcoolisme et le taudis.[183] Pour lui, la médecine doit évoluer et elle le pourra en laissant aux syndicats médicaux *« la place qui leur revient dans l'organisation de la médecine sociale* ».[184] Ainsi, il souhaite la création syndicale de centres de santé appelés centres de diagnostic pour : la médecine

[181] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 382.
[182] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, pp. 1141 à 1143.
[183] Ibid. p. 318.
[184] Ibid. p. 612.

préventive, la vaccination, le dépistage, les examens périodiques de sujets sains, l'hygiène de l'éducation physique. Certains centres de diagnostic privés ont déjà fleuri à Paris depuis quelques mois et Paul Cibrie leur reproche de pratiquer quelques actions de santé publique (prophylaxie, hygiène, prévention) ou quelques consultations quasi gratuites afin de toucher d'importantes subventions de l'Etat et d'utiliser cet argent pour enrichir en parallèle une médecine privée exonérée des charges fiscales car exercée au sein d'un dispensaire à visée « caritative». Il est clair que Paul Cibrie veut rivaliser avec ces centres qui, là encore selon lui, engendrent une concurrence déloyale et mettent en péril la notion d'entente directe. De plus, le front populaire envisage sérieusement de créer des centres de santé et Paul Cibrie explique clairement que si les syndicats ne se voyaient pas confier la responsabilité technique de ces centres, la solution serait de fonctionnariser des médecins attitrés au centre,[185] ce qui serait bien entendu très regrettable pour lui. Réaliste, il accepte donc la médecine sociale mais organisée par les médecins selon leurs modalités et moyennant une rémunération appropriée.

Paul Cibrie se bat alors pour obtenir la responsabilité des centres de soin. Début 1937, *le Médecin de France* publie un tract ordonnant la démission des médecins travaillant dans un dispensaire qui ne respecte pas la gratuité des soins ou qui n'a pas de convention favorable au corps médical. L'absence de démission expose le médecin à être traduit devant les Conseils de Famille (structures disciplinaires mis en place par les syndicats médicaux en attendant la création de l'Ordre).[186]

Paul Cibrie établit un contrat-collectif type entre les syndicats médicaux d'une part et l'état, le département ou la commune d'autre part.[187] Il propose ensuite ce contrat aux principaux dispensaires en évoquant surtout ceux, nombreux, de la Croix-Rouge. Mais là encore, le syndicat de la Seine se distingue des autres au sein de la CSMF. Alors que ces mesures sont faites quasi exclusivement pour eux (puisque le problème est surtout parisien) ils sont en désaccord sur des questions tarifaires inscrites dans les contrats et en juin 1937, le projet de contrat-type est reporté, confirmant le clivage entre la vie professionnelle parisienne et provinciale.[188] Puis rapidement, faute d'accord trouvé entre le SMS et la CSMF, il est décidé que chaque syndicat agisse localement avec des

[185] Ibid. p. 754.
[186] CSMF, *Le Médecin de France,* 1937, p. 97.
[187] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 1012.
[188] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 631.

contrats élaborés par leurs soins et non par la CSMF.[189] Le SMS rédige alors un projet de loi qui est étudié en 1938 par le Ministère de la Santé Publique.[190] En juillet 1939, Paul Cibrie annonce qu'un décret-loi va bientôt sortir et qu'il « reproduit à peu près le texte qui avait été présenté en juin 1938 et que le Ministère des Finances avait rejeté ».[191] Le décret-loi impose aux dispensaires privés et recevant une rétribution des patients (c'est-à-dire à l'exclusion des dispensaires de prophylaxie et les hôpitaux publiques) d'être assujettis aux charges fiscales diverses et de ne pouvoir toucher de subventions de l'Etat. Il n'y aura pas d'autres changements notables avant la guerre.

4-1.3.3 Paul Cibrie et la retraite des médecins

En 1936, le député Charles Pomaret annonce un projet d'encadrement de la pratique médicale appelé loi Pomaret. En juillet 1936, Paul Cibrie évoque la loi en ces termes :

« *Ce texte, qui a de grandes chances d'être tout au moins discuté au Parlement, contient un certain nombre de dispositions que nous ne pouvons qu'approuver dans leur esprit, en tant qu'elles touchent l'organisation de la profession, la lutte contre l'exercice illégal, la protection des titres universitaires,… Mais l'article, qui comporte pour nous la proposition grave et inacceptable de la cessation obligatoire de l'exercice professionnel des médecins à 65 ans, ne saurait avoir notre approbation.* »[192]

Cette obligation de la cessation d'activité, probablement proposée dans la loi pour pallier au problème de la pléthore médicale, est largement critiquée par la CSMF. Le principal reproche émis étant l'obligation de la retraite à 65 ans et non le libre-choix.[193] Paul Cibrie propose alors la mise en place de la retraite à 65 ans mais de façon facultative, l'arrêt des naturalisations des médecins ou étudiants étrangers (« *il serait inadmissible que soient mis à la retraite des médecins français à l'effet de faire de la place pour des médecins étrangers* »[194]), la répression de l'exercice illégal et celle du charlatanisme. Paul Cibrie s'intéresse de près à la question des retraites puisqu'elle touche à tous ses chevaux de bataille :

---

[189] Ibid. p. 982.
[190] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 225.
[191] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 793.
[192] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 764.
[193] Ibid. p. 833.
[194] Ibid. p. 835.

- La dignité du médecin en lui permettant de finir ses jours dans de bonnes conditions.
- L'indépendance et l'autonomie du médecin en créant un organisme de retraite géré par les médecins et détaché de toute influence étatique.
- La confraternité en contribuant à la retraite de ses confrères, ceci sans contrôle pour le moment, car l'idée d'Ordre des Médecins a échoué.
- Le libre choix du médecin en fixant l'âge de départ facultatif et non obligatoire.

Il faut donc légiférer rapidement pour une retraite des médecins gérée par les médecins avant que l'état ne valide la proposition de loi in extenso. En juin 1937, Paul Cibrie rencontre M. Pomaret, alors député de la Lozère, en charge de la loi sur les retraites. Les talents de négociateurs de Paul Cibrie lui permettent d'obtenir contre toute attente l'engagement officiel de M. Pomaret pour une retraite facultative. C'est une large victoire saluée par tout le corps syndical.[195] Le 16 décembre 1938, l'Assemblée générale de la CSMF adopte le principe de la retraite corporative découlant du projet Pomaret et portant les caractéristiques suivantes[196] :

«

- versements obligatoires, en progression ascendante les premières années et descendantes les dernières années.
- retraite prise facultativement à partir de 66 ans.
- réversibilité sur la veuve.
- indemnité au décès très fortement progressive suivant le nombre des enfants.
- indemnités et secours aux invalides obligés de cesser l'exercice avant l'âge de la retraite.
- prévision d'une caisse spéciale permettant prêts ou secours pour ceux qui seraient dans l'impossibilité de verser leurs cotisations. »

Cette caisse est donc plus un fond social d'entraide entre confrères qu'une simple caisse de retraite. On sent le désir corporatiste de Paul Cibrie refaire

[195] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, pp. 753 à 756.
[196] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, pp. 28-29.

surface car cette retraite entièrement organisée au sein de la profession donne au corps médical une totale indépendance et autonomie financière des médecins âgés vis-à-vis de l'Etat. En juin 1939, un projet de loi allant dans ce sens est rédigé par le Président de la République et plusieurs ministres, mais non signé car sujet à modification. C'est aussi à cette période que Paul Cibrie se confronte de nouveau à plusieurs syndicats dont le SMS qui refusent le projet.[197] Ces syndicats de l'opposition préfèrent au système capitalisation-répartition un système uniquement de répartition. Mais Paul Cibrie insiste sur la nécessité de capitaliser l'argent récolté car le projet de retraite Pomaret réclame des fonds importants.[198] D'autres syndicats se questionnent sur la rétribution du médecin qui ne souhaite pas arrêter à 65 ans et qui aura cotisé toute sa vie. Le texte est voté à la majorité au conseil de la CSMF du 9 juillet 1939[199] mais le projet n'est toujours pas signé par le gouvernement. Paul Cibrie redoute que ce projet ne subisse le même sort que celui de l'Ordre des Médecins[200], c'est à dire l'avortement dû à de trop longues délibérations et une mésentente syndicale. Là encore, aucune loi ne sera votée avant la guerre.

4-1.3.4 Paul Cibrie et quelques idées visionnaires

Toujours à cause des difficultés économiques que rencontrent les médecins et peut-être par preuve d'un certain modernisme, Paul Cibrie envisage, dans un écrit de novembre 1936, la collaboration entre les médecins. A cette époque, les médecins ne travaillent qu'en cabinet isolé. Les regroupements n'existent pas. Or il insiste sur la réduction des coûts générée par le partage des frais et affirme qu'il sera bientôt nécessaire de « renoncer à cet individualisme exacerbé »[201] et de ne plus travailler seul.

En mars 1938, une proposition de loi relative à l'adjonction des mentions de spécialités au diplôme de docteur en médecine est présentée au Sénat.[202] Comme le souligne Paul Cibrie, cette loi suit de très près les propositions qu'il a faites et qui ont été votées aux Assemblées de la CSMF.[203] Bien qu'il soit un ardent défenseur de la médecine générale, Paul Cibrie s'est beaucoup intéressé à

[197] Ibid. p. 719.
[198] Ibid. p. 759.
[199] Ibid. p. 761.
[200] Voir chapitre 5-1.
[201] CSMF, *Le Médecin de France,* 1936, p. 1098.
[202] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 288.
[203] Ibid. p. 293.

cette loi qui met un frein aux agissements de médecins usant de titres de spécialités usurpés pour justifier leurs honoraires élevés. Rapidement l'Assemblée propose également de remplacer la mention par un certificat de spécialité, celui-ci étant un nouveau diplôme à part-entière.[204]

4-1.3.5 Paul Cibrie annonce sa démission … puis se ravise

Au Conseil d'Administration de la CSMF du 4 juillet 1937, Paul Cibrie annonce son intention de démissionner de son poste de secrétaire après l'Assemblée générale de décembre 1937. La crise et la menace proche d'un conflit européen ont rendu fragiles certains situations financières et il « *devient pratiquement impossible* »[205] pour Paul Cibrie d'assurer ses consultations tout en exerçant son activité de secrétaire de la CSMF. La CSMF étant quasiment l'œuvre de sa vie, cette démission est surprenante et il devait peut-être commencer à avoir des problèmes d'argent. Nous pensons que Paul Cibrie ne perçoit aucune rémunération pour son activité à la CSMF car les rapports de trésorerie ne mentionnent aucune rétribution envers les adhérents.

A la fin de l'année 1937, Paul Cibrie publie dans *le Médecin de France* un résumé (de 90 pages !) de l'action de la CSMF depuis sa création.[206] C'est en fait, l'apologie de ses neuf années de travail en tant que secrétaire. Il insiste sur l'action de la CSMF pour les médecins mais aussi pour une meilleure médecine et pour l'amélioration de la santé publique. Il appelle les médecins non encore adhérents à rejoindre le syndicat pour travailler ensemble à défendre leurs droits. Cependant, contre toute attente, Paul Cibrie se représente et est réélu au poste de secrétaire général à l'Assemblée générale de décembre 1937 sans qu'il ne soit fait mention nulle part de son désir de départ précédemment exprimé d'une façon si certaine.

4-1.3.6 Paul Cibrie et l'arrivée de la Guerre

Le 14 septembre 1938, soit deux semaines avant les Accords de Munich (France, Angleterre et Allemagne : annexion de la région des sudètes en Tchécoslovaquie par l'Allemagne), Paul Cibrie intitule « Soyons prêts » sa

[204] Ibid. p. 710.
[205] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 771.
[206] Ibid. pp. 939 à 1028.

chronique bimensuelle « *Propos de la Quinzaine* ». L'Anschluss est proclamé depuis 6 mois déjà et un nouveau conflit européen semble inévitable maintenant. Voici ce qu'il écrit[207] : « *Au moment où j'écris, ces deux mots* « Soyons prêts » *prennent un relief particulier et angoissant. Car si nous sommes prêts, moralement parlant, c'est-à-dire si nous sommes résolus, courageux et déterminés à remplir pleinement notre devoir patriotique, il est toujours permis de se demander, si, matériellement, tout est bien, si tout a été prévu à temps. Espérons-le.* » Il encourage les syndicats médicaux à rester unis afin d'être prêts à toute éventualité.

4-1.3.6.1 La situation des médecins d'Alsace-Moselle

Depuis le début de la CSMF, Paul Cibrie reçoit de nombreuses plaintes des médecins alsaciens et lorrains sur leur situation qui diffère de celle des médecins « de l'intérieur ». Comme nous l'avons vu, au début des années 20, une partie des médecins souhaitaient appliquer à l'ensemble de la population française, le système bismarckien de rémunération forfaitaire présent en Alsace-Moselle. Mais l'Allemagne délaisse ce système qui se révèle inefficace et rapidement la situation des médecins français « de l'intérieur » semble préférable à celle des médecins d'Alsace-Moselle. Paul Cibrie ne cesse d'écrire au gouvernement pour signaler les conditions des médecins d'Alsace-Moselle qui exercent leur métier selon la loi allemande de 1911. La principale différence est l'absence du libre choix des médecins par les assurés. Le décret-loi du 21 juillet 1938 qui augmente le plafond d'assujettissement des assurés va enlever encore plus d'honoraires aux médecins alsaciens et mosellans qui finissent par se décourager de leur situation financière. Paul Cibrie demande l'application de la loi française en Alsace-Moselle.[208] Il s'insurge d'autant plus que l'Anschluss qui annexe l'Autriche au Reich puis le rattachement de la région des Sudètes (provinces tchèques) seront suivis quelques semaines plus tard de l'adoption dans ces régions conquises du système d'assurances sociales en vigueur en Allemagne. Il faut donc quelques semaines pour le Reich allemand alors que vingt ans plus tard, l'Alsace et la Moselle sont toujours au régime des anciennes lois allemandes, elles-mêmes désuètes dans leur pays d'origine. En décembre 1938, Paul Cibrie accuse la Direction des Affaires d'Alsace et de Lorraine « *dont le directeur général démontre tous les jours son désir de ne rien toucher*

[207] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 801.
[208] Ibid. pp. 965 à 971.

de ce qui existe, afin de justifier sa pérennité et celle de ses services ».[209] Malgré l'appui et les interventions du Dr Longuet de Mulhouse, Paul Cibrie n'obtiendra jamais l'établissement des lois sociales françaises en Alsace-Moselle à temps puisque ce territoire intègre le Reich allemand en juillet 1940.

4-1.3.6.2 Paul Cibrie et la CSMF en temps de guerre

4-1.3.6.2.1 De mai 1939 à octobre 1939

En mai 1939, se réunit une Commission de la Médecine en temps de guerre. Cette Commission comprend entre autres des membres du ministère de la Santé Publique, des Affaires étrangères, du Travail, de la Défense et des Finances. Paul Cibrie et le docteur Hilaire (secrétaire général suppléant de la CSMF) y représentent la CSMF. Il est désormais entendu que la guerre devient inévitable et il faut préparer les populations. Le personnel médical est un élément-clé de la victoire en temps de guerre. Paul Cibrie écrit : « *une guerre future –tout le monde en a la conviction- touchera une partie considérable de la population non combattante, du fait des moyens d'agression largement employés, et spécialement des attaques aériennes.* »[210] Il espère que les services médicaux de guerre ne soient effectués que par « *les médecins mobilisés, militaires et non par les civils requis* ».[211] Fort de son expérience de la Grande Guerre il affirme que[212] :

- la place du médecin civil est « *floue, instable et sans direction effective suffisante* » par rapport à celle du médecin militaire qui est *« claire et nette* ». Par conséquent et malgré toute sa bonne volonté, la contribution efficace à l'effort de guerre apportée par le médecin civil sera moindre par rapport au médecin militaire.
- « *les médecins mobilisés seront, selon toute vraisemblance, trop nombreux.* » Les jeunes médecins mobilisés seront « *chargés de services de tout repos dans des régions tranquilles, tandis que des médecins âgés, requis sur place ou appelés, seront souvent, malgré leur âge et leur*

[209] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 1.
[210] Ibid. p. 478.
[211] Ibid.
[212] Ibid. p. 479.

diminution de potentiel physique, tenus à des services extrêmement durs. »

- tout docteur en médecine est mobilisable mais la place du « médecin civil âgé requis » (c'est-à-dire réquisitionné) doit être auprès de la population civile pour les soins ordinaires.

La France rentre officiellement en guerre le 3 septembre 1939. Dès le 8 septembre, Paul Cibrie écrit une lettre aux membres du Conseil d'Administration de la CSMF où il appelle ses confrères au patriotisme, au devoir militaire et civil et à une déontologie médicale sans faille. Il s'engage à faire tout ce qu'il peut pour continuer à faire avancer les réformes médicales et à tenir son rôle de secrétaire de la CSMF dans la mesure du possible. Finalement, son action dans les premières semaines du conflit est surtout de répertorier avec l'aide des syndicats départementaux, l'ensemble des médecins français et étrangers mobilisés et non mobilisés afin d'établir un bilan de l'offre de soins et de faire ou non des réclamations auprès du gouvernement. Il s'intéresse également rapidement aux médecins non mobilisés en communiquant trois conseils :

- aux médecins français non mobilisables de rester dans leur lieu de résidence habituelle en se signalant aux autorités et en attendant un éventuel ordre de réquisition.

- aux médecins étrangers de faire de même.

- aux médecins remplaçants de s'engager auprès des syndicats locaux à se retirer de la région au retour du médecin habituel.

De nombreux médecins redoutent un accaparement de leur patientèle par leur remplaçant. Cette peur omniprésente est aussi perçue par Paul Cibrie qui estime qu'il est du devoir de la CSMF de protéger ses confrères partis au front.

« *Il faut que vous sachiez que notre cœur est avec vous et que ceux qui restent veilleront s'il le faut sur les vôtres et s'emploieront à préserver tous les droits de ceux qui accomplissent leurs devoirs.*

Prenez ces mots pour ce qu'ils veulent être : un engagement d'honneur.

Nous ne permettrons pas que vous trouviez à votre retour des places indûment prises; nous exigeons les désistements nécessaires ; nous combattrons, dès maintenant et plus tard, aidés par vous s'il en était besoin, tous ceux de vos âges

qui, ressortissants de pays neutres, auraient abusés de la large bienveillance qui leur est accordée. »[213]

Le 13 octobre 1939, Paul Cibrie écrit une lettre à Edouard Daladier, président du Conseil lui demandant d'adopter des mesures urgentes nécessaires à protéger les médecins partis en guerre en empêchant les médecins remplaçants de s'approprier leur clientèle.[214] Le Dr Fernand Decourt, que l'on retrouvera auprès de Paul Cibrie au sein de la WMA, va évoquer le système anglais dans lequel les remplaçants s'engagent à verser 50% des honoraires au médecin remplacé mobilisé et de lui rendre tous ces patients à son retour.[215]

4-1.3.6.2.2 D'octobre 1939 à octobre 1940

Paul Cibrie est de nouveau mobilisé pour cette guerre.[216] Les articles et commentaires publiés dans *le Médecin de France* sont de moins en moins signés. Il est donc difficile de leur attribuer un auteur et on apprend dans un article anonyme paru en octobre 1939 dans *le Médecin de France* que Paul Cibrie est « *actuellement mobilisé* ».[217] Nous ne trouverons ensuite plus d'articles signés Paul Cibrie d'octobre 1939 à juillet 1940. La signature « secrétaire général » apparaît souvent mais sans savoir si elle correspond toujours à Paul Cibrie. Nous pensons qu'elle appartient au moins jusqu'en janvier 1940, au docteur Hilaire qui lui, ne fut pas mobilisé.[218] Cependant, Paul Cibrie est cité parmi les membres présents à une réunion du Conseil de janvier 1940 et nous pouvons de façon certaine lui réattribuer la signature de 'secrétaire général' dès janvier 1940, comme l'atteste la transcription de certaines interventions de syndicalistes.[219] Or, on apprend de lui-même dans une lettre écrite pour le président du Conseil Pierre Laval, qu'il fut démobilisé seulement après la capitulation française, le 1er juillet 1940.[220] Il a donc assisté à une réunion en janvier 1940 alors qu'il était mobilisé. Nous pensons qu'il a été requis sur place, à Paris.

---

[213] Ibid. p. 912.
[214] Ibid. p. 923.
[215] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, pp. 61 à 64.
[216] Archives nationales de France - Base de données », consulté le 13 juillet 2016, http://www.culture.gouv.fr/public/mistral/leonore_fr?ACTION=RETOUR&USRNAME=nobody&USRPWD=4%24%2534P.
[217] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 945.
[218] Ibid. p. 994.
[219] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, p. 122.
[220] Ibid. p. 379.

Rapidement, au début de la guerre, un décret-loi stipulant le fonctionnement des assurances sociales en temps de guerre voit le jour. Les gros changements comprennent surtout :

- la facilitation du paiement des pensions de vieillesse et d'invalidité aux assurés.
- l'avance par l'Etat de l'argent nécessaire aux caisses pour payer ces pensions.
- la mise en subsistance d'office pour les assurés qui éprouveraient des difficultés pour le paiement de leurs prestations.
- des règles spéciales pour les assurés mobilisés.

Les membres du Conseil de la CSMF peinent à se réunir et les archives publient essentiellement les différents décrets qui voient le jour. Quelques membres se réunissent le 28 octobre 1939 et décident de réclamer des modifications dans les modalités de mobilisation des médecins, l'interdiction pour tout médecin mobilisé de percevoir des honoraires (car ils exercent dans le cadre de leur réquisition) et la possibilité pour les médecins étrangers de s'engager dans la guerre au titre de simple soldat.[221] Mais malgré leurs efforts, les membres du conseil de la CSMF n'arrivent plus à défendre efficacement les médecins syndiqués et l'Assemblée générale de décembre 1939 est annulée devant le nombre important d'absents mobilisés. Le Conseil arrive cependant à se réunir le 7 janvier 1940. Il appelle à la générosité des médecins qui peuvent alimenter les caisses des offices de Secours afin « *de donner plus encore pour les Confrères malheureux* ».[222] Devant l'inégalité entre les médecins mobilisés sur place (exerçant encore dans leur propre cabinet), ceux mobilisés dans une autre région française et ceux non mobilisés exerçant en civil, Paul Cibrie propose la création d'un Office médical de répartition par département qui serait chargé de collecter les pourcentages d'honoraires perçus par les remplaçants et de les reverser aux médecins mobilisés.[223] La proposition est approuvée par le Conseil et envoyée aux syndicats départementaux. Le 25 mars 1940, dans ce qui s'apparente à une lettre d'au-revoir, Paul Cibrie réaffirme les principes auxquels lui et la CSMF sont attachés depuis le début : la Charte Médicale et l'entente

[221] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 944.
[222] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, p. 89.
[223] Ibid. pp. 131 à 151.

directe. Ces notions apparaissent comme l'essentiel à conserver, quoi qu'il arrive.

Une avancée notable est quand même à souligner : la mise en place à partir d'avril 1940 d'une nouvelle nomenclature de pratique médicale courante.[224] Inventée dans le but de faciliter le remboursement des soins par les Caisses, elle est l'ancêtre de notre actuelle nomenclature utilisée pour la tarification à l'acte.

Nous sommes en pleine « drôle de guerre » et le président de la République Albert Lebrun et son ministre de la Défense et président du Conseil, M. Daladier peinent à résister aux évènements et la communication entre les syndicats et le gouvernement n'est pas la priorité. C'est « l'état d'urgence ». *Le Médecin de France* continue à être publié et transmet les décrets votés par le gouvernement sur l'Hygiène, la Natalité, la Famille, la création des allocations familiales, la prophylaxie des maladies vénériennes (autorisant le médecin à dénoncer une personne coupable de propagation et ainsi à trahir le secret médical), etc… Tous ces décrets-lois sont votés bien sûr en l'absence de toute concertation des syndicats médicaux.

Le 1er juillet 1940, les pouvoirs publics s'installent à Vichy. Le 10 juillet, Pierre Laval obtient d'un Parlement démoralisé, le vote du texte qui livre la République au maréchal Pétain. Celui-ci obtient les pleins pouvoirs et institue l'Etat Français. C'est la fin de la IIIème République. Le 4 juillet, Paul Cibrie écrit la dernière lettre publiée par *le Médecin de France* avant la fin de la guerre. Il appelle tous les médecins à un « *relèvement moral dont la nécessité n'est pas, hélas, discutable* », à « *renoncer à tout ce qui n'est pas strictement droit et honnête dans l'ordre professionnel* », à vivre « *une vie de sacrifice* » en renonçant « *à des espoirs de gains excessifs ou même de vie large* », à « *travailler d'abord pour la France* », à faire « *sur l'autel de la Patrie meurtrie le sacrifice de certaines idées trop personnelles, d'inimitiés ou de rancœurs, même justifiées* » et enfin à « *servir* ».[225] Son discours est sans ambivalence. Il s'aligne sur Vichy et reprend les idéaux « Travail-Famille-Patrie » du Maréchal Pétain. Dans sa lettre du 4 juillet 1940 adressée à Pierre Laval alors Président du Conseil, il affirme que la CSMF est « *prête à travailler dans le sens si parfaitement indiqué par le gouvernement* ». Une semaine plus tard, ce gouvernement devient l'Etat français de Vichy, dirigé par le Maréchal Pétain et

[224] Ibid. pp. 51 à 60.
[225] Ibid. pp. 349-350.

à la solde du Reich allemand nazi. Les archives de la CSMF s'arrêtent en juillet 1940 pour ne reprendre qu'en 1945. Dans l'optique de la Charte du Travail, toute forme de rivalité entre patrons et ouvriers est combattue et le Maréchal Pétain dissout les syndicats. La CSMF est dissoute le 7 octobre 1940.[226]

4-1.4 Résumé du positionnement syndical de Paul Cibrie de 1930 à 1940

Si les années 20 ont permis à Paul Cibrie de faire entendre ses idées, les années 30 lui permettent de les appliquer. Il devient une figure très respectée et écoutée par le corps médical et s'impose comme le défenseur des idées syndicales auprès du Gouvernement. Il développe ses qualités d'orateur au service de la défense de la profession médicale.

Les difficultés économiques de cette décennie entraînent une concurrence accrue entre les médecins qui a plusieurs conséquences. D'abord, Paul Cibrie se pose en moralisateur de la profession afin de défendre un code d'honneur du médecin et le maintien de pratiques sérieuses. Il dénonce le charlatanisme et conspue les médecins qui s'engagent dans les dispensaires pour des salaires défiant toute concurrence. Ensuite, il encourage l'entraide et la solidarité professionnelle en créant des Offices d'aide aux médecins syndiqués (retraite, secours syndical,…). Enfin, il souhaite mieux organiser la profession et la rendre plus indépendante. Ainsi il accueille favorablement le développement de la médecine sociale des années 30 au cabinet et à l'hôpital mais insiste pour qu'elle soit gérée par les médecins contre une rémunération adéquate.

Devenue une figure autoritaire, il reste fidèle aux principes de la Charte Médicale :

- Libre choix du médecin par le patient.
- Respect du secret professionnel.
- Liberté d'honoraires.
- Paiement libre à l'acte.
- Liberté thérapeutique et de prescription.
- Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat.

Et à ses propres principes :

- autonomie et indépendance du corps médical vis-à-vis de toute institution.

[226] Site de la CSMF, consulté le 13 juillet 2016, http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2012/presentation_csmf_historique.pdf.

- unité professionnelle.
- corporatisme absolu.
- défense de l'honneur de la profession.

Vers 1935, Paul Cibrie commence à s'intéresser à l'hygiène et à la santé publique en abordant la lutte contre l'alcoolisme et le taudis, l'organisation des centres de santé, la surveillance des produits alimentaires. Mais la Seconde Guerre mondiale arrive et de nombreux projets sont suspendus. L'état d'urgence se met en place et Paul Cibrie s'aligne sur les positions vichystes en prônant « une vie de sacrifice » à « travailler d'abord pour la France »[227].

4-2 Paul Cibrie face au problème de la pléthore médicale de 1930 à 1940

4-2.1 La montée de la xénophobie au sein du corps médical

4-2.1.1 1930-1933 : Vote de la loi Armbruster

« *Nous ne sommes pas xénophobes.*

Et nous trouvons souhaitable que nos facultés soient largement ouvertes aux étudiants étrangers.

Nous trouvons souhaitable que ceux-ci, emportant chez eux les bienfaits et le souvenir de leurs études faites chez nous, soient les bons agents de l'expansion scientifique française.

Mais il arrive qu'un certain nombre de ces étudiants étrangers, retenus par le charme de notre douce France, aient le désir d'y rester, et d'y exercer la profession qu'ils sont venus étudier dans nos écoles.

De ce fait, leur utilité comme agents d'expansion scientifique disparaît, car pour faire rayonner en France la science française, les français suffisent.

Et si, par ailleurs, la profession choisie par ces étrangers est déjà plus qu'encombrée, s'il y a pléthore, *comme dans le Corps Médical français, il faut bien admettre que nous ayons le droit de veiller à ce que les portes permettant aux étrangers l'entrée de notre profession ne soient pas trop largement et inconsidérément ouvertes.*

L'étudiant en médecine français, lorsqu'il veut acquérir le diplôme d'Etat lui donnant le droit d'exercer en France, doit satisfaire à un certain nombre de

[227] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, pp. 349-350.

conditions : baccalauréat, - P.C.N. scolarité complète -, *examens probatoires, thèse.*

Il est de plus, comme tous ces concitoyens, soumis aux légitimes exigences de la loi de recrutement.

Est-ce trop demander que d'exiger aux étudiants étrangers visant aux mêmes droits, de remplir les mêmes devoirs ?

Encore devons-nous regretter qu'on ne puisse ajouter, à l'usage de certains citoyens de pays lointains, quelques épreuves probatoires de « mentalité », presque de « moralité ».

La généralité des médecins de France a le culte de la profession ; et si l'on trouve dans nos rangs quelques dévoyés ou quelques forbans, l'ensemble est sain. 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 des cafés, apportant une mentalité que nous aurions préféré voir réservée aux « pays d'origine ». »[228]

Ces propos parus le 15 avril 1930 dans *le Médecin de France* sont signés de Paul Cibrie. Ils reflètent la xénophobie galopante en France, présente à partir des années 1920 notamment au sein du Corps Médical. Ils se veulent modérés : « *nous ne sommes pas xénophobes* », « *nous trouvons souhaitable que nos facultés soient largement ouvertes aux étudiants étrangers* » mais cachent les prémices de l'évincement des étrangers des professions médicales.

Pourtant, l'antisémitisme médical très présent en France depuis l'affaire Dreyfus à la fin du XIXè siècle, s'était atténué après la Première Guerre mondiale.[229] La France victorieuse en Europe et l'Université française considèrent que l'accueil des étudiants étrangers est un des moyens d'accroître son rayonnement intellectuel dans le monde.[230] *La Vie Médicale* annonce avec satisfaction en 1923 que *« les étudiants en médecine étrangers n'ont jamais été aussi nombreux en France »*[231]. Mais cet enthousiasme est de courte durée. Les étudiants arrivent surtout d'Autriche, d'Allemagne, de Roumanie et de Pologne. Leur raison est double : éviter des numerus clausus trop sévères dans leur pays

[228] CSMF, *Le Médecin de France*, 1930, pp. 301-302.
[229] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation* (Liana Levi, 2000), 285p, p. 25.
[230] Ibid.
[231] F. Helme, "La propagande médicale à l'étranger ", *La Vie Médicale*, 9 mars 1923.

et fuir les persécutions faites aux juifs et notamment aux étudiants.[232] Cette arrivée massive d'étudiants étrangers majoritairement juifs est perçue comme une invasion par le corps médical et les discours xénophobes montent en puissance après la promulgation de la loi du 10 août 1927 qui permet aux étudiants et aux médecins étrangers d'être naturalisés français et donc d'étudier puis d'exercer en France.[233]

En 1930, Paul Cibrie est secrétaire de la CSMF. Son président, le Professeur Victor Balthazard est aussi le doyen de la faculté de médecine de Paris. La CSMF exprime ses craintes :

« *Le nombre des médecins a déjà augmenté ; si nous nous en rapportons aux statistiques des facultés, il a plus que doublé depuis huit ans, et la faculté de médecine de Paris, qui recevait moins de cinq cents étudiants par an, va en recevoir 6.500, 7.000, plus peut-être.*

[…]

On peut estimer que dans cinq ans le nombre des médecins aura augmenté dans des proportions élevées. Or, la pléthore médicale présente de graves dangers d'ordre moral autant que matériel pour la profession elle-même.

Le but de la Confédération des Syndicats Médicaux Français n'est pas de dissuader, en principe, les bacheliers de s'orienter vers la profession médicale, mais la Confédération voudrait que seuls ceux qui auront l'âme bien trempée, qui seront patients, bons et courageux, qui seront décidés à faire passer les satisfactions d'ordre moral avant les bénéfices d'ordre matériel, en un mot que ceux-là seuls qui ont vraiment la vocation se dirigent, toute questions annexes bien étudiées, vers la faculté de médecine. »[234]

Comme l'explique le Pr Guillaume Pierre, le problème de la pléthore est encore une fois un problème quasi exclusivement parisien.[235] De la même façon qu'il combat les médecins des dispensaires parisiens offrant des soins gratuits représentant une concurrence déloyale selon lui, Paul Cibrie va se battre pour limiter la pléthore médicale qui engendre encore plus de concurrence et menace

---

[232] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. pp. 25 à 27.

[233] Ibid. p. 29.

[234] Jules Laurent, article rapportant les propos de la CSMF, *Le Figaro*, n°310, 6 novembre 1930, p. 8.

[235]« *A Paris les praticiens connaissent des conditions d'exercice particulièrement difficiles. Ils sont très nombreux. Ils supportent la présence des corps universitaires et hospitaliers 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.* » 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.

le salaire des médecins installés. L'exclusion des médecins étrangers et surtout le blocage de l'accès des étrangers aux études médicales sont alors des solutions faciles pour résoudre le problème de la pléthore médicale puisqu'elles trouvent approbation auprès du corps médical parisien :

« *Un rapport de cinq pages, intitulé "La pléthore médicale" signé par le doyen [de la faculté de médecine de Paris] Balthazard et MM. Carnot, Gosset, Lépine et Rist, est adressé au recteur, le mettant en garde contre le risque que représente l'inscription des étudiants roumains le plus souvent juifs, en faculté de médecine* »[236]

Le rapport se veut alarmant sur la proportion de médecins étrangers qui atteindrait en 1930 53% des étudiants des diverses facultés de Nancy, 36% à Paris, 34% à Montpellier, 19% à Toulouse,…[237]

Victor Balthazard rejette la faute essentiellement sur les juifs roumains qui constituent la plus importante part des étrangers :

« *Les roumains, à qui nous réservons un accueil si aimable, auquel aucun autre étranger ne peut prétendre, sans réciprocité d'aucune sorte, les roumains font pour la plupart une grande partie de leurs études médicales gratuitement : à partir du début de la troisième année, il leur suffit d'adresser une demande d'exonération de droits d'inscription et de travaux pratiques, pour que cette exonération leur soit automatiquement accordée sans limitation de nombres (alors que la proportion de dispenses pour les français ne peut dépasser un cinquième).* »[238]

Ces propos et bien d'autres dans le rapport incitent à la haine envers les étudiants roumains. La faute de la pléthore médicale est entièrement rejetée sur les étudiants étrangers :

« *Nous sommes obligés d'insister sur le fait que les étrangers qui veulent exercer la médecine en France sont indésirables, parce qu'ils constituent à eux seuls la cause de la pléthore médicale professionnelle. Nous avons démontré par l'étude de statistiques précises que, sans l'afflux d'étrangers postulant le diplôme d'Etat, la pléthore médicale en France serait inexistante.*

Le mal est donc, à présent, bien connu ; dans ces conditions, le remède est facile à trouver. Il consiste à n'autoriser les étrangers à postuler le diplôme d'Etat que dans des conditions déterminées et strictement limitatives. »[239]

---

[236] *Bruno Halioua, Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. pp. 30-31.
[237] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 252.
[238] Ibid. p. 254.
[239] Ibid. p. 257.

Paul Cibrie accueille avec enthousiasme ce rapport qu'il estime « *très précieusement documenté et particulièrement courageux* »[240] et en tant que rédacteur en Chef du *Médecin de France* se réjouit d'être autorisé par Victor Balthazard à en publier une grande partie.

Le 8 avril 1930, le sénateur Dentu (médecin et sénateur de l'Eure) dépose son rapport sur la proposition de loi Armbruster émise par Raymond Armbruster (médecin et sénateur de l'Aube) qui envisage une législation afin de limiter l'accès des étrangers à l'exercice de la profession.[241] Là encore, Paul Cibrie exprime sa ferveur :

« *Il est d'une urgence absolue que, dans tous les départements, les médecins et spécialement les présidents et secrétaires des syndicats démontrent, par lettres ou démarches à leurs sénateurs, la nécessité vitale pour l'avenir de notre profession, et, par contre-coup direct, pour la santé générale de la nation, de faire voter, dans le plus court délai, la proposition Armbruster, qui est de nature à enrayer, à elle seule, la pléthore dont je n'ai plus ici à souligner les conséquences néfastes.* »[242]

La proposition Armbruster soumet un étudiant étranger désireux d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine à plusieurs conditions :

- être titulaire du baccalauréat français.
- être titulaire du certificat d'études PCN.[243]
- valider les cinq examens probatoires de médecine.
- être naturalisé français pour les étrangers de moins de trente ans (donc entre autres de faire leur service militaire).[244]

Le 29 mai 1931, M. Mario Roustan, ministre de l'Instruction Publique reçoit une délégation médicale comprenant Paul Cibrie et le docteur Hilaire (secrétaire général et secrétaire adjoint de la CSMF). Paul Cibrie expose au ministre l'urgence de voter la loi Armbruster « *pour enrayer la pléthore médicale et retirer aux étrangers postulant le doctorat d'Etat, les équivalences*

---

[240] Ibid. p. 249.
[241] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. p. 33.
[242] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 249.
[243] Certificat d'études Physiques, Chimiques et Naturelles. Examen demandé aux étudiants français pour intégrer médecine et qui se passe en école préparatoire.
[244] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 257.

abusives du baccalauréat français. »[245] Le ministre lui assure de défendre « *à la tribune la juste cause des médecins français.* »[246]

Le 22 juillet 1931, un arrêté paraît au Journal Officiel. Il supprime la faveur qu'il existait pour les étudiants roumains et mauriciens d'obtenir le certificat d'études PCN et le diplôme d'Etat de docteur en médecine alors qu'ils n'avaient pas le baccalauréat français.[247] Mais l'Académie de Médecine qui encourage le vote de la loi Armbruster propose que les étudiants roumains et mauriciens puissent outrepasser la loi à condition de ne pas dépasser le chiffre de 15 étudiants par an dans l'ensemble des facultés françaises pour chacune des deux nationalités.[248]

Le sénat vote la loi Armbruster le 12 décembre 1931. Paul Cibrie a joué un rôle très important dans le vote rapide de la loi comme le souligne *Le Figaro* : « *Cet heureux résultat est dû à l'intervention énergique du docteur Cibrie au nom des groupements médicaux et de M. Maurice Mordagne, au nom de l'Association corporative de étudiants en médecine. Ces deux défenseurs de la médecine française espèrent bien obtenir de la Chambre l'adoption du texte voté par le Sénat.* »[249]

Le Sénat approuve donc cette loi proposée par les sénateurs médecins et va même plus loin en accordant un contournement de la loi pour les roumains et les mauriciens à la condition de ne pas dépasser le chiffre de 10 étudiants par an au lieu des 15 suggérés par l'Académie de Médecine. De plus, M. Debierre, sénateur du Nord, est intervenu lors du vote et a facilement convaincu l'auditoire d'ajouter dans l'article 7 de la proposition de loi, l'obtention obligatoire du baccalauréat latin-grec à la place du simple baccalauréat pour l'accès au diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Cette obligation du baccalauréat latin-grec ralentit la ratification de la loi par la Chambre[250] qui accepte le texte sans l'article 7. Paul Cibrie, qui s'était enchanté de l'initiative de M. Debierre se désole du vote de la Chambre mais après avoir consulté de nombreux médecins, des associations médicales, des parlementaires, M. Dentu et Raymond Armbruster lui-même, il se range de l'avis unanime et préfère accepter la loi votée par la Chambre. Il demande donc au Sénat de « *l'entériner purement et simplement* ».[251] D'ailleurs, devant la

---

[245] *Le Temps*, N° 25481, 30 mai 1931, p. 5.
[246] Ibid.
[247] Journal Officiel n° 170, 23 juillet 1931, pp. 7935-7936. Reporté dans *Le Médecin de France*, 1931, p. 614.
[248] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 617.
[249] *Le Figaro*, n°359, 25 décembre 1931, p. 2.
[250] CSMF, *Le Médecin de France*, 1932, p. 257.
[251] Ibid. p. 291.

volonté du Sénat de réintroduire le baccalauréat latin-grec dans la loi, Raymond Armbruster intervient à la tribune du Sénat le 9 février 1933 pour demander la suppression de cette obligation.[252] Ceci aboutit au vote définitif de la loi le 5 avril 1933 et à sa promulgation le 21 avril 1933. L'exclusion des étrangers et le favoritisme fait aux étudiants français est une notion tout à fait acceptée sans qu'une quelconque xénophobie ne soit pointée du doigt. Paul Cibrie félicite les acteurs de ce vote qui « *voit enfin cette œuvre de juste défense aboutir* ».[253] Il précise dans *Le Journal* que « *les organisations de médecins français ne voulaient pas faire de xénophobie. Elles avaient seulement le légitime désir que les étrangers fussent soumis aux mêmes examens que les français. […] Les médecins estiment que la nouvelle loi apporte dans l'exercice de la médecine en France toute la justice et toutes les garanties qu'ils souhaitaient depuis longtemps*. »[254]

Voici les grandes lignes de la loi Armbruster du 21 avril 1933[255] :

- Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et s'il n'est citoyen français sauf pour les médecins originaires d'un pays où les médecins français peuvent exercer. Dans ce cas, une parité sera établie entre le nombre des étrangers voulant exercer en France et le nombre de médecins français exerçant dans le pays concerné.

- Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront au diplôme d'Etat français de docteur en médecine devront s'inscrire au PCN comme tout étudiant français mais pourront être dispensé de trois années de scolarité maximum. Les étrangers déjà titulaires du diplôme d'Université sont soumis aux mêmes conditions mais peuvent être dispensés de certains examens et de quatre années de scolarité maximum.

- Pour les étudiants étrangers non détenteurs du diplôme de docteur en médecine dans leur pays, il n'y aura aucune dispense d'examen ou d'année de scolarité, quelle que soit la durée des études déjà faites par eux dans leur pays.

---

[252] CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, pp. 241 à 249.
[253] Ibid. p. 303.
[254] *Le Journal*, n° 14800, 25 avril 1933, p. 5.
[255] CSMF, *Le Médecin de France,* 1935, pp. 532-533.

- Les étudiants étrangers ne peuvent postuler au diplôme d'Etat de docteur en médecine s'ils n'ont pas les titres initiaux français requis (baccalauréat français et certificat d'études PCN), exception faite aux étudiants roumains et mauriciens sans dépasser le nombre de 10 par an pour l'ensemble des facultés françaises de médecine.

- La naturalisation française n'est pas exigée des médecins exerçant régulièrement en France le jour de la promulgation de la loi et qui sont déjà munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

4-2.1.2 1933-1934 : Indécisions de Paul Cibrie face à l'afflux massif de médecins étrangers

La loi Armbruster ne satisfait pas entièrement certains médecins car elle n'est pas rétroactive et la naturalisation française n'est pas exigée pour les médecins étrangers exerçant régulièrement en France et pour les étudiants étrangers en cours d'étude lors de la promulgation de la loi.[256]

Cependant, cela ne semble pas émouvoir Paul Cibrie qui répond à une question du *Journal* s'intéressant au sort des étrangers exerçant déjà en France :

Paul Cibrie « *nous a exposé que les quatre ou cinq cents médecins étrangers qui pratiquent la médecine ne craignent rien de la nouvelle règlementation, puisque celle-ci n'a pas d'effet rétroactif*.»[257] Il semble donc satisfait que les médecins étrangers déjà installés puissent rester, l'important étant d'empêcher l'installation d'autres médecins étrangers qui augmenteraient la concurrence. En avril 1933, après avoir fait part des traitements auxquels sont soumis en Allemagne les médecins socialistes ou juifs, Paul Cibrie fait même adopter sans difficulté, à la CSMF, l'Ordre du jour suivant :

« *Le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français,*

Informé des traitements actuellement infligés en Allemagne aux médecins socialistes ou juifs,

Entendant ne s'immiscer ni dans des questions confessionnelles ou politiques,

Ni dans des questions de politique intérieur d'un pays voisin,

---

[256] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. p. 34.

[257] *Le Journal*, n° 14801, 26 avril 1933, p. 4.

Estime cependant devoir élever une protestation indignée contre les véritables persécutions dont sont actuellement victimes certains médecins allemands et fait observer que dans tout pays civilisé le droit pour le médecin de soigner – et pour le malade de s'adresser au médecin qu'il entend librement choisir, sont deux libertés essentielles, à juste titre revendiquées par tous les médecins du monde. »[258]

De même, lorsqu'une firme pharmaceutique allemande envoie un prospectus de propagande aux médecins français qui nie les atteintes faites aux juifs en Allemagne et s'insurge de la campagne française contre l'antisémitisme allemand, Paul Cibrie réagit :

« *Nous, qui savons ici les moyens officiels de pression et de véritable persécution employés contre les médecins Juifs en Allemagne, ne pourrions que sourire, si le sujet n'était triste, de la lourdeur – qui ne prend pas chez nous- de ce procédé de propagande.*

Nous n'insisterons pas sur cette première faute de goût.

Si elle se renouvelle, le mieux sera sans doute de retourner d'où ils viennent et les prospectus de propagande rédigés « par ordre » et les produits qu'ils enveloppent.

Nous n'apprécions pas la manière. »[259]

Par cet appel au boycott des produits originaires de firmes allemandes antisémites, Paul Cibrie se pose donc en défenseur des juifs. Mais fidèle à ses principes, c'est plutôt d'abord la profession médicale qu'il défend, sans prendre en compte la question de la confession. D'ailleurs, quelques mois plus tard, en juin 1933, il clarifie sa position :

« *Nous avons exprimé notre sympathie aux médecins juifs et socialistes allemands qui sont l'objet de persécutions en Allemagne, mais nous ne saurions aller plus loin et admettre qu'il leur soit donné des facilités d'exercice de la médecine en France, ou dans les colonies françaises.*

[…]

Je crois devoir rassurer ceux qui ont cru possible des dérogations. La loi Armbruster est effective.

[…]

Aucun médecin allemand ne peut s'inscrire pour le doctorat d'Etat s'il n'a subi, au préalable, les épreuves du baccalauréat français et ne pourrait exercer plus tard s'il ne se fait, en cours d'étude, naturaliser français.

---

[258] CSMF, *Le Médecin de France,* 1933, p. 352.
[259] Ibid. p. 400.

Des bruits ridiculement excessifs ont couru à ce sujet. Que les inquiets se rassurent ! »[260]

Il dénonce donc le traitement réservé aux médecins juifs allemands mais refuse de leur ouvrir les portes pour qu'ils puissent échapper à leur sort. Souvent déconcertant, Paul Cibrie apparaît pour la première fois déconcerté par la situation. Comme s'il souhaitait s'en convaincre lui-même, il insiste constamment sur l'absence de motivation xénophobe dans ses prises de position : « *on sait que nous avons toujours déclaré ici que notre mouvement n'était nullement inspiré par un sentiment de xénophobie, et nous avons largement donné les raisons déterminantes de notre attitude.* »[261] Ses principes de confraternité absolue le tiraillent entre ses confrères français qu'il souhaite satisfaire et « protéger » de la pléthore médicale et ses confrères allemands dont il ne supporte pas les persécutions :

« *En donnant à nos confrères français l'assurance que leur volonté reste strictement respectée je veux, ici, dire l'émotion poignante, qui m'a étreint bien souvent en voyant arriver à notre siège social de malheureux médecins allemands. Nous en avons vu, hier encore occupant de belles ou de hautes situations scientifiques ou professionnelles, obligés du jour au lendemain de tout abandonner – ou expulsés - ou victimes d'un boycottage absolu, les réduisant au départ.*

Nous avons vu ici certains de ces hommes d'âge mûr, et dont la vie passée attestait souvent le caractère et l'intelligence, pleurer comme des enfants devant le « non possumus » que nous leur opposions et que nous avons toujours voulu traduire dans la forme la moins brutale.

Devant ces hommes, ces Confrères, hier ennemis et peut-être demain, notre cœur s'est cependant serré. »[262]

Mais pour Paul Cibrie, l'inquiétude de la pléthore médicale qu'il qualifie de «*maladie* » telle une véritable « *congestion de la profession* »[263], est plus préoccupante pour l'avenir de la profession que le sort des médecins juifs étrangers. La loi Armbruster agit alors comme « *remède* »[264]. Ainsi, son indécision et son apitoiement face au sort réservé aux médecins juifs étrangers ne durent pas : le 30 juin 1934, il n'hésite pas à envoyer une lettre au Ministre des Affaires étrangères afin de lui demander de refuser les autorisations

[260] Ibid. p. 560.
[261] CSMF, *Le Médecin de France,* 1931, p. 963.
[262] Ibid, p. 944.
[263] *L'Intransigeant*, n° 19654, 20 août 1933, p. 2.
[264] Ibid.

sollicitées par les médecins juifs allemands pour exercer en Tunisie.[265] Il commence à véritablement assumer ses positions le 5 février 1935 lorsqu'il écrit dans *le Médecin de France* pour sa chronique bimensuelle « *Les Propos de la Quinzaine* », un article intitulé « *Les limites de la bonté* »[266]. Voici quelques extraits :

« *La bonté a des limites et, lorsqu'on les franchit, il arrive qu'on tombe dans la bêtise.*

Accueillir chez nous les étrangers, alors même que les nationalismes aigus des pays environnants sont loin d'offrir la réciproque à ceux de chez nous, est une preuve de bonté et de libéralisme. Mais il convient d'abord de limiter l'afflux et surtout de discriminer.

Les travailleurs manuels ont su crier leur droit à la vie et au travail et obtenir un contingentement relativement facile à exécuter.

Les travailleurs dits intellectuels ont droit à la même protection et les professions libérales depuis quelques années se sont vues obligées de réclamer, elles aussi, des mesures plus efficaces contre la pénétration excessive de l'élément étranger.

[…]

Aussi avons-nous demandé que par analogie avec le texte de la loi du 19 juillet 1934 visant les inscriptions aux Barreaux, les étrangers ne puissent exercer la médecine qu'après un stage de 10 ans suivant leur naturalisation.

Nos demandes sont traduites en particulier dans le texte des propositions de loi Cousin et Dommange.

[…]

Nous voulons que le stage de dix ans après la naturalisation, jugé nécessaire pour exercer la noble profession d'avocat, le soit aussi pour exercer la profession médicale.»

4-2.1.3 1935-1936 : Unité du Corps médical dans son combat contre les médecins étrangers qui aboutit à la Loi du 27 juillet 1935.

L'année 1935 est marquée par l'adhésion officielle des étudiants en médecine aux idées xénophobes émises par les médecins depuis des années. C'est donc maintenant l'ensemble du corps médical qui exprime son mécontentement unanime et cette unité va accélérer le vote des lois contre les

[265] CSMF, *Le Médecin de France*, 1934, p. 640.
[266] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 149-150.

étudiants en médecine et les médecins étrangers. Les étudiants de la faculté de médecine de Montpellier initient un mouvement de grève sans précédent le 31 janvier 1935 pour protester contre les avantages accordés aux étudiants étrangers.[267] *L'Action Française*, journal antisémite titre : « *Les étudiants contre l'invasion des métèques* ».[268] La grève gagne rapidement l'ensemble des facultés de médecine française. Dans son article évoqué ci-dessus, Paul Cibrie apporte son soutien à cette grève :

« *Que demandent les étudiants ?*

Les mêmes choses que nous nous occupons à obtenir - et depuis quelques mois surtout – par une action lente mais incessante à travers laquelle le coup de gong de nos jeunes camarades ne pourra qu'être utile.

Nous voulons que nos Facultés restent largement ouvertes aux étrangers en vue du Diplôme d'Université, mais que dans aucun cas le Diplôme d'Université ne puisse être transformé en Diplôme d'Etat.

[…]

Soyons donc accueillants toujours, soyons bons, mais non pas dupes. Il est un protectionnisme intellectuel dont la nécessité s'impose et que nous remercions nos jeunes camarades étudiants d'avoir signalé de telle façon qu'on ne puisse prétendre n'avoir pas entendu.

La bonté a ses limites »[269]

Le message est donc le suivant : Oui pour accueillir et former les étudiants en médecine étranger mais à condition qu'ils rentrent chez eux une fois leurs études terminées et qu'ils permettent un rayonnement du savoir français à l'étranger sans concurrencer les médecins français. Or, si les étrangers, principalement juifs, quittent leur pays, c'est pour échapper aux persécutions dont ils sont victimes et n'ont évidemment aucune envie d'y retourner tant que la situation ne s'améliore pas. Paul Cibrie et l'ensemble des médecins qui approuvent ses propos n'ignorent pas cette situation. Ils continuent malgré tout, à prôner un accueil des étrangers dénué de tout humanisme puisque servant uniquement à faire rayonner les valeurs de la France. L'étranger semble responsable des problèmes que rencontrent les médecins dans cette période tumultueuse d'entre-deux guerres où la crise économique de 1929 et l'inflation

---

[267] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation* op. cit. p. 35.
[268] *L'Action Française*, n° 31, 31 janvier 1935, p. 2.
[269] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 150-151.

rendent instable la situation financière de nombreux européens. Paul Cibrie écrit :

« *Des camarades étrangers, qui, d'ailleurs, le plus souvent, n'auront pas ensuite le droit d'exercer en France, font des remplacements contre toute loi et toute logique ;*

Ils prennent dans les hôpitaux, comme internes, aussi bien dans les villes de Faculté que dans les petits hôpitaux de province, des places qu'il serait normal de réserver à nos nationaux.

[…]

D'autre part, voyant ces camarades étrangers esquiver les obligations militaires et se trouver ainsi injustement avantagés, les étudiants ont protesté ».[270]

Face à la grève massive des étudiants, Paul Cibrie ne se contente pas d'écrire un article. En tant que secrétaire de la CSMF, il convoque, le 7 février 1935, les représentants des principaux groupements corporatifs d'étudiants en médecine de France : la Fédération française des étudiants catholiques, l'Union nationale des étudiants, l'Association corporative des internes et externes des hôpitaux de Paris, la Conférence de Laennec, l'Association corporative des étudiants en médecine, le Front médical français, etc.[271] Cette réunion décide que l'ensemble des associations médicales doit « *poursuivre l'effort commencé pour entraver l'envahissement de la corporation par des éléments étrangers alors que nombre d'intellectuels français sont actuellement dans une situation difficile.* »[272]

Devant cette position quasi unanime du corps médical français, le Ministre de la santé publique et de l'éducation physique, H. Queuille écrit à tous les préfets une circulaire qui leur demande de « refuser les autorisations de remplacement médical aux étrangers »[273] car les remplacements procurent aux jeunes médecins des « ressources très appréciables et il est naturel que cet avantage soit réservé aux Nationaux. »[274] Il leur demande ensuite de prendre toutes les mesures nécessaires pour que cette circulaire ne reste pas vaine, c'est-à-dire pour qu'aucun médecin étranger ne puisse remplacer. Enfin il propose aux préfets que chacun examine « la possibilité d'organiser un cadre supplémentaire

[270] Ibid. p. 152.
[271] *Le Matin*, n° 18586, 8 février 1935, p. 8.
[272] Ibid.
[273] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 155.
[274] Ibid.

d'internes non rémunérés, dans lequel pourraient entrer les étudiants étrangers qui, désormais, ne devraient plus être admis dans le cadre normal. »[275]

Au milieu de l'année 1935, il existe trois propositions de loi pour statuer sur l'exercice de la médecine par les étrangers :

- la proposition de loi Cousin ayant pour objet de modifier la loi Armbruster du 21 avril 1933 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.

- la proposition de loi Dommange ayant pour objet de réglementer l'exercice de la médecine en France par les étrangers naturalisés.

- la proposition de loi Armbruster tendant à modifier sa propre loi Armbruster du 21 avril 1933 sur l'exercice de la médecine.[276]

Nous n'insistons pas sur les différences entre ces propositions qui restent mineures. Les principaux changements souhaités par les étudiants et la CSMF sont :

- la suppression pure et simple du diplôme d'Université qui empêchera complètement les étrangers d'exercer en France. Si cela est trop « révolutionnaire » pour le Parlement, est demandé l'interdiction de s'inscrire au PCB[277] (nécessaire pour postuler au diplôme d'Université) pour un étranger étudiant ou déjà diplômé (absent de la loi Cousin).

- l'extension de la loi du 19 juillet 1934 appliquée aux médecins étrangers, portant à dix ans le délai entre la naturalisation française des étrangers et leur possibilité d'exercer la médecine en France (Inscrit dans la proposition de loi Dommange et absent de la loi Cousin).

- l'interdiction des remplacements aux médecins étrangers non possesseurs du diplôme d'Etat (inscrit dans la proposition de loi Armbruster)

Paul Cibrie affirme « suivre de près, dans les deux Assemblées, la mise en discussion des différentes propositions »[278] et espère une décision rapide des Chambres. Son vœux est exaucé car le Sénat puis la Chambre votent une modification de la loi respectivement les 27 et 28 juin 1935.[279] La loi est promulguée au Journal Officiel le 27 juillet 1935. Elle abroge la loi Armbruster de 1933. La proposition de loi retenue est celle de Cousin. Il n'y figure donc pas

---

[275] Ibid.
[276] Pour lire l'intégralité des propositions de loi : CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 534 à 541.
[277] Certificat d'études Physiques, Chimiques et Biologiques. Remplace le PCN en 1934. Examen préparatoire à l'admission aux études médicales.
[278] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 602.
[279] Ibid. p. 651.

le délai de dix ans entre la naturalisation française des étrangers et leur possibilité d'exercer la médecine. Paul Cibrie félicite l'arrivée de la loi par ces mots : «*Nous aurons attendu et travaillé des années pour qu'à des droits égaux correspondent des devoirs égaux.* »[280] Les principales modifications par rapport à la loi Armbruster de 1933 sont les suivantes :

- Les médecins étrangers déjà titulaires d'un diplôme de docteur en médecine dans leur pays ne sont dispensés d'aucun examen et d'aucune année de scolarité. Ainsi, il leur faut repasser tous les examens nécessaires aux étudiants français : baccalauréat, certificat d'études PCB, diplôme d'Université et diplôme d'Etat. Le délai de 10 ans avant l'exercice est donc quasiment atteint même si cela n'est pas explicite dans la loi.

- L'exception pour les roumains et les mauriciens disparaît.

- La naturalisation française est exigée pour tous les médecins souhaitant exercer en France. Le service militaire est donc réclamé mais quelques exceptions permettent d'en être exempté (exemple : sexe féminin) à condition que le médecin étranger attende alors un délai égal à la durée ou au double de la durée du service militaire pour pouvoir exercer après l'obtention de son diplôme d'Etat de docteur en médecine.

- Puisque la naturalisation française et le diplôme français d'Etat de docteur en médecine sont exigés pour tous les étrangers, ceux qui avaient le diplôme d'Etat de laur pays mais pas le diplôme d'Etat français et exerçaient à titre de remplaçant, ne peuvent plus travailler en attendant de l'avoir. Là encore, cette interdiction n'est pas explicite.

Les étudiants et la CSMF obtiennent donc satisfaction sur toutes leurs demandes. Mais malgré cette loi qui rend très pénible aux étudiants et médecins étrangers leur possibilité d'exercer en France, le corps médical n'est pas entièrement satisfait car le bruit court d'une naturalisation excessive des médecins étrangers. Paul Cibrie dénonce ces rumeurs dans le numéro du *Médecin de France* d'octobre 1936[281] :

« *On a dit que le Gouvernement songeait à naturaliser en masse des médecins étrangers (juifs allemands) et on a cité le chiffre de 350, puis de 1.000.*

[280] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 756.
[281] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 962.

On ajoutait : le Gouvernement se propose de leur donner droit d'exercice en France.

[…] Le Ministère de la Santé Publique, alerté par nous a donné un démenti catégorique, en soulignant le caractère illégal de la deuxième proposition »

Puis, en prenant l'exemple d'un étranger muni du diplôme de docteur en médecine de son pays, il montre qu'avec « la loi du 26 juillet 1935 »[282], ce médecin devra attendre minimum 9 ans et en moyenne 11 ans avant de pouvoir exercer en France. Il poursuit :

« *En outre, les fonctions de médecine publique ne peuvent être remplies que cinq ans après l'obtention du droit d'exercer.*

Je demande aux plus exigeants d'entre nous s'ils ne pensent pas, vraiment, qu'il y a là, une barrière bien difficilement franchissable ? »[283]

Une fois de plus, Paul Cibrie se révèle être un véritable tacticien au service des médecins français. Afin de faire voter une loi qui permet de privilégier l'exercice de la médecine à ses confrères français, il est prêt à soutenir des propos xénophobes et violents rejetant la faute de la condition des médecins français sur les étrangers. Puis une fois la loi promulguée et appliquée, il appelle à l'apaisement.

4-2.1.4 1937-1940 : Montée en puissance de la xénophobie de Paul Cibrie et du Corps Médical. Exclusion des médecins étrangers.

Mais Paul Cibrie s'aperçoit que certains médecins étrangers continuent de remplacer dans l'illégalité puisqu'ils sont naturalisés mais n'ont pas le diplôme d'Etat français de docteur en médecine. Or, ces deux conditions sont normalement nécessaires pour exercer. Il commence alors à répandre les rumeurs de naturalisations excessives qu'il combattait. Le 8 janvier 1937, il écrit une lettre à Léon Blum, alors président du Conseil, pour l'alerter de l'émotion des Syndicats médicaux face aux « nombreuses naturalisations d'étudiants et de docteurs en médecine étrangers ».[284] Il insiste sur la pléthore médicale et ses « inconvénients d'ordre matériel et surtout d'ordre moral ». Il s'offusque de la proposition de loi Pomaret[285] qui préconise la cessation d'activité à un âge déterminé afin de laisser la place aux jeunes, place en partie prise par des

[282] Paru au JO le 27 juillet 1935, p. 8146, la loi est nommée "loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire".
[283] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, p. 962.
[284] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 109.
[285] Voir chapitre 4-1-3-3.

« médecins venus de l'étranger ». Il refuse que par des « naturalisations trop nombreuses au sujet desquelles il n'est pas tenu un compte suffisant des avis syndicaux», on impose à des français de laisser leur place à des médecins étrangers.

Lors de l'Assemblée générale de la CSMF, en décembre 1937, il continue cependant d'attirer l'attention sur de faux chiffres signalés par « un médecin qui est un homme charmant mais qui a été mal documenté »[286] qui annonce entre 40 et 90 naturalisations par jour. Il s'exclame :

« *Que voulez-vous répondre à une énormité pareille ? Il y a eu en 1937, jusqu'au 4 décembre, 88 naturalisations de docteurs en médecine étrangers. C'est 88 de trop ; mais c'est 90 pour une année et non 90 par jour ! Par an, par jour : vous voyez la différence. Les chiffres vrais sont suffisants pour légitimer nos protestations ; ne tombons pas dans le ridicule et surtout la mauvaise foi.* »[287]

Il fait cependant adopter à l'unanimité par cette Assemblée générale de décembre 1937, la contestation des syndicats médicaux envers les naturalisations excessives des médecins étrangers qui ont accéléré de 80% en 1937 par rapport à 1936 et de près de 500% par rapport à 1935. Il emploie des pourcentages en raison de chiffres absolus qui ne semblent pas assez élevés pour susciter l'intérêt. Il s'éloigne donc de l'appel au calme qu'il demandait l'année précédente pour adhérer et même contribuer à la polémique des naturalisations excessives.

En Allemagne, l'année 1938 commence dès le 1er janvier, par l'exclusion des caisses d'Assurance maladie de tous les médecins juifs.[288] Cet évènement entraîne un afflux encore plus important de médecins juifs allemands en France et donc de demandes de naturalisations. Paul Cibrie utilise une nouvelle fois son article bimensuel *Les Propos de la Quinzaine* dans *le Médecin de France* pour s'exprimer sur l'actualité. Et sa réaction est virulente :

« *On a dit que la France était le dépotoir de l'Europe. Quand dans leur pays, il n'y a vraiment plus rien à « faire », les étrangers viennent chez nous. Lorsqu'il s'agit de réfugiés politiques, soit : la France est terre d'asile – encore*

[286] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p 151, l'identité du médecin n'est pas révélée.
[287] Ibid. p. 152.
[288] « Chronologie de l'avant-guerre 1938 », consulté le 3 août 2016, http://www.seconde-guerre.com/chronologie/chronologie-avant-guerre-1938.html.

sous certaines conditions, à l'accomplissement desquelles devrait veiller le Ministère de l'Intérieur.

[…]

Notre profession est protégée, maintenant, par la loi du 26 juillet 1935 – et celle-ci fut un immense progrès. Mais il ne faudrait pas saboter cette loi par la cadence excessive des naturalisations d'étudiants ou de docteurs en médecine.

Chez nous aussi il y a pléthore. N'y en eût-il pas, combien serait-il préférable de réserver à nos nationaux l'exercice d'une profession si particulière, qui exige au plus haut degré la possession du sens psychologique national, […]

Nous avons vu venir de pays proches ou lointains, situés à notre orient, trop de « confrères ».

Devant certains, nous nous inclinons. Leur science, leur amour démontré de notre pays, justifient pour eux la faveur de la naturalisation ; mais les autres – et fort nombreux – qui pour raisons de races ou de religions, trouvent leur pays « malsain » - allons-nous être obligés de les « absorber » ?

Ils nous apportent un état d'esprit et des façons de procéder qui ne sont pas les nôtres ; qu'ils fassent du négoce ou de la banque, peu nous importe, mais pas la médecine. »[289]

Ces mots marquent un tournant dans le positionnement de Paul Cibrie. Si malgré ses démentis, ses propos pouvaient jusqu' à présent être interprétés comme xénophobes, ils ne visaient jamais une quelconque race ou confession. Or, avec cet article, intitulé *« Nous en avons assez ! Ou le scandale des naturalisations excessives* », il vise clairement les médecins juifs et affiche ainsi son antisémitisme. D'ailleurs un climat général de haine spécialement dirigée contre les juifs commence à s'installer en France, on les accuse toujours de concurrence déloyale entraînant « la raréfaction de la clientèle, la baisse de revenus, mais surtout on leur reproche leur manque de conscience morale, d'intégrité et de compétence. On les accuse d'exercer la médecine illégalement, de procurer des stupéfiants aux toxicomanes, de prescrire des arrêts de travail injustifiés si le patient paye bien et de pratiquer des avortements clandestins. »[290] Paul Cibrie participe à ces accusations. Il choisit notamment de retranscrire dans *Le Médecin de France*, une lettre du docteur Batier de Strasbourg qui explique que « les condamnations prononcées par les tribunaux contre les médecins

[289] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, pp. 431-432.

[290] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. p. 42.

d'origine étrangère sont infiniment plus nombreuses que celles atteignant les médecins d'origine purement française. »[291]

On remarque l'utilisation de l'expression « purement française » qui semble normale et d'usage courant. Le positionnement antisémite de Paul Cibrie se retrouve chez nombre de ses confrères et s'affiche maintenant clairement au sein du corps médical et des syndicats médicaux. Victor Balthazard, président de la CSMF, préside la thèse de Jacques Boudard, soutenue en 1939, intitulée *De l'envahissement du corps médical par certains « éléments » nés en Pologne et en Roumanie*.[292] Comme Paul Cibrie, Jacques Boudard accuse les médecins juifs de « dénaturer l'esprit médical français : « Insensiblement et progressivement, ils abîment tout, exploitant les malades, corrompant les médecins, ils salissent la médecine. Ce n'est pas autrement que s'est implanté en France le procédé de la dichotomie auquel a dû se rallier, devant la dureté de la concurrence et l'effroyable condition que détermine la pléthore, une trop grosse partie du corps médical français. » »[293]

En Allemagne, en juillet 1938, la quatrième ordonnance de la loi de citoyenneté du Reich interdit à tous les médecins juifs l'exercice de la médecine à partir du 30 septembre de la même année.[294] Attirés par l'occasion d'accéder à des postes laissés vacants, les médecins allemands accueillent positivement cette loi et ne s'inquiètent pas du manque de médecins que cela va créer dans leur pays. Elle interpelle cependant les médecins français qui s'insurgent non pas du traitement subi par ces médecins juifs mais des conséquences de leur arrivée en masse en France. A tous les maux qui leurs sont déjà reprochés, on ajoute la peur qu'ils prennent la place des médecins français partis au combat en cas de guerre. En effet, dès 1938, les tensions politiques grandissantes en Europe confirment la crainte déjà présente qu'une guerre est imminente. Paul Cibrie écrit le 16 septembre 1938, une lettre à Marc Rucard, Ministre de la Santé Publique où il demande « quel serait en temps de guerre, la situation des médecins étrangers (non naturalisés) exerçant en France ».[295] Il parle au nom de ses confrères qui s'inquiètent « à juste titre, de la possibilité, pour ces médecins dispensés de toute obligation militaire, de prendre les places quittées par les

---

[291] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 838.

[292] Jacques Boudard, *De l'Envahissement du corps médical français par certains « éléments » nés en Pologne et Roumanie* (Paris, France: impr. Cario, 1939), n° 157, 86p.

[293] Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op.cit. p. 47. Halioua cite la thèse de Jacques Boudard, *De l'envahissement*... op. cit. p. 52.

[294] Yves Ternon, *Coupables, complices, victimes* (Les Belles lettres, 2008), 224p, p. 33.

[295] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 877.

médecins français mobilisés, ou d'absorber les clientèles ».[296] Dans le but d'empêcher cela, Paul Cibrie demande au Ministre de mettre en place, en temps de guerre, une mobilisation civile des médecins étrangers, hors de leur domicile habituel en s'engageant à retourner à leur ancienne résidence, une fois la guerre terminée. L'Assemblée générale de la CSMF adopte, le 17 décembre 1938, un ordre du jour allant dans ce sens.[297] Sans réponse, il insiste dans une deuxième lettre, écrite le 31 janvier 1939, où il attire l'attention du Ministre sur « l'aide que pourraient apporter les femmes médecins, dont la réquisition n'est pas prévue par la loi du 11 juillet 1938».[298] Paul Cibrie est invité par le Ministre de la Santé Publique à intégrer une Commission chargée d'examiner les modalités d'application de la loi du 11 juillet 1938 et de formuler des suggestions de remaniement de cette loi. La Commission formule un projet de décret-loi qui prévoit la réquisition des femmes médecins et interdit aux médecins requis de continuer, après la guerre, à exercer à l'endroit de leur réquisition « afin de préserver absolument la situation du médecin mobilisé qui, revenant à son ancien poste, ne doit pas trouver la place prise. »[299] Le projet est alors mis en suspension.

En attendant l'aboutissement du projet de décret-loi, le monde médical continue d'exprimer ses craintes envers les médecins étrangers.

Le 2 novembre 1938, Paul Cibrie utilise une nouvelle fois l'article des *Propos de la Quinzaine* pour communiquer aux médecins syndiqués français :

« *Nous voulons je pense, que la France soit française et ne devienne pas une mosaïque teintée aux couleurs de tous les pays du monde.*

Nous voulons aussi que la médecine française reste aux Français, assez nombreux et capables pour l'exercer.

Pourquoi faut-il que nous ayons à nous battre pour défendre des vérités aussi évidentes, des droits aussi légitimes ! »[300]

Il poursuit son article par des affirmations qui participent à un véritable climat de peur :

« *Dans 8 ou 10 ans, la pléthore sera effroyable et certainement le médecin ne pourra plus vivre de sa profession.* »

---

[296] Ibid.
[297] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 208.
[298] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 526. La loi du 11 juillet 1938 sur « l'organisation générale de la nation en temps de guerre » fixe les conditions de mobilisation des français en cas de guerre. Les femmes en sont exclues.
[299] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 528.
[300] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 1001.

Ces propos sont d'ailleurs cités[301] par le docteur Fernand Querrioux, médecin syndiqué à la CSMF et le chantre le plus virulent de la campagne dirigée contre les médecins juifs étrangers.[302] Ils sont également repris par Charles Maurras, journaliste à l'Action Française dans un article du 9 juin 1939 qui les utilise pour appeler aux actes :

« *Le docteur Cibrie parle de ce que sera la médecine dans dix ans et entrevoit une pléthore effroyable… c'est bien de prévoir ! Mais il faudrait aussi agir ! Qu'avez-vous fait contre cette pléthore ? Que ferez-vous contre ce mal envahissant ?* »[303]

Paul Cibrie continue l'article en dénonçant le comportement des médecins étrangers naturalisés français :

« *Parlons un peu voulez-vous du toupet – un mot d'argot serait plus juste – impudemment affiché par la plupart de ces Français nouveau style. Notre mansuétude et notre courtoisie sont pris par eux pour de la faiblesse et ils nous le font bien voir.*

Dans de grandes assemblées syndicales, on voit des Français récents tenir la tribune, et manier acerbement la critique, justifiée peut-être, c'est possible, mais qu'eux du moins n'ont pas le droit d'exposer. S'ils ne sont pas contents, qu'ils rentrent donc chez eux ; on verra s'ils y seront aussi bien qu'en douce France.

[…]

On nous traitera de Xénophobes ?

Si la Xénophobie consiste à exiger de ceux qui vivent chez nous, l'accomplissement des devoirs, de tous les devoirs qui incombent aux citoyens français, pour en avoir tous les droits, alors oui, nous sommes Xénophobes. »

Véritable démagogue, Paul Cibrie ne cache plus sa xénophobie et sous couvert de la défense des médecins français, incite à la jalousie et à la haine du médecin étranger.

Lors de l'Assemblée générale de la CSMF le 18 décembre 1938, Paul Cibrie annonce que le nombre de naturalisations a singulièrement décru.[304] S'il en est satisfait, ce n'est pas encore suffisant pour la CSMF en raison de la déclaration de M. Marchandeau, le Garde des sceaux au docteur Giry, vice-président de la CSMF : « J'ai décidé qu'en principe, il n'y aurait plus de naturalisations d'étudiants ou de médecins étrangers. »[305] Après un débat houleux où les

---

[301] Fernand Querrioux, *La Médecine et les Juifs*, Les Nouvelles Editions françaises, 1940, p. 33.
[302] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, op. cit. p. 42.
[303] *L'Action Française*, n° 160, 9 juin 1939, p. 2.
[304] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 30.
[305] Ibid. p. 209.

allusions antisémites sont légion et où chaque propos xénophobe est salué par les applaudissements de l'assemblée, les membres de la CSMF présents à l'Assemblée générale adoptent l'Ordre du jour suivant :

« *L'Assemblée générale […]*

déclare que l'ouverture très large de nos Facultés aux étudiants étrangers, sûrs de trouver en France l'accueil le plus libéral et le plus cordial, doit avoir pour but essentiel le rayonnement à l'étranger de la science et de la culture française, et non, sauf exceptions justifiées, l'absorption d'éléments étrangers qu'interdit chez nous une pléthore médicale s'aggravant d'année en année ;

approuve la création du Service Confédéral des naturalisations »[306]

Ainsi, la demande des médecins syndiqués se radicalise. Leur action aussi : comme évoqué dans l'Ordre du jour ci-dessus, la CSMF crée le Service Confédéral des naturalisations dont la direction est confiée au docteur Montagne. Cet office, véritable bureau central du renseignement, fait le lien entre Paul Cibrie et les différents ministères. Ses membres sont chargés de recueillir et de classer tous les renseignements utiles permettant de répondre aux questions des syndicats sur une demande de naturalisation d'un médecin étranger. Chaque naturalisation qui ne leur paraît pas justifiée fait l'objet d'un dossier présenté au gouvernement. La CSMF crée donc un service intrusif d'inspection de la vie personnelle et de la carrière professionnelle des médecins étrangers cherchant la moindre faille utilisable pour invalider leur demande et limiter les naturalisations. Mais entretenant toujours une suspicion envers les actions de la CSMF, le SMS obtient la démission du docteur Montagne.[307] Paul Cibrie « regrette cette nouvelle petite friction, d'allure bien mesquine, avec le Syndicat de la Seine »[308]. Mais ceci n'empêche pas le Service Confédéral de fonctionner.

Bruno Halioua, dermatologue et auteur de *Blouses blanches et étoiles jaunes*, dénonce un changement des hostilités de la part des médecins français à partir de début 1939 qui dirigent leur haine « contre les Juifs étrangers, mais aussi contre les Juifs français accusés d'être surreprésentés dans les professions libérales et en particulier dans les professions médicales » surtout dans la ville

[306] Ibid. p. 30.
[307] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 942. Le Dr Montagne est membre du Conseil du SMS (Syndicat des Médecins de la Seine).
[308] CSMF, *Le Médecin de France,* 1939, p. 417.

de Paris. [309] La CSMF affirme ne pas être guidée par un sentiment de xénophobie et justifie son positionnement par « une réaction de self-défense et l'application d'un précepte très humain : *prima sibi caritas*. »[310] La frontière est mince.

Le projet de décret-loi proposé par Paul Cibrie en juillet 1938 aboutit à la création d'un décret-loi relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, signé par Albert Lebrun, président de la République, le 11 septembre 1939, soit une semaine après le début de la Seconde Guerre mondiale. L'article 7 valide la proposition à laquelle Paul Cibrie tenait tant : il stipule que les médecins déplacés « ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyé et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité. »[311] Les étrangers ne sont pas requis mais « invités à contracter un engagement qui a les mêmes effets que la réquisition. Faute de se conformer à cette invitation, ils peuvent être privés du droit d'exercer pendant la durée des hostilités. »[312] Les femmes médecins sont requises au même titre que les hommes avec un assouplissement pour les mères de famille et les femmes enceintes.

Forte de cette victoire, la CSMF ne s'arrête pas là. En novembre 1939, *le Médecin de France* publie un dossier d'une dizaine de pages sur les médecins étrangers en temps de guerre. Les articles ne sont pas signés donc non attribuables avec certitude à Paul Cibrie. La CSMF y demande « tant qu'on y est », « une extension qui n'a rien d'exorbitant ; […] que pour ceux qui sont d'âge mobilisable, l'engagement civil soit remplacé par l'engagement militaire, et que le défaut d'engagement, dans ces conditions, soit sanctionné par le retrait du droit d'exercer – tout au moins pendant la période de la guerre. »[313] Ceci car il y aurait « maladresse, à laisser s'étendre de façon excessive à l'occasion de la guerre l'activité des médecins étrangers. »[314]

Le 10 novembre 1939, Paul Cibrie écrit aux présidents et secrétaires des syndicats médicaux de France. Il leur demande, dans l'attente des mesures d'ordre militaire, d'empêcher « la mobilisation sur place » des médecins

---

[309] Bruno Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*,op. cit. p. 49.
[310] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 950, traduction littérale : « d'abord charité prudente ».
[311] Ibid. p. 883.
[312] Ibid. p. 884.
[313] Ibid. p. 954.
[314] Ibid. p. 955.

étrangers et de sanctionner la continuation de l'exercice par les médecins étrangers non mobilisables restés sur place.[315] En effet, dès le début de la guerre, les médecins étrangers s'engagent volontairement massivement. Cet afflux est si important que leur mobilisation est retardée de plusieurs mois.[316] En attendant, ils restent donc à exercer sur place et soignent, en plus de leur patientèle habituelle, celle des médecins français mobilisés. Ceci est insupportable pour la CSMF qui préfèrerait les voir exercer loin de leur résidence. Dans sa lettre du 10 novembre 1939, Paul Cibrie demande aux présidents des syndicats médicaux de France de lui envoyer « la liste très exacte des médecins étrangers exerçant actuellement sur le territoire »[317] de leur département. Face aux menaces qui pèsent sur eux, les médecins étrangers en attente de leur mobilisation se signalent eux-mêmes à Paul Cibrie et demandent leur engagement au plus vite. Il en fait part au Ministre de la Santé Publique, dans une lettre rédigée le 11 décembre 1939 et lui demande :

« Je suis convaincu, Monsieur le Ministre que vous voudrez bien user de votre autorité pour demander que soient effectués les ordres d'appel concernant les engagés. »[318]

Le 16 décembre 1939, Paul Cibrie révèle au magazine *Le Jour-Echo de Paris* que « pour vingt-huit départements il y a 400 médecins étrangers non engagés qui exercent à la place de leur choix ».[319]

En janvier 1940, pour faire face au manque de médecins civils, l'Etat propose d'autoriser un certain nombre de médecins étrangers à exercer pendant la durée des hostilités. Il s'agit pour la plupart des médecins de l'Université de Varsovie, spécialement des professeurs des hôpitaux de Varsovie.[320] La CSMF s'insurge mais Paul Cibrie y voit une façon d'accéder enfin à certaines requêtes des syndicats. Il propose d'accepter l'autorisation d'exercer promise à certains médecins étrangers mais avec « limitation de nombre et limitation de temps d'exercice »[321] (25 médecins et le temps des hostilités) et sous deux conditions principales :

---

[315] Ibid. pp. 960-961.
[316] Halioua, *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, (Liana Levi, 2000), 285p, p. 51.
[317] CSMF, *Le Médecin de France,* 1939, p. 961.
[318] Ibid, p. 999.
[319] *L'Action Française*, n° 351, 17 décembre 1939, p. 3. L'article rapporte des propos que Paul Cibrie aurait tenu la veille pour le journal *Le Jour-Echo de Paris*.
[320] CSMF, *Le Médecin de France,* 1940, p. 124.
[321] Ibid. p. 126.

- Les médecins étrangers qui n'ont toujours pas souscrit d'engagement auprès de l'armée française se voient interdire définitivement l'exercice de la médecine en France.
- Retirer le droit d'exercice aux médecins naturalisés français depuis moins de 15 ans et qui ont subi une peine de plus de trois mois infligée par la juridiction professionnelle.

Le Ministère de la Santé Publique réunit une Commission en avril 1940 et met au point une procédure pour aboutir à l'interdiction d'exercer pour les médecins étrangers n'ayant pas contracté un engagement.[322] Mais un décret du 15 mai 1940 étend les droits des médecins étrangers et rend caduque la commission d'avril.[323] Le décret les autorise à soigner leurs compatriotes blessés qui se trouvent en France ainsi que les français si les soins ne peuvent être apportés par un médecin français. Cette autorisation équivaut à un engagement civil et ils peuvent donc continuer l'exercice de la médecine. La CSMF accueille ce nouveau décret assez favorablement tout en demandant que les médecins étrangers ne soient autorisés à exercer que « dans les localités où les populations ne peuvent être desservies par des médecins français »[324] et appelle à rester vigilant « afin de limiter au strict minimum les dérogations que le Gouvernement a jugé indispensable d'apporter ».[325]

Un accord est donc finalement trouvé entre l'Etat et les syndicats sur la question des médecins étrangers mais il est un peu tard car le 22 juin 1940, la France capitule et les démobilisations ramènent les médecins dans leur cabinet.

4-2.1.5 Rare positionnement antiraciste de Paul Cibrie

Maître en matière de paradoxe, Paul Cibrie mène parallèlement de rares actions antiracistes qui tranchent avec le discours xénophobe qu'il entretient. Un exemple est sa réaction à un article du journal *l'Action Française* paru le 6 juillet 1939 évoquant l'avortement criminel et qu'il commente dans *Le Médecin de France*.[326] Voici le texte critiqué :

[322] Ibid. p. 352.
[323] Ibid. pp. 356 à 358.
[324] Ibid.
[325] Ibid.
[326] CSMF, *Le Médecin de France*, 1939, p. 793.

«*Il faut se souvenir que sur les cinq cent vingt-cinq médecins en prison pour manœuvres criminelles, il y a une grosse majorité d'étrangers ou d'origine étrangère*. »

Et voici la réaction de Paul Cibrie :

« *N'estimez-vous pas que je doive, en votre nom, écrire au Garde des Sceaux pour lui demander si cette affirmation est exacte ? Et si elle est inexacte, comme j'en ai la conviction, prier le journal de la rectifier ?* »

4-2.2 Paul Cibrie soutient la proposition Portmann sur l'instauration d'un numerus clausus

Toujours pour enrayer le problème de la pléthore médicale qui le préoccupe beaucoup tant elle menace le bon équilibre de la profession, Paul Cibrie soutient un nouveau projet de loi : la proposition Portmann. Elle énonce que « le Ministère de l'Education nationale arrête chaque année, en tenant compte des besoins à prévoir, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription du doctorat en médecine d'Etat et le nombre des étudiants admis à passer de première en deuxième année. »[327]

Paul Cibrie lance la discussion lors de la séance du 18 décembre 1938 de l'Assemblée générale de la CSMF. D'emblée, en évoquant la proposition d'un concours d'entrée aux études médicales, il pose son opinion en ces termes :

« *Nous heurtons ainsi la tradition libérale. Les facultés diront : tout le monde peut entrer. On a bousculé bien d'autres traditions depuis quelques temps ; nous pensons que, pour défendre une profession comme la nôtre, il faut prendre, si c'est nécessaire, même des mesures un peu pénibles.*

Pour ma part, je suis partisan du concours d'entrée dans les écoles de médecine. Il y en a un pour les vétérinaires. »[328]

Ajoutée au combat contre la pléthore médicale, la motivation de Paul Cibrie est le maintien d'une élite au sein de la profession grâce à l'élimination des plus mauvais étudiants. Comme à son habitude, il n'hésite pas à utiliser un brin de démagogie pour justifier ces propositions : « *Si la progression continue, dans dix ans, les médecins mourront de faim.* »[329] A part le docteur Batier[330], peu de médecins suivent l'envie de Paul Cibrie d'instaurer un numerus clausus. Ils

[327] CSMF, *Le Médecin de France,* 1938, p. 947.
[328] CSMF, *Le Médecin de France,* 1939, p. 308.
[329] Ibid.
[330] Déjà cité dans ce chapitre pour sa dénonciation des condamnations plus importantes chez les médecins étrangers que chez les médecins français. Point de vue là aussi soutenu par Paul Cibrie.

considèrent cette mesure contraire à la libéralité de la profession, moralement difficile à assumer puisqu'ils n'ont pas été, eux-mêmes soumis à un numerus clausus, injuste car handicaperait les habitants des campagnes au profit de ceux des villes, illégale,…[331] Mais Paul Cibrie réussit à les convaincre qu'il est toutefois nécessaire de limiter le nombre d'étudiant et fait adopter le texte suivant :

« L'Assemblée générale […]

décide de réclamer et de soutenir toute proposition de loi établie en accord avec le Conseil de la Confédération et destinée à limiter, pour l'avenir, dans une mesure raisonnable, le nombre des étudiants en médecine. »[332]

Mais aucune loi ne sera votée à la Chambre et l'arrivée de la guerre enterre la proposition Portmann.

4-3 Participation de Paul Cibrie à l'idée d'un Ordre des Médecins

Voici la définition de la médecine sociale en 1930 telle qu'elle est décrite par Paul Cibrie en mai 1931[333] (et non celle de 1935 évoquée dans la partie 4-1):

« *La Médecine sociale touche maintenant plus du tiers de la population française et son extension paraît fatale. En médecine sociale (assurances sociales, accidents du travail, loi des pensions, assistance médicale gratuite), il y a toujours un tiers directement intéressé.*

Que celui-ci règle directement au médecin ses honoraires (loi des pensions, assistance médicale gratuite) c'est alors le tiers payant. Ou qu'il rembourse l'assujetti (assurances sociales et théoriquement accidents du travail) et c'est alors l'entente directe, ce tiers est directement intéressé à la répression des fraudes et des abus.»

L'application de la loi sur les Assurances sociales nécessite alors la mise en place urgente de systèmes de contrôle aussi bien du patient que du médecin. Le contrôle des patients sera laissé aux caisses mais les syndicats et notamment Paul Cibrie vont se battre pour obtenir le contrôle des médecins.

En 1935, Paul Cibrie paraît aux éditions parisiennes « Laboratoires Midy », un livre intitulé « L'Ordre des Médecins » et préfacé par Maître de

[331] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, pp. 308 à 312.
[332] Ibid. p. 312.
[333] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 369.

Moro-Giafferri. Le livre jette les bases des textes de loi du futur Ordre des Médecins et se vante même d'en être l'inspiration :

« *Il ne sera pas sans intérêt pour les médecins, lorsque plus tard l'Ordre sera passé dans le domaine des réalisations, de trouver ici, dans cette courte monographie, l'indication des documents d'où sera sortie la loi - et sans doute aussi le Règlement d'Administration Publique – et de pouvoir d'un seul coup d'œil rapide s'en remémorer la pensée.* »[334]

Paul Cibrie se pose alors précurseur d'une idée finalement vieille de quasiment un siècle et qui trouvera son aboutissement en 1940 lorsque le Maréchal Pétain votera la création d'un Ordre des Médecins sous le régime de Vichy. Le livre de Paul Cibrie semble adressé en 1935 aux syndicats et aux médecins non syndiqués comme justificatif d'une organisation dont la naissance semble évidente et proche. Il faut bien sûr garder en tête que les idées énoncées dans ce livre sont celles d'un seul homme, Paul Cibrie. Mais notre thèse a justement pour vocation de percer les idées de cet homme. Il nous a donc paru intéressant d'étudier un livre entièrement écrit de sa main qui donne une vision synthétique et cohérente de l'univers de Paul Cibrie.

4-3.1 Justification de la nécessité d'un Ordre des Médecins

Alors qu'il possède un passé et un présent de syndicaliste actif, qu'il est secrétaire général de la CSMF et qu'il est en partie responsable du vote de la loi sur les Assurances Sociales de 1930, son livre critique les lois sociales qu'il accuse d' « *émietter tous les jours davantage les coutumes anciennes de la Médecine* ».[335] En poursuivant son idéal d'indépendance et d'autonomie du médecin, il propose que l'Ordre des Médecins soit une alternative aux syndicats pour traiter les règles de déontologie médicale. « *L'Ordre sera pour le médecin une sauvegarde et un appui* ».[336] Ce ne sera pas seulement une institution de sanction mais aussi de « conseil, direction et réconfort ».[337] Au risque de sembler trop conservateur, il souhaite que les représentants de l'Ordre aient pour mission de « *maintenir les traditions anciennes qui ont fait de notre profession […] une place à part dans l'estime, le respect et quelquefois aussi l'envie et la jalousie des humains.* »[338] Enfin c'est une question d'honneur et de solidarité

[334] Paul Cibrie, *L'Ordre des médecins*, Paris, France: Laboratoires Midy, 1935, 113p, p. 37.
[335] Ibid. p. 15.
[336] Ibid.
[337] Ibid.
[338] Ibid.

pour Paul Cibrie : « *Dans les professions d'avocat ou de médecin, où l'acte commis par un de leurs membres intéresse au plus haut point l'honorabilité des autres, cette solidarité revêt un caractère particulièrement moral parce qu'elle concerne, en même temps que ses intérêts, l'honneur de la profession, la sécurité qu'elle inspire au public, les garanties qu'elle offre à la société toute entière.* »[339]

On constate qu'il souhaite replacer le médecin au cœur de la société et lui attribuer une place forte en lui donnant l'estime de la population qu'il craint avoir perdu. Malgré sa participation active aux lois sociales, il se méfie sans doute de la perte du prestige médical que ces lois peuvent engendrer en instaurant un tiers entre le patient et le médecin. Indéniablement, les lois sociales changent le lien existant entre médecin et patient. Le médecin passe d'acteur tout puissant de ce lien à un participant du contrat établi entre lui-même, le patient, les caisses, la Mutualité et l'Etat. Cette impression de baisse de statut social est mal perçue par Paul Cibrie. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il défendra sans cesse l'entente directe et l'absence de tiers (payant ou autre). Il essayera toujours de maintenir la souveraineté du médecin dans les décisions médicales. C'est donc tout naturellement qu'il s'engage en faveur d'un organisme de médecins chargé de contrôler les autres médecins. Ainsi ce contrôle ne sera pas laissé à des mains extérieures à la profession. Il ne refuse pas de donner cette responsabilité aux syndicats de médecins mais comme il l'écrit : l'adhésion aux syndicats *« n'est pas obligatoire* »[340] et donc légalement inefficace à appliquer des sanctions puisque non représentatif de l'ensemble des médecins.

4-3.2 Historique

Dès 1845, une proposition adoptée par le Congrès Médical prévoyait la mise en place de Collèges Médicaux d'arrondissements et d'un Conseil Médical élu à la majorité. Dans la loi, ce Conseil a pour mission « d'une part de soutenir les droits du Corps médical et de ses membres, d'autre part de maintenir la dignité professionnelle. »[341]Il peut prononcer des peines disciplinaires équivalentes à celles prononcées aujourd'hui et surtout, il est « chargé de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la

[339] Ibid. p. 14.
[340] Ibid. p. 16.
[341] Ibid. p. 19.

médecine et d'en presser la poursuite. »[342] Mais vient la Révolution de 1848 qui fait tomber la Monarchie de juillet. La Seconde République est déclarée et le projet est oublié.

Puis la loi sur les syndicats de 1884 et l'engouement qui suivit fit croire que les syndicats feraient office de Conseil Médical car à l'époque, selon Paul Cibrie, on pensait que chaque médecin adhèrerait à un syndicat. Il faut ensuite attendre la fin de la Première Guerre mondiale pour que de nouveaux rapports sur la nécessité d'un Ordre des Médecins soient écrits. Paul Cibrie cite particulièrement le Pr Henri Verger de Bordeaux et les docteurs Aversencq et Clavelier de Toulouse s'exprimèrent sur le sujet dès le début des années 20. Paul Cibrie évoque le docteur Clavelier comme un homme « *dont l'esprit sûr et droit a permis la mise au point d'un projet d'Ordre des Médecins, avec établissement d'un projet de règlement d'administration publique et du Code de déontologie.* »[343] Dans son livre, Paul Cibrie ne parle pas du projet de loi 1924 à l'initiative du docteur Lafontaine (alors président de l'USMF) jetant les bases d'une distinction entre le contrôle administratif (des assurés par les caisses) alors le seul reconnu et le contrôle technique (des médecins par les médecins). Il le rappelle en revanche dans *le Médecin de France* de mai 1931[344] où étrangement, en 18 pages d'un résumé intitulé « *Le contrôle médical dans les Assurances Sociales* », il n'évoque pas une seule fois la locution « Ordre des Médecins ».

De toute évidence, ce sont les questions tarifaires des assurances sociales et non le contrôle médical qui vont retenir le temps et l'attention des syndicalistes et du gouvernement de 1920 à 1930 jusqu'au vote de la loi de 1930.

Mais *« L'Ordre des Médecins n'est pas enterré : il est «* dans l'air *» ; on en parle beaucoup – beaucoup trop – dans les milieux extra médicaux dont l'incompétence se traduit parfois par des manifestations pénibles. Il est donc tout à fait temps qu'on en parle de nouveau dans le monde médical.* »[345] En attendant la création de l'Ordre des Médecins, la loi sur les assurances sociales de 1930 crée des Conseils de Famille au sein des syndicats afin « *d'assumer la tâche complexe de la moralisation professionnelle* ». [346] Ces Conseils de Famille donnent leurs premiers jugements dès 1931.[347]

---

[342] Ibid. p. 20.
[343] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 771.
[344] Ibid. pp. 371 à 388.
[345] Ibid. p. 769.
[346] Propos de Paul Cibrie, CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 166.
[347] Exemples de jugements : CSMF, *Le Médecin de France*, 1933, pp. 419 à 423.

4-3.3 Echec des différentes tentatives de création d'un Ordre des Médecins

D'après le livre de Paul Cibrie écrit en 1935, la naissance proche d'un Ordre des médecins est une évidence. Il faut donc rapidement jeter les bases légales de ce nouvel organisme afin de préparer au mieux sa venue.

Pour cela il commence par rappeler que l'Europe comporte trois pays où l'équivalent d'un Ordre des Médecins est en place : la Grande Bretagne avec le General Medical Council, l'Espagne avec le Colegio de Medicos et l'Italie avec l'Ordre des Sanitaires Italiens. Il insiste particulièrement sur l'Ordre italien car « *le Code de déontologie des Ordres de médecins Italiens se rapproche très sensiblement de celui qui fut établi par la CSMF.* »[348] Nous ne discuterons pas de tous les articles du code italien répertoriés par Paul Cibrie mais nous remarquons qu'il cite l'article premier intitulé « les devoirs sociaux en général » dont voici le contenu : « Le médecin qu'il soit en public ou dans sa vie privée, par sa conduite et son mode de vivre doit avoir soin de maintenir devant tous le prestige de son propre savoir, de faire respecter son honneur et sa dignité, l'honneur et la dignité du Corps médical ; il devra enfin être le gardien rigoureux de sa liberté et de son indépendance même en dehors de l'exercice de sa profession. »[349] On retrouve les principes auxquels Paul Cibrie est attaché : honorabilité, liberté et indépendance du médecin. Le maintien d'une position sociale élevée du médecin est important pour Paul Cibrie. Or, dans une profession où l'action d'un membre peut se répercuter sur l'ensemble des membres, il est primordial de combattre les médecins « marrons » (terme de l'époque pour désigner les médecins 'malhonnêtes'). Le médecin a donc le devoir envers la société de maintenir son honorabilité afin d'éviter toute dérive médicale. Ceci nous éclaire quand vingt ans plus tard, au sein de la WMA, il s'acharnera à vouloir inscrire un chapitre sur les devoirs des médecins envers la société dans le code d'éthique médicale internationale.

Paul Cibrie rencontre en 1929 monsieur Loucheur, ministre du travail afin de mettre en place les lois sur les Assurances Sociales. Lors de ces rencontres, le ministre propose au docteur un projet de loi sur l'Ordre des Médecins. Toujours à la recherche d'une autonomie du médecin, Paul Cibrie propose à M. Loucheur de mettre au point un projet au sein de la CSMF et de lui soumettre rapidement, ceci car « *un Ordre établi sans nous, l'eût été sans doute contre nous* ».[350]

---

[348] Paul Cibrie, *L'Ordre des médecins*, op.cit. p. 28.
[349] Ibid.
[350] Ibid. p. 38.

Avant d'aller plus loin, discutons ici d'une autre tactique émergeant des idées de Paul Cibrie et peut-être même des syndicalistes en général.

D'un côté, comme nous l'avions évoqué, Paul Cibrie ne croit pas les syndicats médicaux capables de gérer les affaires sociales : « *Les Syndicats médicaux peuvent-ils organiser la médecine sociale ? […] Les Syndicats médicaux ne possèdent ni les ressources, ni la puissance suffisante*. »[351] Il ne les estime pas non plus aptes à organiser le contrôle des médecins et de juger les questions médicales d'ordre moral. Il cite le professeur Victor Balthazard : « *Les Syndicats médicaux sont impuissants à réprimer et surtout à prévenir les abus qui compromettent la dignité de la profession médicale, en raison même de la loi qui a constitué ces Syndicats. L'Ordre des Médecins sera, au point de vue moral, l'amplification du Syndicat médical.* »[352]

De l'autre côté, il écrit qu'à la place d'un Ordre des Médecins, les syndicalistes auraient préféré voir s'instituer *« un Syndicat obligatoire et transformer simplement les conseils de famille en Chambres disciplinaires appelées à connaître des litiges ou des fautes professionnelles.* »[353] Il accuse ainsi l'Etat d'avoir créé des syndicats inaptes à juger des questions d'ordre moral et d'imposer aux médecins la création d'un Ordre alors qu'une extension du pouvoir des syndicats aurait été préférable.

Il affirme donc une chose (l'Ordre des Médecins ne peut être une extension des trop faibles syndicats) pour écrire ensuite son contraire (les syndicalistes souhaitent que l'Ordre des Médecins soient l'extension des Conseils de famille de création syndicale). Il donne ainsi l'impression de subir l'Ordre des Médecins que l'on veut lui imposer et en profite pour demander en contrepartie sa propre organisation du Conseil de l'Ordre. Il obtient d'ailleurs l'accord du ministre M. Loucheur pour faire sa proposition alors que celui-ci lui avait déjà soumis un projet.

Mais malgré son habileté politique, Paul Cibrie redoute que l'Etat préfère un Ordre dont le projet serait d'initiative gouvernementale afin de mieux en diriger le fonctionnement. La CSMF se décide alors à présenter rapidement un projet capable de rivaliser avec celui de M. Loucheur. Le 2 juin 1929, un texte en dix articles décrivant le projet d'un Ordre des Médecins est proposé à l'Assemblée Générale de la CSMF. Mais une telle hâte n'était finalement pas

---

[351] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1922, p. 1000.
[352] Allocution de Victor Balthazard à l'Académie de Médecine le 9 avril 1929, cité dans *L'Ordre des Médecins*, Paul Cibrie, op. cit. p. 46.
[353] Paul Cibrie, *L'Ordre des médecins*, op. cit. p. 39.

nécessaire. En effet, la suspension en 1929 de la discussion sur la loi des Assurances Sociales et le changement de ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale (M. Louis Loucheur sera remplacé par M. Pierre Laval) entraîne une mise en sommeil du projet d'Ordre des Médecins.

Mais le milieu syndical ne l'a pas enterré et Paul Cibrie met en garde contre une revendication de gérance de l'Ordre des Médecins par des professions de la magistrature qui profitent de cette mise en repos du projet. Ainsi, lorsque paraît en 1930, le livre : « *Pour un Conseil de l'Ordre des Médecins* » dont l'auteur, Me Bonnecase est professeur à la faculté de Droit de l'Université de Bordeaux, les Drs Cruchet et Aversencq ne manquent pas de faire une *« magistrale critique* » du livre[354] applaudie par Paul Cibrie. Il écrit en Octobre 1931 (Il cite ses propres écrits dans son livre p 44 mais n'évoque pas leur origine) :

« *Aussi, nous remercions vivement les sympathiques personnalités, les associations plus ou moins juridiques qui veulent bien s'occuper de l'Ordre des Médecins. Certes, dans les idées qu'elles remuent, certaines sont excellentes. Nous ne manquerons pas de les utiliser, si nous ne l'avons fait déjà.*

Mais lorsque l'Ordre des Avocats fut créé, je ne sache pas que les médecins s'en soient particulièrement mêlés.

Alors ?

Alors qu'on veuille bien remiser sur les plus hauts rayons de la grande bibliothèque les projets établis loin de nous, les projets où les membres « de droit » submergeraient les autres.

Le Jury professionnel doit être l'émanation de la profession, pas autre chose. Les maîtres y auront leur place comme ils l'ont dans nos Syndicats. C'est de nous qu'ils la tiendront ; leur autorité ne s'en trouvera pas diminuée, bien au contraire. »[355]

La CSMF propose alors un projet d'Ordre des Médecins qu'elle présente à l'Académie de Médecine en avril puis en juin1929 par l'intermédiaire du docteur Balthazard, président de la CSMF, membre de l'Académie de Médecine et doyen de la faculté de médecine de Paris.[356] Les débats qui suivirent l'accueil du projet se déroulèrent à huis clos. Selon Paul Cibrie, les membres de l'Académie « *sont parfaitement d'accord sur le principe de la création de l'Ordre* ». Mais cette affirmation est à considérer avec précaution tant la

[354] Ibid. p. 43.
[355] Ibid. p. 44.
[356] Ibid. p. 83.

partialité de Paul Cibrie est flagrante : d'une part l'idée d'un Ordre des Médecins lui tient énormément à cœur et d'autre part il est proche du « *très sympathique* »[357] docteur Balthazard et le porte en haute estime.

Le projet est ensuite discuté puis modifié à de nombreuses reprises, après prise en compte des opinions de la Société de Médecine Légale et de la Société de Législation Criminelle. Ces Sociétés sont sollicitées pour leurs connaissances du droit médical afin de présenter une proposition de loi passable devant la Chambre des Députés et le Sénat. Paul Cibrie ne tarit pas d'éloges sur ces Sociétés puisqu'il écrit, en évoquant leurs discussions :

« Ce rapport et les discussions qu'il provoqua ce jour-là, ont une grosse importance dans la genèse de l'Ordre puisque c'est sur le texte ainsi établi que furent basées les discussions de la Commission de l'Hygiène de la Chambre des Députés. C'est à ce texte que nous pûmes, à la Chambre, faire apporter des amendements forts importants, le rendant ainsi acceptable, alors qu'il ne l'eût pas été et pût provoquer dans les Syndicats médicaux une opposition absolue s'il avait été adopté dans sa forme première. »[358]

Nous n'avons pas eu accès à ces discussions. Un rapport de 50 articles est finalement présenté à la Chambre des Députés et au Sénat et la quasi-totalité du projet est accepté. Mais le sénat le renvoie devant la Chambre pour désaccord sur l'article 46 qui évoque la composition de la juridiction d'Appel. Certains sénateurs estiment que la juridiction d'appel de l'Ordre des Médecins doit être la même que celle des Avocats, c'est-à-dire tout simplement la Cour d'Appel. Pour les syndicats médicaux et évidemment pour Paul Cibrie, il est hors de question de laisser les magistrats décider du sort des médecins. Il écrira une lettre le 23 janvier 1932 à M. Le Cacheux, rapporteur du projet à la Chambre des Députés. Nous choisissons de vous la retranscrire dans son ensemble :

« *Sur le point spécial qui fait l'objet de ma lettre, je puis vous dire tout de suite que, si l'appel en matière de juridiction professionnelle était remis en fait à des magistrats, un tel projet trouverait devant lui l'hostilité extrêmement vive du Corps médical tout entier. Cette juridiction doit en effet, connaître des fautes professionnelles qui échappent à la répression civile ou à la répression pénale, matières en lesquelles les magistrats ont une incontestable autorité. Il n'en est pas de même en matière de fautes professionnelles ; là, nous estimons que la juridiction doit rester professionnelle.*

---

[357] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 771.
[358] Paul Cibrie, *L'Ordre des médecins*, op. cit. p. 52.

Que l'on ne nous oppose pas l'exemple de l'Ordre des avocats, dont l'organisme d'appel est composé de magistrats.

En effet, avocats et magistrats vivent en contact habituel, s'occupent de matières que les uns et les autres connaissent bien, ont même formation intellectuelle et appartiennent, pour tout dire, à un milieu identique. Ils sont aptes, par conséquent, à connaître de façon très complète les habitudes, l'état d'esprit et la formation même qui peuvent intervenir dans l'appréciation de fautes d'ordre exclusivement professionnel… »[359]

Le projet fera la navette à de nombreuses reprises entre les deux chambres (on rappelle le flou politique de l'époque qui rend presque impossible le vote d'une loi). En mars 1934, le texte envoyé par la Chambre au Sénat propose une juridiction d'appel constituée de deux magistrats de la Cour d'Appel dont l'un serait président, un professeur de droit et quatre médecins élus. Le projet en l'état convenait aux syndicats médicaux mais « *après quelques escarmouches* »[360] le Sénat renvoie le texte de loi en février 1935, à la Chambre des Députés avec une modification de l'article 46. La Cour d'appel est composée d'une part de trois conseillers, l'un deux étant président et ayant voix prépondérante en cas de partage des voix et d'autre part de trois médecins élus pour six ans. Paul Cibrie insiste sur la nécessité d'avoir comme juges d'appel une majorité de médecins et il est obligé de conclure car son livre est édité à ce moment là.

Nous pouvons néanmoins poursuivre notre analyse en nous penchant sur les archives de la CSMF. Paul Cibrie est enclin à céder sur la composition de cette juridiction d'appel car le processus de création d'un Ordre des Médecins est entamé depuis longtemps déjà et il redoute que le projet n'aboutisse jamais si les syndicats restent campés sur leurs positions.[361] Il souhaite cependant inclure dans le règlement administratif de l'Ordre des médecins, le code de déontologie préalablement adopté au sein de la CSMF.[362]

Cependant, au début de l'année 1936, le projet continue de faire la navette entre le Sénat et la Chambre des Députés et de nombreux amendements voient le jour. Certains excluent des catégories de médecins (de la Marine ou non-inscrits

---

[359] Ibid. p. 81. (Les points de suspension sont dans le texte d'origine.)
[360] Ibid. p. 108.
[361] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 244.
[362] Ibid. p. 318. (Pour retrouver le code de déontologie voir les Archives de la CSMF : *Le Médecin de France*, 1936, pp. 947 à 955.)

à la patente) ou rétablissent la cour d'appel à 5 médecins et 2 magistrats, d'autres proposent entre autres l'intervention du Préfet en appel ou la suppression de certains degrés dans l'échelle des peines et d'autres encore souhaitent même l'abolition immédiate des syndicats médicaux.[363]Vu l'imbroglio déclenché par ce projet de loi, celui-ci est enterré le 22 juillet 1936 à la Commission d'Hygiène de la Chambre malgré les efforts du docteur Lecacheux comme le soulignera Paul Cibrie.[364] En raison des différents amendements qui auraient pu accoucher d'un projet complètement différent du projet initial, Paul Cibrie estime préférable ce choix politique.

Il reparlera constamment du projet d'Ordre des Médecins à chaque Assemblée générale et réunion de Conseil de la CSMF pour insister sur sa nécessité et l'aberration de la tournure des évènements qui ont abouti à l'échec du projet. En juillet 1938, il écrit non sans amertume dans *Le Médecin de France*, un mot sur la création officielle de l'Ordre des Médecins… belges ! Celui-ci étant largement inspiré du projet français.[365] En mars 1940, en pleine « drôle de guerre », il évoque de nouveau un « Ordre des Médecins, bien construit ou à défaut une juridiction syndicale obligatoire »[366] comme organisme futur indispensable au maintien d'une médecine libre de toute emprise étatique.

Le 7 octobre 1940, le régime de Vichy promulgue la loi qui mettra temporairement fin à la CSMF et donc à tout le travail de Paul Cibrie. Mais paradoxalement, cette loi répondra enfin à sa demande vieille de vingt ans, en créant l'Ordre des Médecins. Le plus surprenant est que la création de l'Ordre est décidée rapidement sans que les historiens ne sachent pourquoi.[367] Nous reviendrons sur l'Ordre des Médecins au chapitre suivant traitant de la période allant de 1940 à 1946.

---

[363] CSMF, *Le Médecin de France,* 1936, p. 282.
[364] Ibid. p. 801.
[365] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 750.
[366] CSMF, *Le Médecin de France,* 1940, p. 233.
[367] Donna Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins,* 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social » 2009/4 n° 229 | pages 61 à 77, ISSN 0027-2671, p. 62.

5 De 1940 à 1946 : Paul Cibrie omniprésent au lendemain de la Seconde Guerre mondiale

Paul Cibrie est démobilisé lors de la capitulation française le 1er juillet 1940.[368] La CSMF est dissoute par l'Etat Français avec la loi du 7 octobre 1940. La parution du Médecin de France est bien évidemment suspendue elle aussi pour ne reprendre qu'en juillet 1945.

Dans un premier temps, nous essayerons de comprendre la place de Paul Cibrie dans une France occupée où le monde médical doit se positionner entre l'Ordre des Médecins nouvellement créé, la Résistance Médicale et l'absence officielle des syndicats. Puis nous reprendrons les archives de la CSMF de 1945 et 1946 pour découvrir le rôle de Paul Cibrie dans la reconstruction syndicale après la guerre et l'avènement de la Sécurité Sociale en 1945.

5-1 L'Ordre des Médecins est finalement crée

5-1.1 L'Ordre des Médecins, de 1940 à 1942 : controverses

5-1.1.1 Rejet de l'Ordre par Paul Cibrie

La loi du 07 octobre 1940 entraînant la dissolution de la CSMF est la même que celle créant l'Ordre des Médecins. Le Ministre de la Santé à l'origine de la loi, Serge Huard, voulait-il remplacer les syndicats par l'Ordre ? La raison de l'empressement à créer l'Ordre est encore discutée par les historiens. L'article de loi du Journal Officiel établissant l'Ordre des médecins ne stipule aucune raison à cette création hâtive.[369] Le premier président de l'Ordre, René Leriche, atteste dans ses mémoires que les allemands firent pression sur le gouvernement de Vichy.[370] L'historienne Donna Evleth donne une autre version : « *La raison originelle était d'exercer un contrôle nécessaire de la profession contre le charlatanisme* »[371] Comme nous l'avons vu, l'idée d'un Ordre des Médecins est présente au sein du corps médical depuis la moitié du 19ème siècle. Dans sa lutte acharnée contre le charlatanisme au nom de l'honneur du corps médical, Paul Cibrie est un fervent partisan de la naissance d'un Ordre des Médecins.

[368] CSMF, *Le Médecin de France*, 1940, p. 379.
[369] Donna Evleth, *The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past,* dans *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics.* Volcker ROelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard, V&R Academic, 1st edition (December 1, 2014). 279p, p. 183.
[370] Ibid. p. 184.
[371] Ibid.

Malheureusement, le Parlement n'arrive pas à trouver un accord sur le texte de loi et l'Ordre ne verra pas le jour avant la guerre. Cet échec force les syndicats à créer des Conseils de Famille chargés de juger les affaires morales professionnelles. La suppression des syndicats et donc des Conseils de Famille laisse un vide juridictionnel qui venait d'être comblé et laisse croire que l'Ordre est créé pour compenser cette absence. L'Etat de Vichy impose ainsi son Ordre. Il semblerait que les médecins non syndiqués aient bien accueilli la nouvelle mais que les syndiqués auraient préféré une cohabitation des deux organismes.[372]

Paul Cibrie n'est pas enthousiaste. L'Ordre qu'il défend est un Ordre géré et contrôlé par une majorité de médecins. Or, celui crée par Serge Huard est dirigé par un Conseil Supérieur restreint de douze membres, nommés par Huard lui-même.[373] Cela ne peut convenir à Paul Cibrie qui a toujours défendu l'autonomie de l'Ordre des Médecins par rapport à l'Etat. Il va donc fermement le rejeter. Le 29 octobre 1940, il envoie une lettre aux présidents des syndicats départementaux où il écrit à propos de l'Ordre nouvellement créé : « *un « Ordre » qu'aucun de vous ne reconnaîtra car il est loin de nos conceptions, un « Ordre » qui prétend tout remplacer est créé. Il est, non pas corporatiste, mais étatiste – nettement* ».[374] Cependant, d'après Donna Evleth[375], les premières actions de l'Ordre des Médecins reprennent exactement la suite des travaux commencés par les syndicats : élaboration d'un code de déontologie (peu évoqué dans les archives de la CSMF mais présent) et d'une nomenclature des actes de santé, règlementation des titres de spécialité en médecine et création d'une Caisse de retraite des médecins. Les similitudes avec les idées de la CSMF sont évidentes et la plupart des projets ayant déjà été amorcés et défendus par Paul Cibrie lorsqu'il était secrétaire de la CSMF, les actions de l'Ordre contiennent la signature de Paul Cibrie. S'il s'oppose à cet Ordre, ce n'est donc pas pour ses idées mais pour sa conception et sa gérance trop gouvernementales.

5-1.1.2 Xénophobie médicale autour de l'Ordre.

[372] Donna Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950, La Découverte | « Le Mouvement Social »* 2009/4 n° 229 | pages 61 à 77, ISSN 0027-2671, p. 62.
[373] Ibid.
[374] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 4.
[375] Dona Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950, La Découverte*, op. cit. p. 62.

Nous avons déjà discuté de la montée de la xénophobie au sein du corps médical de 1930 à 1940. Il nous parait intéressant de se pencher sur l'antisémitisme reproché au Conseil de l'Ordre créé par Vichy en 1940.

Avant même la création de l'Ordre, des lois xénophobes et antisémites concernant le monde médical sont votées en France : le 16 août 1940, une loi interdit la pratique de la médecine pour quiconque né de père étranger et le 3 octobre 1940, la loi définissant le « Statut Juif » instaure entre autres des quotas pour les juifs en médecine.[376]

Comme nous l'avons vu, avant la Seconde Guerre mondiale, ce racisme trouve sa source d'une part dans le problème de la pléthore des médecins français qui menace les revenus de la profession et d'autre part en la présence des médecins étrangers remplaçants qui se sont « accaparés » la patientèle des médecins français partis au front pendant la Grande Guerre. Avec la Seconde Guerre mondiale, le corps médical exprime ses peurs que les faits se réitèrent et que certains médecins ne retrouvent pas leurs patients au retour du front. La xénophobie ne va alors pas ralentir chez les médecins même si elle reste une forme d'antisémitisme plutôt « protectionniste et xénophobique »[377] et non virulent comme celui de l'Action Française ou des nazis. Les médecins acceptent les lois limitant l'arrivée de nouveaux médecins étrangers mais ne souhaitent pas le départ des médecins juifs installés. Ainsi, « même l'homme officiellement le plus antisémite du Conseil Supérieur, Paul Giraud prit cette position : '*Je suis très opposé aux Juifs et je crois qu'ils ont fait beaucoup de mal à mon pays, mais ils ont finalement acquis des droits et nous ne pouvons pas juste les jeter dehors dans la rue*' ».[378] Le féroce antisémite Xavier Vallat, chef du Commissariat aux Questions juives créé en mars 1941 par le gouvernement de Vichy, crée une loi instaurant un quota de 2% de Juifs dans le droit, la médecine, la pharmacie, la dentisterie et l'architecture.[379] Le Conseil demande son application uniquement aux étudiants mais la loi devient active le

[376] Donna Evleth, *Silence, Scapegoats , Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics. The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past.* Op. cit. p. 183.
[377] Ibid.
[378] Ibid. p. 186 (Extrait des archives de l'Ordre des Médecins, procès-verbal de la 7ème session du Conseil Supérieur, 21-25 mai 1941, 145.)
[379] Donna Evleth, *Silence, Scapegoats , Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics. The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past*. Op. cit. p. 186.

11 août 1941[380] et finalement « l'Ordre des Médecins protestera peu face aux mesures antisémites du gouvernement de Vichy ».[381]

D'après la loi, l'Ordre doit donc désigner quel médecin juif peut continuer à exercer et qui doit s'arrêter. Le choix se fera sur la notoriété du médecin et la possession de titres militaires de service (carte du combattant, Croix de Guerre, Légion d'Honneur, Médaille Militaire,…). Le nombre évidemment conséquent de médecins juifs faisant appel de la décision du Conseil de l'Ordre sème le trouble et quelques membres affirment alors leur désaccord.[382]Quelques demandes émanent de membres du Conseil pour permettre à certains juifs de continuer à pratiquer mais peu de ces demandes aboutissent. La « purge » des médecins juifs a donc bien lieu, exécutée par les médecins des Conseils de l'Ordre, suivie sans grande protestation par l'ensemble du reste des médecins et orchestrée par Xavier Vallat.

5-1.2 L'Ordre des Médecins de 1942 à 1944

L'année 1942 marquera un tournant pour Pierre Laval. Ecarté par Pétain en 1940 car jugé trop entreprenant et indépendant, il reste en France sous protection allemande jusqu'en 1942 où Pétain, fortement incité par les alemands, le rappelle au gouvernement. Comme nous l'apprend Donna Evleth, certaines « initiatives [de l'Ordre créé par Huard] sont très critiquées ».[383] En 1942, avec le retour de Pierre Laval au pouvoir, Huard est remplacé comme ministre de la Santé par Raymond Grasset, ancien syndicaliste, qui réorganise l'Ordre par la loi du 10 septembre 1942.[384] Les membres du Conseil seront désormais élus par les médecins et non plus par le Ministre de la Santé. On se retrouve donc, grâce à Pierre Laval, avec un Ordre des Médecins géré par les Médecins et reprenant les activités des anciens syndicats. Le souhait de Paul Cibrie est donc exaucé. Ses liens avec Pierre Laval ont peut-être permis à Paul Cibrie d'accéder enfin à l'Ordre qu'il souhaitait, mais ceci n'est qu'une hypothèse et gare aux conjectures impétueuses ! Encore une fois, même après divulgation des rapports étroits entre les deux hommes, rien ne nous permet

---

[380] Ibid. p. 187.
[381] Ibid. p. 186.
[382] Ibid. p. 187.
[383] Donna Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social ».* Op. cit. p. 62.
[384] Ibid.

d'affirmer quelles étaient les idées communes entre Pierre Laval et Paul Cibrie, d'autant plus que l'on ignore de quand date leur amitié.

Ce jeune Ordre des Médecins ne tiendra pas longtemps car il devient obsolète après l'occupation de la zone dite « non occupée » en novembre 1942 par les armées allemandes.[385] Le mythe d'un état français n'est plus et laisse place à un quasi protectorat allemand.

Mais depuis son fameux appel du 18 juin 1940, le général De Gaulle organise la Résistance et réunit les forces de la France Libre. Le 3 juin 1943 est créé à Alger le Gouvernement provisoire de la République française présidé par le général de Gaulle. Par un décret du 18 octobre, le gouvernement abroge les lois des 7 octobre 1940 et 10 septembre 1942 concernant l'Ordre mais ne le dissout pas. L'Ordre perdurera jusqu'à sa dissolution officielle par le décret du 18 octobre 1943 complété par celui du 25 janvier 1944.

5-1.3 De 1944 à 1945 : batailles d'influence autour de la création d'un nouvel Ordre des médecins

5-1.3.1 L'évidente nécessité de l'Ordre des médecins

Par une ordonnance du 11 décembre 1944, l'Etat crée des comités départementaux transitoires jusqu'à la reprise des activités des syndicats médicaux et la création d'un nouvel Ordre des Médecins. Ces comités ont à charge de s'occuper des affaires médicales normalement gérées par les syndicats et l'Ordre. Les syndicats ne sont pas encore recréés, c'est donc d'après les propositions du Comité national de Résistance que le Ministre nomme les médecins qui composent les comités transitoires.[386] Le rétablissement des syndicats est voté par décret le 31 janvier 1945[387] mais les comités ne disparaissent pas car le nouvel Ordre n'est pas créé. Après la libération, le gouvernement et les syndicats ont donc absolument besoin de discuter de l'avenir de l'Ordre. Il faut statuer sur son existence même et sa cohabitation

---

[385] « La République dans la tourmente (1939-1945) - Histoire - Histoire de l'Assemblée nationale - Assemblée nationale », consulté le 14 juillet 2016, http://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/histoire-de-l-assemblee-nationale/la-republique-dans-la-tourmente-1939-1945#node_2134.

[386] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 14.

[387] Donna Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social ».* Op. cit. p. 69.

avec les syndicats comme l'a toujours souhaité la CSMF et particulièrement Paul Cibrie.

L'Ordre des Médecins fut créé dans la situation honteuse de collaboration. Or, malgré les origines de cette création, l'Ordre ne semble pas dénué d'intérêt et acquiert même un certain respect par quelques-unes de ses actions. En effet, s'il devait au départ permettre de servir les intérêts nazis, certains de ses médecins se sont rapidement rebellés pendant la guerre au sein même de l'Ordre. Donna Evleth cite les paroles d'un membre du Comité Médical de Résistance (CMR), J. Garrigue, publiées en décembre 1944 dans un article du *Médecin français*, journal du CMR[388] que nous retranscrivons ad litteram : « *Très rapidement beaucoup de médecins, parmi ces membres, n'acceptèrent pas le rôle pour lequel ils avaient été choisis, et ainsi s'organisa la résistance au sein même d'un organisme qui avait été conçu pour être entièrement soumis à son créateur. Je ne cite que [...] le refus de dénoncer aux Allemands les blessés du maquis* ».

Cette rébellion au sein de l'Ordre permettra à la libération de le considérer comme une force médicale puissante et nécessaire aux médecins et à la population. L'utilité d'un Ordre des Médecins semble donc maintenant admise par l'ensemble des médecins, syndiqués ou non. De plus, en juin 1945, les comités transitoires sont toujours en place et il est évident que sans création d'un nouvel Ordre des médecins, ces comités départementaux transitoires se maintiendront. Or, comme nous l'avons vu, ces comités sont composés de médecins non élus mais nommés par le Ministre après avis du CMR. La CSMF préfère donc l'élection d'un nouvel Ordre.

En attendant ce vote, par crainte de voir les comités entamer quelques actions médicales considérées du ressort des syndicats (retraite, assurance maladie…), Paul Cibrie écrit le 21 juin 1945, une lettre au Ministre de la santé pour lui demander de « donner les ordres nécessaires à la solution de ce problème intérieur ».[389]

---

[388] J. Garrigue, « Ordre d'hier et de demain », *Le Médecin Français*, n° 31, 25 décembre 1944, p. 3.
[389] CSMF, Le Médecin de France, 1945-1946, p. 9.

5-1.3.2 Paul Cibrie et la Résistance

A côté de l'Ordre et des syndicats, un troisième acteur déjà évoqué appartient désormais à la scène médicale : le Comité Médical de la Résistance (CMR).

La résistance médicale prend forme progressivement pendant la guerre et a pour rôle d'assurer les services de la Défense Passive, le fonctionnement de la Croix-Rouge et l'envoi d'équipes chirurgicales mobiles. Elle s'occupe aussi des « problèmes d'hygiène publique, de dépister des dépôts de médicaments existants et de former des stocks clandestins ».[390] Malgré des obédiences politiques très divergentes, les différents mouvements de Résistance se regroupent au sein du CMR en octobre 1943. En l'absence des syndicats et de l'Ordre, c'est donc comme nous l'avons dit sur proposition du CMR que le gouvernement va constituer les comités médicaux départementaux provisoires en décembre 1944. Par rapport aux conseils des syndicats médicaux, les médecins résistants sont en moyenne plus jeunes, comportent des médecins juifs et peu de membres de l'élite médicale parisienne. Mais afin d'apporter une crédibilité au CMR, cette élite se retrouve quand même au sein du conseil d'administration.[391] Nous remarquons que dans son article, Donna Evleth cite plusieurs membres renommés du CMR sans citer Paul Cibrie.

Quoi qu'il en soit, la réapparition des syndicats va remettre en question l'utilité du CMR une fois la guerre terminée. Dans un premier temps, il est tout à fait envisageable de maintenir les deux organismes qui semblent être complémentaires. Le CMR accepte le retour des syndicats : « dans son Assemblée générale des 14 et 15 janvier 1945, le CMR déclare qu'il n'avait jamais eu l'intention de se substituer aux syndicats médicaux et insiste pour que le ministre de la Santé publique et les préfets hâtent leur reconstitution »[392] Paul Cibrie se réjouit alors de cette prise de position en février 1945: « *Je crois, et je le dis nettement, que les dirigeants des mouvements de résistance souhaitent la fin du régime transitoire et le retour aux syndicats : que "résistants" et "syndicalistes", dont beaucoup, d'ailleurs, peuvent exciper la double qualité, désirent l'union entière du Corps médical.* »[393] Le CMR sait qu'il rassemble des

---

[390] Donna Evleth, La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social ». Op. cit. p. 65.
[391] Ibid. p. 67.
[392] Ibid. p. 69, qui évoque un article du médecin français n° 33 du 25 janvier 1945, p. 5.
[393] Ibid. p. 69, qui évoque un article de Paul Cibrie, « Syndicats, Ordre et Résistance » paru dans Le Médecin français, n° 34, 10 février 1945, p. 15.

membres aux idées très divergentes et que son jeune âge et sa création clandestine le privent d'une organisation structurée et fiable. Afin d'apporter de la substance à l'organisation, le CMR s'allie avec les autres mouvements de la Résistance médicale encore restés à l'écart et crée l'Union des Médecins Français (UMF).[394] Selon Donna Evleth : « Paul Cibrie réagit positivement à ce développement au sein de la Résistance ».[395]

Mais l'organisation de la Résistance ne perdurera pas. Ceci et selon nous, pour deux raisons majeures.

La première est un manque de structure malgré la création de l'UMF. En effet, bien loin de représenter des idées collégiales réfléchies et mûries en réunion, les décisions d'après-guerre proposées par la Résistance seront plutôt une « collection disparate de réformes individuelles ».[396] Auprès des gouvernements, ce manque de discipline et d'organisation ne pourront rivaliser avec la rassurante expérience et l'ordre traditionnel de la CSMF.

La deuxième raison est moins évidente. Regardons quelques réformes proposées par certains membres de la Résistance et citées par Donna Evleth[397]: lutte contre l'alcoolisme, réforme des études médicales, développement de la médecine de groupe, création d'une « Assurance-Nationale-Santé » qui fusionnerait les assurances existantes, publiques et privées pour créer des Centres de diagnostic, … Les trois premières réformes sont clairement des idées évoquées depuis les années 30 par Paul Cibrie au sein de la CSMF et à l'inverse la quatrième va à l'encontre des principes de la Charte Médicale qui reste le cheval de bataille de la CSMF après la guerre. N'étant plus les seuls à pouvoir négocier les questions médicales avec le gouvernement, les syndicats s'inquiètent de perdre le monopole des réformes médicales pour lesquelles ils se battaient avant la guerre et notamment celles affectant les principes fondamentaux portés par la Charte Médicale qui leur tient tant à cœur. Cette inquiétude est justifiée par l'ordonnance Parodi du 3 mars 1945 votée par les comités transitoires qui détruit l'entente directe de la Charte Médicale en imposant aux médecins des honoraires fixes décidés par le gouvernement. Nommés en décembre 1944 (sur proposition du CMR on le rappelle), les comités transitoires ont donc mis seulement trois mois pour faire voler en éclat les principes défendus depuis toujours par les syndicats médicaux. Ces comités

[394] Ibid. p70, La liste complète de ceux qui sont élus à ce moment se trouve dans le Médecin Français, 1er janvier 1939, pp. 5-8.
[395] Ibid. p. 70, qui évoque l'article de Paul Cibrie « Syndicats, Ordre et Résistance.
[396] Ibid. p. 73.
[397] Ibid. p. 72.

et donc la Résistance (l'UMF), paraissent donc comme de simples faire-valoir en exécutant des décisions déjà prises par le gouvernement.

Le compte-rendu de la réunion du Conseil de la CSMF du 6 mai 1945 nous apprend que Paul Cibrie a accepté de faire partie à titre privé, du comité directeur de l'UMF.[398] Il est même nommé vice-président de l'association. Il demande l'approbation du Conseil afin de pouvoir y rester et l'obtient. Fort du soutien de la CSMF, il fait une déclaration le 27 mai 1945 au sein de l'UMF. Il y définit le rôle des syndicats médicaux : « *tout ce qui touche à l'exercice de la profession, depuis l'enseignement jusqu'aux questions hospitalières, la lutte contre les fléaux sociaux, etc., mais surtout l'adaptation des lois sociales à la pratique et aux nécessités de l'exercice* ».[399] Puis il définit le rôle du futur Ordre des Médecins : « *purement mais hautement celui de « mainteneur » de la moralité professionnelle* ».[400] Enfin il exprime les missions de l'UMF : « *étudier sur le plan social les grandes questions touchant à l'hygiène générale et à la santé publique, provoquer sur le plan politique la prise de mesures générales en matière de lutte contre les fléaux sociaux, agir en quelque sorte comme une assemblée de techniciens de la santé dont les sentiments de haut patriotisme, et le dynamisme, hérités de l'action de ses membres pendant l'occupation, sera capable par ses contacts avec les milieux les plus divers, de faire adopter les lois et les règlements nécessaires.* »[401] Pour reprendre son terme, il prône donc « *la symbiose* » entre les différentes organisations. Il dit même que « *le travail, accompli sur des plans différents, même lorsque les sujets à traiter seront de même ordre, pourra s'en trouver facilité et le rendement final amélioré.* »[402] De façon assez rare pour être notifiée, Paul Cibrie est donc prêt à céder certaines responsabilités habituellement syndicales à une autre organisation (dont il est quand même le vice-président).

Mais Paul Cibrie donne à l'UMF un rôle quasi politique alors que selon Donna Evleth ce sont les syndicats qui « n'ont pas le moindre scrupule à s'engager dans la politique ».[403] Ce qui est certain c'est que sur les trois forces médicales engagées (Syndicats, UMF et futur Ordre) l'opinion de Paul Cibrie est largement écoutée, voire suivie. Pour faire rapidement le point, il appartient

---

[398] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 23.
[399] Ibid. p. 39.
[400] Ibid.
[401] Ibid. p. 40.
[402] Ibid.
[403] Donna Evleth, La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social ». Op. cit. p. 73.

au comité directeur de l'UMF, il occupe la fonction de secrétaire général de la CSMF et il est l'interlocuteur privilégié dans les discussions avec le gouvernement au sujet de l'Ordre des Médecins. Cette ubiquité commence à nous sembler malsaine. On peut voir dans cette omniprésence une fourbe manipulation du pouvoir pour exploiter les faiblesses générales d'après-guerre à dessein personnel ou au contraire une tactique pacifique très intelligente de monopolisation de l'énergie médicale à réel dessein confraternel. Paul Cibrie, génie machiavélique ou philanthrope médical : le personnage est complexe.

5-1.3.3 L'Ordre des Médecins d'après l'ordonnance du 24 septembre 1945

Le Conseil de la CSMF réuni le 6 mai 1945 déclare que le maintien des Comités « ne saurait se comprendre autrement que pour remplir les fonctions juridictionnelles qui seront dévolues à l'Ordre futur et en attendant sa création ». Mais le projet d'ordonnance d'un Ordre des Médecins que la CSMF a reçu du gouvernement ne leur convient pas pour plusieurs raisons[404] :

- L'Ordre Départemental leur semble inutile, la juridiction du premier degré se faisant au plan régional.
- Un magistrat est prévu comme président au conseil régional.
- L'Ordre National est composé de 25 membres alors que la section de discipline nationale ne prévoit que 6 médecins,…

Paul Cibrie exprime la peur bien présente de voir l'Ordre outrepasser sa fonction disciplinaire et s'emparer des fonctions syndicales. Le Conseil de la CSMF refuse ainsi le projet.

L'ordonnance sera finalement quelque peu modifiée. Datée du 24 septembre 1945, elle paraît le 28 septembre au Journal Officiel. Elle institue un nouvel Ordre des Médecins qui doit succéder aux Conseils au plus tard à la fin de l'année 1945.[405]

Mais les modifications sont faibles et Paul Cibrie reste très insatisfait car la menace d'un Ordre qui, à l'avenir, remplace les syndicats est toujours présente. De plus, l'ordonnance permet aux étudiants étrangers d'accéder au diplôme d'Etat qui leur permet d'exercer en France : la peur de la pléthore médicale et la xénophobie du corps médical français s'expriment de nouveau. Enfin, Paul Cibrie affirme que l'Ordre, tel que l'ordonnance du 24 septembre l'a

[404] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 29.
[405] Ibid. p. 87.

créé ne peut servir la profession car l'Etat y tient une part trop importante. Il comprend en effet, des délégués du ministère de l'Education, de la Santé et du Travail, des magistrats et des représentants des Caisses. Il écrit :

« Qu'un magistrat assiste ou même préside la section de juridiction, nous l'admettons certes. C'est une garantie pour « l'appelé ».

Mais les autres ? La tutelle de l'état se fait trop sentir.

Un tel organisme, si bien surveillé, ne saurait convenir et nous rappelle bien trop, un passé récent. C'est une adjonction d'eau de Vichy au vin de la liberté. Nous n'aimons pas ça. »[406]

Mais l'ordonnance sera appliquée et en décembre 1945, ont lieu les premières élections des conseils départementaux de l'Ordre. Néanmoins, l'abstentionnisme est de rigueur : seuls 2 890 des 7 188 médecins inscrits votent.[407] On épluche les résultats mais Paul Cibrie, « avec ses qualités connues de débatteur, fait adopter à l'unanimité une motion demandant la démission du conseil élu dans des conditions aussi anormales. »[408] Il apparaît encore une fois plutôt singulier qu'un homme seul soit assez puissant pour faire adopter à l'unanimité l'annulation d'une élection. Encore plus troublant : cet épisode d'élections avortées n'est pas du tout retranscrit dans *Le Médecin de France*, journal de la CSMF dont Paul Cibrie est le rédacteur en chef.

De nouvelles élections ont lieu le 3 mars 1946 avec une liste de 116 candidats. De nombreux candidats sont syndicalistes alors que la Résistance est représentée par seulement quinze candidats dont six choisissent de ne pas l'indiquer.[409] Cette fois-ci « 4 200 des 7 200 médecins inscrits votent (soit 58%) ».[410] Il est perturbant de réaliser que « la participation à la Résistance ne fait plus recette », comme le dit Donna Evleth, « puisque seuls deux membres du conseil nouvellement élu avaient trouvé bon d'en faire mention dans leur présentation ».[411] Les conseils départementaux élisent ensuite les 26 membres du Conseil national de l'Ordre et « 17 des 26 membres ont des attaches syndicales. […] La Résistance n'est représentée que par 6 membres. […] 5 de ces 6

---

[406] Ibid. p. 140.
[407] Donna Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social »*. Op. cit. p. 73.
[408] Ibid.
[409] Ibid. p. 74.
[410] *Concours Médical*, 20 mars 1946, p. 25.
[411] Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social »*. Op. cit. p. 75.

membres sont des syndicalistes ».[412] C'est une victoire écrasante des syndicats (donc de la CSMF) sur la Résistance (donc de l'UMF).

La faible représentation de la Résistance peut être expliquée de plusieurs manières. Premièrement, le nombre des médecins résistants n'est pas aussi important que celui des médecins syndiqués. Deuxièmement, les médecins résistants ont moins survécu à la guerre que leurs compatriotes : d'une part, leurs actions de résistance ont entraîné des arrestations, des déportations et des condamnations à mort et d'autre part ils étaient plus mobilisés que les médecins syndiqués car plus jeunes. Troisièmement, un grand nombre des membres du nouvel Ordre appartenaient aux Conseils élus sous l'Etat de Vichy en 1942 et 1943.[413] (A noter qu'aucun ne faisait partie des douze membres du Conseil Supérieur de l'Ordre choisi par Serge Huard en 1941.[414]) Ainsi, la présence des anciens médecins résistants aux Conseils de l'Ordre n'est peut-être pas souhaitée du côté des syndicats comme du côté de la Résistance.

L'UMF ne s'avoue pas vaincue mais malgré les diverses conférences qu'elle organise et l'enthousiasme de son secrétaire général Paul Funck-Brentano, son déclin est inexorable. Le journal *Le Médecin français*, créé par la Résistance, n'évoque plus une seule fois l'UMF après 1947. Le journal lui-même disparaît en janvier 1952.[415]

La CSMF reste donc la force principale en jeu pour continuer à défendre les intérêts du corps médical. A côté de la CSMF, se dresse maintenant un nouvel Ordre des Médecins composé pour une grande partie de syndicalistes et d'anciens membres des conseils sous Vichy. Son président, le Dr Louis Portes, déjà président de l'Ordre en 1943-1944,[416] entretient des relations très courtoises, presque amicales avec Paul Cibrie et le Dr Eugène Marquis (respectivement secrétaire et président de la CSMF, le Dr Marquis est le futur premier président de la WMA). Ils signeront même rapidement un protocole

---

[412] Ibid.
[413] Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950, La Découverte | « Le Mouvement Social »*. Op. cit. p. 75.
[414] Evleth, *Silence, Scapegoats , Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics. The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past*. Op. cit. p 190.
[415] Evleth, *La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950, La Découverte | « Le Mouvement Social »*. Op. cit. p. 76.
[416] Evleth, *Silence, Scapegoats , Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics. The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past.* Op. cit. p. 191.

d'accord et de bonne entente entre eux.[417] Les premières actions de l'Ordre seront :

- « un projet de Loi portant sur la création d'une Caisse Autonome professionnelle de Retraite et d'Entraide médicales. »[418] Ce projet, lancé sous l'impulsion de Paul Cibrie[419] et écrit en accord avec la CSMF,[420] poursuit l'action de l'Office des Retraites créé par Paul Cibrie avant la guerre.
- la rédaction d'un Code de Déontologie. Les membres du Conseil vont reprendre « dans l'ensemble, les règles établies par le syndicalisme médical français ».[421] Le Code paraîtra au Journal Officiel du 27 juin 1947.[422]

Après la disparition de l'UMF et la création d'un Ordre orienté vers les idées syndicalistes, un autre évènement renforce la CSMF : la Sécurité Sociale créée en 1945 invente le statut de complémentaire à la Mutualité. Celle-ci ne rentrera donc plus en confrontation directe avec les syndicats médicaux.

La CSMF est donc toute puissante et son exécutant principal, Paul Cibrie, peut alors poursuivre dans un cadre très favorable, ses actions d'avant-guerre.

5-2 Paul Cibrie et la reprise de l'activité syndicale au sein de la CSMF

5-2.1 Réapparition officielle de la CSMF

Les membres de la CSMF sont réduits au silence de la dissolution du syndicat en octobre 1940 à sa réhabilitation le 31 janvier 1945, date à laquelle paraît le décret d'application d'une ordonnance du 15 décembre 1944 qui rétablit les syndicats médicaux.[423] Mais il faudra attendre la réunion de la Commission Nationale de Reconstitution des Syndicats Médicaux du 25 mars 1945 pour que la CSMF soit officiellement reconstituée et qu'elle puisse

---

[417] CSMF, *Le Médecin de France, 1945-1946*, pp. 523 à 525.
[418] Ibid. p. 553.
[419] Ibid. p. 523.
[420] Ibid. p. 641.
[421] Ibid. p. 587.
[422] *Evleth, La bataille pour l'Ordre des Médecins, 1944-1950,La Découverte | « Le Mouvement Social »*. Op. cit. p. 75.
[423] Ibid. p. 69.

reprendre ses activités.[424] Le Conseil d'administration de la CSMF se réunit pour la première fois depuis sa dissolution, le 6 mai 1945. La constitution du bureau et des membres de son conseil reste celle d'avant-guerre. Paul Cibrie revient donc à son poste de secrétaire général, accompagné par le docteur Hilaire en suppléant qui quittera aussitôt son poste après avoir reçu la « reconnaissante affection »[425] de Paul Cibrie. *Le Médecin de France* imprime à nouveau ses pages à partir de juillet 1945. Paul Cibrie retrouve sa prose dans le journal et reprend ses articles dans l'éditorial bimensuel intitulé « *les Propos de la Quinzaine* ». Son premier article, co-écrit le 21 juillet 1945, avec le président (Dr Choyau) invite tous les médecins à se syndicaliser. Les deux auteurs insistent pour mettre « *de côté les querelles individuelles, les jalousies mesquines et l'individualisme excessif* »[426] à une période où le besoin de se venger et de régler ses comptes atteint son paroxysme. Ils appellent à rester unis : « *Désunis, ou incomplètement groupés, nous irons à la désagrégation plus ou moins rapide mais sûre* ».[427] Ceci est peut-être une manœuvre pour affaiblir l'UMF en ralliant au sein des syndicats, les médecins entrés en résistance pendant la guerre et qui ne correspondent pas forcément aux médecins membres de la CSMF.

5-2.2 Création de la Sécurité Sociale par l'Ordonnance du 04 octobre 1945

Une ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit une large refonte du système des multiples caisses primaires existantes en un réseau coordonné de caisses uniques départementales afin de simplifier le système d'Assurances sociales qui sera dorénavant appelé officieusement « Sécurité Sociale ». La date de fonctionnement est fixée au 1er juillet 1946 mais Paul Cibrie est très dubitatif : « Sera-t-on prêt ? Ce n'est pas très sûr… disons que c'est improbable ».[428]

Le 20 avril 1946, le Conseil des ministres dépose devant l'Assemblée nationale Constituante un projet de loi étendant les assurances sociales à toute la population. Préoccupé, Paul Cibrie demande « des précisions par téléphone à la personnalité la plus qualifiée ».[429] On lui répond que l'application de la loi

[424] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 7.
[425] Ibid. p. 21.
[426] Ibid. p. 1.
[427] Ibid. p. 2.
[428] Ibid. p. 319.
[429] Ibid. p. 351.

« sauf peut-être pour le risque de vieillesse seul, ne semble pas pouvoir se faire avant deux ans ».[430]

La création du réseau des caisses départementales, régionales et nationales se fera mais l'avenir donnera en partie raison aux doutes de Paul Cibrie : certaines professions (agriculteurs, cheminots, fonctionnaires, marins, mineurs,…) vont refuser de s'affilier au régime général et appartiennent encore aujourd'hui à des régimes spéciaux. La volonté de l'époque d'établir une caisse unique pour l'ensemble de la population est donc utopique mais la date du 4 octobre 1945 reste très importante car elle représente la date de fondation de notre système actuel.

5-2.3 L'ordonnance du 19 octobre 1945 et la perte de l'entente directe

Mécontents de l'ordonnance Parodi du 3 mars 1945 qui détruit l'entente directe en supprimant les honoraires libres, les syndicats restent toutefois confiants car ils pensent que l'ordonnance n'est que provisoire, à l'instar des Comités qui l'ont votée. En effet, il leur paraît logique que l'entente directe soit rétablie car le gouvernement prépare la révision complète de la loi des Assurances Sociales afin de créer la Sécurité Sociale. Paul Cibrie respecte donc cette loi qu'il pense éphémère et demande sereinement à tous les médecins, dans une lettre du 7 mai 1945 adressée aux présidents des syndicats départementaux, de « *fixer leurs tarifs selon les directives du Conseil* ».[431] Il sollicite auprès du Ministre du Travail et du Directeur Général des Assurances Sociales le retrait de l'Ordonnance Parodi et son remplacement par un texte stipulant que les honoraires peuvent être fixes mais décidés par les syndicats locaux après acceptation de la CSMF et en accord avec les caisses locales.[432]

Le Conseil Supérieur de la Sécurité Sociale (remplaçant le Conseil Supérieur des Assurances Sociales[433]) se réunit le 25 juin 1945 et Paul Cibrie est « seul » à y défendre les intérêts du Corps médical face aux Caisses et au Gouvernement qui ensemble, sont responsables de l'Ordonnance Parodi. Après négociations il n'obtient pas la réintégration des honoraires libres – et perd donc la libre entente - mais il réussit à imposer une modification de l'article 11

[430] Ibid.
[431] Ibid. p. 17.
[432] Ibid. p. 26.
[433] Ibid. p. 43.

stipulant que les honoraires ne sont plus fixés par le gouvernement mais par les syndicats. En revanche, les syndicats doivent s'entendre avec les caisses pour fixer les tarifs et après entente, ces tarifs sont soumis à l'approbation d'une Commission Nationale comprenant des membres du Gouvernement dont les Ministres du Travail et de la Sécurité Sociale, de la Santé Publique et de l'Economie Nationale.[434]

Paul Cibrie intervient aussi en faveur des chirurgiens qui s'offusquent des faibles honoraires imposés par la loi Parodi concernant leurs patients aisés soignés en chambre particulière d'hôpitaux de villes ne possédant pas de maisons de santé. Paul Cibrie demande dans une lettre au Ministre de la Santé Publique datée du 12 mai 1945, le rétablissement des honoraires libres entre les chirurgiens et les patients en attendant la réforme hospitalière.[435]

Le 19 octobre 1945, parait une ordonnance qui stipule l'affiliation de toute la population française salariée au système de la Sécurité Sociale, quels que soient ses revenus. Ceci est un changement majeur mais n'est pas tellement relayé par les syndicats car l'ordonnance annonce un deuxième changement : c'est l'officialisation de la loi sur la fixation définitive des honoraires médicaux par les syndicats en accord avec les caisses et la commission nationale. L'ordonnance Parodi n'était donc pas provisoire et c'est la fin de l'entente directe intégrale et le début d'une « entente directe collective » ou « surveillée ».[436] Mais la CSMF et notamment Paul Cibrie se consolent car ils ont obtenu la possibilité de fixer eux-mêmes les tarifs : « Le Système étatique est donc fortement freiné ».[437] La nouvelle loi sur les assurances sociales ne sera appliquée qu'à partir de janvier 1946.[438]

Le 23 février 1946, le Conseil d'administration de la CSMF accepte la collaboration à l'ordonnance du 19 octobre 1945 en se disant « très ému de l'atteinte portée aux traditions du Corps Médical et à l'un des articles de sa Charte Professionnelle (entente directe pour les honoraires entre médecins et malades). »[439] Officiellement, la CSMF l'accepte dans le but d'apporter rapidement « à des malades dont la situation l'exige une couverture effective du

[434] Ibid. pp. 42 à 46.
[435] Ibid. p. 47.
[436] Propos de Paul Cibrie, CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 117.
[437] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 122.
[438] Ibid. p. 157.
[439] Ibid. p. 275.

risque maladie ».[440] En effet le niveau de santé précaire de la population d'après-guerre et notamment des anciens déportés réclame une prise en charge urgente. Mais officieusement, nous pensons que c'est une façon pour la CSMF d'augmenter son influence auprès du gouvernement par rapport à l'UMF. En 1946, cette dernière est déjà mal en point après la victoire des syndicats aux élections du Conseil de l'Ordre. Son dernier atout face à une CSMF conservatrice est son dynamisme et sa modernité affichée. En acceptant de rompre avec un principe traditionaliste de sa Charte Médicale, la CSMF joue le jeu elle aussi de l'innovation et rend obsolète le seul avantage permettant à l'UMF de rester sur le devant de la scène.

Cependant, la CSMF impose une condition à sa coopération : la création d'un secteur libre « dans lequel fonctionnera effectivement l'entente directe, sauf abus manifeste ».[441] Ainsi, les membres de l'Assemblée générale de la CSMF des 30 et 31 mars 1946 déclarent s'engager « à appliquer, sauf cas exceptionnels, les honoraires syndicaux à tous les assurés sociaux qui ne sont pas dans une situation notoirement aisée, tout dépassement injustifié ou abus devant être déféré devant la juridiction disciplinaire. »[442] Ils acceptent donc les honoraires fixes mais souhaitent qu'en cas de patients « notoirement aisés » ils puissent appliquer des honoraires plus élevés. Paul Cibrie accepte alors, ce qu'il a toujours refusé, notamment lors du vote de la loi de 1930 (voir chapitre 3-8) : la création de deux catégories de médecins. Cette division existe encore ajourd'hui sous la forme des secteurs 1 et 2.

Quelques jours plus tard, face à cette proposition syndicale, le gouvernement répond de façon agressive : le 3 avril 1946, le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et le Ministre de la Santé Publique et de la Population publient un arrêté fixant l'organisation et le fonctionnement de la Commission départementale des dépassements des tarifs d'honoraires.[443] Il s'agit donc de créer une instance étatique arbitrant des conflits de nature disciplinaire normalement réservés à l'Ordre. Cette décision fâche une fois de plus les syndicalistes.

Dans cette ambiance délétère, l'Assemblée générale de la CSMF élit la Commission Spéciale Assurance Sociale à laquelle appartient évidemment Paul

---

[440] Ibid.
[441] Ibid.
[442] Ibid. p. 339.
[443] Ibid. pp. 366 à 368.

Cibrie. Cette commission se réunit le 14 avril 1946 et fixe les principaux tarifs de médecine générale : C (Consultation), V (Visite), VD (Visite le Dimanche), VN (Visite de Nuit), PC (Petite Chirurgie), K (coefficient multiplicateur), IK (Indemnités Kilométriques) et Accouchements.[444]

Dans l'espoir que le gouvernement reformule l'ordonnance du 19 octobre 1945 afin de permettre aux médecins l'application d'honoraires libres au moins pour la population aisée, le Conseil de la CSMF établit un modus vivendi les 22 et 23 juin 1946. En résumé, il énonce que[445] :

a) les Syndicats départementaux établiront un barème d'honoraires en fonction du coût actuel de la vie qui sera révisé régulièrement.

b) ce barème sera transmis aux Caisses pour qu'elles puissent établir leurs tarifs de responsabilité et permettre ainsi un meilleur remboursement au patient.

c) la CSMF s'engage à ce que les honoraires « soient maintenus dans des limites strictement raisonnables ».

d) ces honoraires s'appliqueront à « tous les assurés dont les ressources globales, le train de vie, compte tenu des charges ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population ». Les médecins feront ce choix « suivant leur conscience et dans l'esprit social le plus large, toute contestation d'honoraire devant être déférée à la juridiction professionnelle », c'est-à-dire l'Ordre.

Bien que la CSMF donne ensuite quelques repères afin de déterminer la situation de fortune de l'assuré,[446] le système proposé est bancal. La CSMF apparaît dépassée par les initiatives gouvernementales et ce compromis nous parait être une solution peu réfléchie, hâtive et un peu ridicule, prise dans le but de sauvegarder un semblant d'honoraires libres et d'entente directe. Le système suppose que le médecin connaisse très bien le ou les revenus de ses patients, ce qui semble impossible. Il favorise les pots-de-vin et le compérage, cette fameuse dichotomie tant décriée par Paul Cibrie. Il rend inutile l'affichage des honoraires car un patient peut être jugé aisé par son médecin et finalement devoir régler un tarif plus élevé que celui présenté. Certes, avant cela les honoraires étaient libres

[444] Ibid. pp. 347 à 350.
[445] Ibid. p. 505.
[446] Ibid. pp. 506 à 508.

et les patients avaient l'habitude de tarifs variables, mais à présent seules les personnes les plus aisées seront soumises à ces honoraires aléatoires. La proposition de la CSMF crée donc deux catégories de médecins mais aussi de patients. Or, on se souvient que Paul Cibrie a toujours combattu cela. Il ne l'accepte donc uniquement car il estime l'entente directe encore plus importante. Si on regarde les conditions de « *dépassements d'honoraires* » possibles,[447] on s'aperçoit que finalement, beaucoup de consultations se factureront plus chères que les tarifs prévus par la Sécurité Sociale : cotisations élevées de l'assuré, autres ressources que le salaire (fils de chef d'entreprise,…), médecins possédant des titres universitaires ou hospitaliers, médecins des hôpitaux ou ancien interne des grandes villes, médecins « qui ont acquis la notoriété de consultant », consultations ou visites demandées à heures fixes, longue distance mais pas assez pour ajouter les indemnités kilométriques (villes, …), temps de consultation anormalement long, …

Le 22 mai 1946, après adoption par l'Assemblée Nationale Constituante, le Président du Gouvernement Provisoire de la République, M. Félix Gouin, promulgue la loi créant officiellement la Sécurité Sociale.[448] A part les personnes appartenant à des professions bénéficiant d'un régime spécial, l'ensemble de la population française est désormais affilié à la Sécurité Sociale. Mais le problème des tarifs n'est pas encore réglé. De façon assez surprenante, le gouvernement a inscrit dans la loi à peu près l'ensemble des dérogations aux honoraires fixes citées ci-dessus, mais il est toujours hors de question que les tarifs soient fixés par les syndicats seuls. Dans son rapport pour l'Assemblée générale de 1946, Paul Cibrie traduit l'avis du gouvernement de la façon suivante : « la loi oblige les Caisses à verser 80% des frais de maladie aux assurés sociaux, il n'est donc pas admissible que les chiffres à rembourser soient fixés unilatéralement et exclusivement par le Corps Médical seul. »[449] Même s'il a toujours défendu la fixation des honoraires par les syndicats, Paul Cibrie réclame cette fois-ci, une souplesse de la part des médecins. Il redoute que « par une attitude intransigeante, le Gouvernement et les Caisses, envisagent des mesures – médecins de caisse ou 1/3 payant avec plafond par exemple- dont chacun connaît les inconvénients mais qui apparaîtraient alors comme les seules solutions possible au conflit. »[450]

---

[447] Ibid.
[448] Ibid. pp. 510 à 517.
[449] Ibid. p. 610.
[450] Ibid.

Cependant, malgré la souplesse demandée, tant qu'un accord définitif n'est pas trouvé sur la fixation des honoraires et qu'un rectificatif de la loi n'est pas proposé par le gouvernement, les syndicats ne doivent pas signer avec les caisses de conventions relatives à la fixation des tarifs médicaux.[451] Or, plusieurs syndicats départementaux le font. Cela est mal perçu par la CSMF et la tension monte avec les caisses. Ainsi, le 25 octobre 1946, une délégation de la CSMF comprenant Paul Cibrie, se rend au siège de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale afin d'améliorer les relations entre syndicats et caisses et de trouver une solution aux honoraires médicaux.[452] Mais en parallèle, de plus en plus de syndicats départementaux et régionaux signent des conventions avec leur caisse en s'accordant sur les principaux tarifs de médecine générale vus précédemment.

Quelle sera la réaction de la CSMF et de Paul Cibrie ? Notre travail d'analyse d'archives s'arrête là, en décembre 1946.

Paul Cibrie restera à la CSMF jusqu'à sa mort. Il en sera même le président de 1954 à 1956. Un article élogieux à son égard, paru à l'occasion des 70 ans de la CSMF indique que « un mois avant son décès, il siégeait encore au Conseil comme Président d'Honneur ».[453] Nous ne traiterons pas ici de son influence et de ses actions sur les lois médicales au sein de la CSMF de 1947 à 1964 mais ce travail, qui correspondrait à analyser dix-huit nouvelles années d'archives fera l'objet d'un travail ultérieur.

5-2.4 Autres projets

5-2.4.1 Le système Longue Maladie

L'ordonnance du 19 octobre 1945 instaure également le système de longue maladie. « Précédemment, les assurés ne pouvaient, sauf dans certains cas exceptionnels, obtenir les prestations de l'assurance-maladie que pendant six mois, après lesquels, sous réserve de remplir les conditions requises, ils se trouvaient placés sous le régime de l'assurance-invalidité ».[454] Le système de longue-maladie a pour buts :

---

[451] Ibid. p. 676.
[452] Ibid. p. 625.
[453] CSMF, *Le Médecin de France,* 1998, N°883, p. 14.
[454] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, p. 300.

- d'éviter à l'assuré l'avancement de ses frais sur une durée de trois ans.
- de lui accorder également pendant trois ans une allocation mensuelle s'il s'agit d'un accident du travail.
- de lui permettre de ne reprendre que partiellement son travail au bout des trois ans (équivalent de notre actuel mi-temps thérapeutique).

Le système est accueilli favorablement par les syndicats mais Paul Cibrie déplore « l'intrusion de médecin Conseil des Caisses dans la thérapeutique ». Le rôle du médecin conseil est « de donner son accord - ou de le refuser- en vue de mettre à la disposition du malade et de son médecin, les moyens techniques et financiers nécessaires à la guérison du malade, le traitement dut-il durer trois ans (tuberculeux, syphilitiques, cancéreux,…) ».[455] En effet, à l'exception de ces trois maladies, « il est évidemment impossible d'établir une nomenclature stricte des affections susceptibles de justifier l'attribution de l'assurance longue-maladie. »[456] Cette attribution se fait alors au cas par cas et demande donc l'intervention des médecins conseils. Nous savons maintenant que cette loi Longue Maladie est l'ancêtre de notre système d'Affection Longue Durée.

5-2.4.2 L'ordonnance Frenay

La CSMF a perdu une bataille avec l'ordonnance Parodi qui détruit l'entente directe. Une autre ordonnance, votée le 26 mai 1945 sans consultation des syndicats va entraîner la vexation de la CSMF : l'ordonnance Frenay. Se basant sur l'Aide Médicale Gratuite déjà accordée aux plus nécessiteux (notre équivalent CMU), cette ordonnance autorise à tous les anciens prisonniers et déportés de bénéficier de l'Aide Médicale Temporaire (AMT). Les honoraires de cette AMT seront les tarifs de responsabilité des caisses diminués de 20%. L'Aide Médicale Gratuite fonctionnant avec le système du tiers payant, le remboursement des consultations AMT au médecin se fera au prix d'une augmentation importante de la paperasserie pour celui-ci. Ce n'est pas tant la diminution des honoraires que l'humiliation, pour les syndicalistes, de ne pas avoir été consultés et l'alourdissement des tâches administratives qui exaspèrent Paul Cibrie. Il écrit au Ministre de la Santé Publique le 28 mai 1945 pour lui faire part de l'indignation de la CSMF face à « l'humiliante désinvolture » subit

[455] Ibid. p. 268.
[456] Ibid. p. 304.

par le corps médical composé « d'hommes et de femmes ayant souffert pour la France ».[457] Il écrit ensuite à la Ministre des déportés et des prisonniers une deuxième lettre dont voici le passage final : « *Les médecins, dont l'esprit de dévouement et le sens de la reconnaissance nationale sont assez connus pour n'avoir pas à recevoir de leçons sur ce point, sauront avoir, pour ceux qui ont soufferts pour la France, la générosité la plus large, et leur appliqueront souvent le système de la gratuité complète des soins. Mais ils sont profondément blessés par les procédés employés à leur égard, et j'ai reçu mission de vous les faire connaître.* »[458] Sans nouvelle, Paul Cibrie écrit le 3 janvier 1946 au Secrétaire Général des Anciens Combattants pour informer que les médecins boycotteraient cette loi s'ils n'obtenaient pas un accord favorable avec la Ministre.[459]

Or, le 27 février 1946, le Gouvernement dépose au Journal Officiel un projet de loi qui prolonge à douze mois l'AMT initialement accordée à neuf mois par l'ordonnance du 26 mai 1945.[460] La réaction syndicale ne se fait pas attendre : lors de l'Assemblée générale extraordinaire de la CSMF des 30 et 31 mars 1946, Paul Cibrie fait voter à l'unanimité un Ordre du jour invitant tous les médecins à « s'opposer formellement à la reconduction de l'AMT, c'est-à-dire à toute prolongation des délais d'application du système de l'AMT, tels qu'ils ont été fixés par l'ordonnance du 26 mai 1945. »[461] Il appelle tous les médecins à refuser de délivrer des soins gratuits aux bénéficiaires de la loi. Malgré l'injustice qu'elle entraîne pour les anciens prisonniers, blessés de guerre et déportés, l'opération est un succès. Le 31 juillet 1946, Paul Cibrie reçoit une lettre de M. Casanova, directeur du Contentieux et des Services Médicaux et des Soins Gratuits, qui promet le vote rapide d'une loi stipulant que les honoraires des AMT ne seront plus 80% du tarif de responsabilité des Caisses mais 80% des honoraires normaux de médecine générale décidés par les syndicats en accord avec les Caisses.[462] Le 20 août 1946, le Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre signe un arrêté confirmant la promesse faite aux syndicats[463] et Paul Cibrie demande l'arrêt du boycott de la loi. Même

[457] Ibid. p. 34.
[458] Ibid. p. 36.
[459] Ibid. p. 259.
[460] Ibid. p. 287.
[461] Ibid. p. 286.
[462] Ibid. p. 542.
[463] Ibid. p. 562.

si le tiers payant et donc les tâches administratives pour le médecin sont toujours de rigueur, ce fléchissement du gouvernement réjouit les syndicalistes.[464]

5-2.4.3 Reprise des négociations d'avant-guerre

Dès les premières réunions, Paul Cibrie reprend, au sein du Conseil, ses batailles d'avant-guerre :

- Demande d'introduction en Alsace-Moselle de l'intégralité des lois médico-sociales françaises.[465]
- Poursuite des lois sur les Accidents de Travail et sur les Pensions.[466]
- Mise en route d'une Nomenclature médicale.[467]
- Lutte contre les fléaux sociaux.[468]
- Réorganisation hospitalière.[469]

5-3 Secret autour de la mort de Pierre Laval

On sait que Paul Cibrie était ami avec Pierre Laval[470] à tel point qu'ils s'invitaient au-moins une fois par an à dîner l'un chez l'autre. [471] Paul Cibrie aurait même joué un rôle lors de la mort de son ami.[472] Après la guerre, Pierre Laval est condamné à mort pour haute trahison le 9 octobre 1945.[473] Mais le 15 octobre 1945, jour de son exécution, il tente de se suicider pour échapper à cette sentence. Voici un extrait du livre *Le Docteur Ménetrel, éminence grise et confident du maréchal Pétain* qui reprend le rapport écrit le 30 octobre 1945, de M. Pinatel, inspecteur des services administratifs, sur la tentative d'empoisonnement de Pierre Laval:

---

[464] Ibid. p. 635.
[465] Ibid. p. 30, pp. 124 à 126, p. 340, …
[466] Ibid. p. 36, p. 145, …
[467] Ibid. p. 37, …
[468] Ibid. pp. 69-70, pp. 148-149, p. 342, pp. 642 à 648, …
[469] Ibid. p. 99, p. 342, …
[470] Voir biographie de Pierre Laval, chapitre 3-8.
[471] Denise Cibrie (cousine éloignée de Paul Cibrie). Echanges épistolaires (2015) et propos recueillis en entretien (19 février 2016).
[472] Ibid. Denise Cibrie affirme nous révéler un secret de famille et nous autorise à le dévoiler dans notre thèse.
[473] Bénédicte Vergez-Chaignon, *Le docteur Ménétrel, éminence grise et confident du maréchal Pétain* | Editions Perrin, 2002, 420p, p. 355.

« *Le 15 octobre 1945, à 8h20, le major de la place de Paris, le procureur général Mornet et le président de la commission d'instruction Bouchardon se présentent à Fresnes pour faire exécuter l'arrêt de la Haute Cour. Aussitôt, le service de la prison est suspendu. Porte et pertuis sont clos.*

Après la levée d'écrou, le procureur général entre le premier dans la cellule. 'M. Laval, le moment est venu.' A ces mots, Laval brise une ampoule et en avale précipitamment le contenu. On fait aussitôt entrer l'interne qui se tenait quelques mètres en retrait avec une seringue de tonicocardiaque au cas où l'annonce de son exécution imminente aurait provoqué un malaise chez le détenu. Laval est pris de spasmes et de contractions. Son pouls faiblit. L'interne lui fait une injection. L'un des avocats a trouvé une lettre laissée sur la table : Laval y annonce qu'il va se suicider, sans préciser la nature du poison dont il dispose. Apaisé par la piqûre, Laval geint dans une demi-conscience. Arrivent d'autres médecins qui prescrivent un lavage d'estomac.

[…]

Laval reprend connaissance. Il refuse d'avouer quelle est la substance qu'il a avalée. Il subit alors une suite épuisante de lavages d'estomac, d'injections d'huile camphrée, de transfusions.»[474]

Finalement Pierre Laval est réanimé puis transporté quelques heures plus tard au fond du terrain entourant la prison, au lieu-dit le Château d'eau, où il est fusillé. « Laval est déclaré mort à 12h31 »[475] Personne n'a jamais découvert quelle substance il avait avalé… jusqu'à aujourd'hui. Paul Cibrie, venu rendre visite à Pierre Laval quelques jours plus tôt, lui aurait transmis subtilement une capsule de cyanure par la bouche en l'embrassant pour le saluer.[476] Paul Cibrie sera suspecté et inquiété mais n'ayant aucun élément à charge contre lui, la police abandonnera les poursuites.[477] Cette révélation est importante car au-delà de l'intérêt purement historique, elle souligne le lien très fort entre les deux hommes nous obligeant à interpréter les futurs choix de Paul Cibrie sous un angle nouveau. En effet, si cette idée vient de Pierre Laval lui-même, il doit accorder une confiance suffisamment importante en son ami pour lui demander d'exécuter cette mission. Grâce à son métier, Paul Cibrie avait facilement accès au poison mais on peut penser qu'en raison de ces anciennes fonctions, Pierre Laval connaissait probablement plusieurs personnes aptes à lui fournir du

[474] Ibid. p. 356.
[475] Ibid. p. 357.
[476] Informations de Denise Cibrie issues d'échanges épistolaires en 2015 et de propos recueillis en entretien le 19 février 2016. Denise Cibrie affirme nous révéler un secret de famille et nous autorise à le dévoiler dans notre thèse.
[477] Ibid

cyanure et autorisées à lui rendre visite en prison. Quoi qu'il en soit, Paul Cibrie éprouve une amitié assez forte envers Pierre Laval pour accepter de prendre un si grand risque. A la fin de la guerre, Pierre Laval était l'un des hommes les plus détestés par les français, s'il avait été découvert, Paul Cibrie aurait été emprisonné et peut-être accusé de trahison. Il aurait sûrement perdu son poste au sein de la CSMF, son grade d'officier de la Légion d'honneur et peut-être même son titre de docteur en médecine. Cette constatation nous ammène à penser que l'amitié qu'il entretenait avec Pierre Laval ne se résumait peut-être pas seulement à quelques invitations à dîner.

5-4 Paul Cibrie se tourne vers l'international

En juin 1946, *le Médecin de France* publie un article de Paul Cibrie sur la législation médicale internationale [478]: la connaissance des législations sociales des autres pays apporterait une aide précieuse au très jeune système de Sécurité Sociale français. Paul Cibrie informe donc qu'avec la British Medical Association (plus importante association représentative du corps médical britannique), ils invitent les présidents des associations médicales d'un grand nombre de pays à répondre à une étude de législations sociales comparées.[479] Cette initiative est donc prise avant même la réunion prévue en septembre 1946 qui permettra de recréer officiellement l'association médicale internationale disloquée par la guerre. Cet organisme, nommé Association Professionnelle Internationale des Médecins (APIM) œuvrait dans le but de partager les expériences médicales entre les médecins du monde entier. De création française, elle permettait à la France de s'imposer dans les conférences internationales médicales.

Après une guerre qui a déchiré les peuples, l'avenir se trouve dans la coopération internationale. La CSMF et l'ambitieux Paul Cibrie comprennent alors que la France doit faire renaitre l'APIM si elle veut de nouveau faire entendre ses idées et défendre ses intérêts. En effet, même si la France possède le statut de vainqueur, sa soumission au Reich allemand dès juin 1940, l'affuble d'une puissance en rien équivalente à celle du Royaume-Uni résistant ou des Etats-Unis sauveurs de l'Europe.

---

[478] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945-1946, pp. 446-447.
[479] Ibid.

Paul Cibrie s'engage donc rapidement dans la voie internationale en espérant faire renaître l'APIM. Mais si sa notoriété et ses qualités de débatteur et de tacticien lui ont permis d'arriver souvent à ses fins dans son pays, la scène internationale de l'après-guerre se révèlera beaucoup moins accessible pour l'inconnu Paul Cibrie. Après plus de 25 ans à défendre ses idées de la médecine il est devenu l'une des figures à la fois les plus craintes et les plus respectées du syndicalisme médical français. Sera-t-il aussi « efficace » pour imposer ses idées dans les débats internationaux? Quels seront ses travaux et engagements principaux et réussira-t-il à défendre les intérêts français ?

Nous allons essayer de répondre à ces questions dans la prochaine partie de cette thèse.

6 De 1945 à 1957, l'engagement international de Paul Cibrie avec la World Medical Association

6-1 Avant la WMA : l'Association Professionnelle Internationale des Médecins de 1926 à 1939

6-1.1 Création et fonctionnement de l'APIM

Le 14 juillet 1925, lors de l'inauguration à Londres du nouveau siège de la British Medical Association (BMA), équivalent de l'USMF au Royaume-Uni, plusieurs médecins se réunissent autour du docteur Alfred Cox, secrétaire de la BMA.[480] Les docteurs Fernand Decourt (France), Droogleever Fortuyn (Pays-Bas), Severin Petersen (Norvège), Gustav Rystedt (Suède), Einar Schaeffer (Danemark) et Alfred Cox (Royaume-Uni) jettent les bases d'un groupement professionnel médical international : « *Après un assez long échange de vues, ils résolurent de fonder un Comité d'initiatives constitué en vue d'étudier les moyens de créer une Union internationale des médecins praticiens, dont l'idée première avait, d'ailleurs déjà été émise, quelques mois auparavant au congrès médical franco-polonais de Paris par le Dr Przyborowski de Varsovie.* »[481]

Fernand Decourt est choisi comme secrétaire du comité et chargé de préparer une « *lettre ouverte adressée aux Présidents ou Secrétaires des groupements*

[480] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 453.
[481] Ibid.

médicaux de tous pays ».[482] Il s'exécute rapidement et pendant un an, les six confrères font une « *propagande* »[483] de l'association. Ceci aboutit aux réunions des 15, 16 et 17 juillet 1926 à Paris au siège de l'Union (USMF) où sont rédigés des statuts provisoires et un règlement intérieur. La constitution officielle de l'Association Professionnelle Internationale des Médecins (APIM) est proclamée à la fin des débats, le 17 juillet 1926.[484]

Lors de la première session du Conseil, à la création en juillet 1926, les membres sont[485] :

- « *Dr Fernand Decourt (Secrétaire Général, France)*
- *Dr Droogleever Fortuyn (Trésorier, Pays-Bas)*
- *Dr Alfred Cox (Royaume-Uni)*
- *Dr Przyborowski Adam (Pologne)*
- *Dr Strysko Joseph (Autriche)*
- *Dr. Paul Vuilleumier (Suisse, relation avec le Bureau International du Travail)*
- *Dr Abello Joaquim (Espagne)*
- *V Magnus(pays scandinaves)*
- *N… (place réservée pour l'avenir)* »

Dès 1926, 23 associations nationales de médecins expriment leur enthousiasme. En novembre 1928, 25 nations sont présentes à l'APIM par un correspondant national représentant l'association médicale de son pays et membre du Conseil Général de l'APIM : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chili, Cuba, Danemark, ville libre de Danzig, Estonie, France, Royaume-Uni, Hollande, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Norvège, Pérou, Pologne, Roumanie, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Uruguay et Yougoslavie.[486] A l'exception de Cuba et des quatre pays d'Amérique du Sud, l'APIM est donc principalement européenne.

L'association a un fonctionnement très simple : elle ne possède pas de président ou de vice-président mais dispose d'un Conseil Général composé des correspondants nationaux de chaque pays membre. Un seul correspondant est

[482] Ibid.
[483] Ibid.
[484] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 452.
[485] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1927, p. 829.
[486] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 887.

nommé par chaque groupement médical national, quel que soit le nombre de ses adhérents. Ainsi, le groupement allemand qui possède 56 000 membres et le Luxembourg qui en compte 200[487] sont représentés tous les deux par un seul correspondant au sein du Conseil Général. L'APIM n'organise qu'une session annuelle où un président de séances est élu pour les quatre jours de session par le Conseil Général et n'est pas rééligible pour une prochaine session. Les seuls membres permanents sont le trésorier et le secrétaire général. Ce dernier restera Fernand Decourt (France) pendant toute la durée de l'APIM.

L'association a pour vocation de mener de vastes enquêtes internationales dont le sujet est proposé par un des correspondants nationaux. Les enquêtes menées par l'APIM sont divisées en deux espèces :

- « *celles ayant trait à l'exercice journalier de la médecine et à la défense même du médecin.*
- *celles consacrées à l'application de l'hygiène sociale et à la santé publique.* »[488]

Les résultats de chaque enquête sont réunis, colligés, mis en tableaux et publiés dans la revue de l'APIM créée pour l'occasion : la « *Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale* » éditée chaque trimestre et dont le premier numéro paraît en mai 1928.

Puis ces résultats font l'objet d'un rapport rédigé par le correspondant national qui a proposé l'enquête. Le rapport est ensuite envoyé à tous les correspondants nationaux au moins un mois avant la session annuelle du Conseil de l'APIM.

Lors de la session annuelle, le rapport est l'objet de discussions qui aboutissent aux votes de conclusions. « *Rapports, discussions et conclusions sont ensuite publiées dans le Compte-Rendu de la Session au numéro de novembre de la Revue Internationale.* »[489] Mais « *les conclusions ne sont établies qu'à titre d'information, renseignements et liaisons, chaque Groupement national, en effet, n'ayant jamais à aliéner sa liberté propre et conservant son autonomie pleine et entière...* »[490]

Le but de l'association est de « *constituer un centre d'information, de renseignements et de liaison entre les groupements nationaux de médecins afin*

[487] Chiffres de 1937, CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 864.
[488] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 866.
[489] Ibid. p. 867.
[490] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 867.

de faire profiter chacun d'eux de l'expérience des autres, pour l'étude des nombreux problèmes d'ordre professionnel qui intéressent la vie particulière et la vie sociale du médecin ».[491] Ces problèmes sont de trois espèces différentes[492]:

a) Rapport du praticien avec l'Etat ou les grandes municipalités dans l'organisation de la médecine sociale : assurance maladie-invalidité, médecine dans les mines, les chemins de fer, les usines, et tous les grands établissements de l'industrie, du commerce ou de l'agriculture ; avec étude du libre choix du médecin par le malade, du mode de paiement des honoraires médicaux, du rôle et de l'utilité du groupement dans le contrôle médical dans la profession même en vue du maintien des hautes qualités morales du médecin,…

b) Rapport du praticien avec l'Etat ou les grandes municipalités en hygiène sociale : au sujet des maladies contagieuses et épidémiques ou dans la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, cancer,… et la situation du praticien par rapport aux dispensaires, preventoria, sanatoria, hôpitaux avec les questions d'enseignement s'y rattachant directement,…

c) Rapport des praticiens entre eux : groupements professionnels divers, secours aux vieux médecins sans fortune, à leurs veuves et orphelins, assurance contre la maladie aiguë ou chronique et l'invalidité du médecin lui-même, retraites de droit, assurance du praticien contre les risques de la responsabilité professionnelle, la mauvaise foi de certains clients, et en général, tous les ennuis professionnels de la pratique journalière, etc…

Régulièrement, *le Médecin Syndicaliste* (journal de l'Union) puis *le Médecin de France* (journal de la CSMF) publient des nouvelles de l'APIM et de ses enquêtes dans des articles rédigés par Fernand Decourt. La première mission de l'APIM sera de se faire connaître du Bureau International de Travail (BIT), « *organe général d'information et centre de documentation […] poursuivant un but de documentation en ce qui concerne le travail, en général, qu'il soit manuel ou intellectuel, en tous pays.*»[493] Le BIT voit d'un très bon œil l'arrivée de l'APIM qui permet de combler une lacune dans ses informations sur le corps médical. Les relations entre les deux associations seront très bonnes et elles collaboreront efficacement au partage d'informations. Nous verrons qu'au sein

[491] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 888.
[492] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 455.
[493] USMF, *Le Médecin syndicaliste*, 1927, p. 485.

de la WMA, c'est Paul Cibrie qui aura la tâche de renouer et de préserver les liens avec le BIT.

La première question étudiée est celle de « *la situation et de la constitution des groupements médicaux professionnels dans chaque pays.* »[494] Mais la première grande investigation internationale menée par l'APIM est une vaste enquête de 65 questions sur l'Assurance Maladie du point de vue médical. Le rapport paraît en deux parties : la première en 52 pages dans *le Médecin Syndicaliste* de 1927[495] suivi en 1928 de la deuxième en 38 pages[496]. Vont suivre diverses enquêtes relayées par le journal de l'USMF d'abord puis de la CSMF ensuite : La spécialisation en médecine et les spécialistes[497], la liberté de prescription pour le médecin et le régime des spécialités en médecine sociale[498], l'exercice illégale de la médecine[499],…

6-1.2 L'APIM : une association internationale servant les intérêts français

Rapidement on s'aperçoit que l'APIM est un vrai porte-parole des idées de la CSMF auprès des autres pays. Ainsi, en 1929, alors que la CSMF est fraîchement créée et que la première loi française sur les assurances sociales voit le jour, l'APIM lance une nouvelle grande enquête sur l'Assurance-Maladie. Les conclusions de son enquête s'intéressant aux conditions à réunir pour envisager un système viable d'Assurance-Maladie sont, entre autres : une indépendance matérielle et morale des médecins, une nécessité absolue d'un libre choix du médecin par le malade et d'un respect du secret professionnel, la liberté de prescription, le rejet d'honoraires forfaitaires, le contrôle des médecins par les médecins eux-mêmes,…[500] On retrouve exactement les idées de la CSMF et de sa charte médicale. Les conclusions, signées du français Fernand Decourt et du Suisse Paul Vuilleumier, paraissent avoir été dictées et rédigées uniquement par la France. La CSMF instrumentalise l'APIM à dessein d'exporter ses idées à l'international et de renforcer son propre système d'Assurances Sociales jeune et fragile.

On comprend facilement pourquoi l'APIM est si facilement « *dirigée* » par la France. Sa conception est en grande partie française par l'intermédiaire de

---

[494] Ibid. p. 827.
[495] Ibid. pp. 574 à 625.
[496] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 318 à 355.
[497] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 777 ; 1930, pp. 158 à 162.
[498] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, pp. 567 à 599.
[499] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1928, p. 777 ; 1930, pp. 158 à 162.
[500] CSMF, *Le Médecin de France*, 1929, pp. 229 à 234.

Fernand Decourt qui, en l'absence de président, détient le poste le plus influent, celui de secrétaire général. De plus, le siège social de l'association se trouve à Paris et la langue officielle parlée lors des sessions du Conseil est le français. « *Toutefois, au cas où un membre du Conseil désirerait s'exprimer dans une autre langue, il en aura la faculté, mais devra ensuite remettre au secrétaire général ses conclusions rédigées en français*. »[501]

De même, tous les rapports et le répertoire bibliographique international sont rédigés en français. C'est une réelle emprise française sur le monde médical international et la France conservera cette position privilégiée pendant toute la durée d'existence de l'APIM. Ainsi, Fernand Decourt écrit dans *le Médecin Syndicaliste* de 1926 :

« *Nos confrères seront suffisamment mis au courant de l'important groupement international qui vient d'être crée, sous l'égide de notre Union des Syndicats Médicaux de France et qu'ils apprécieront la part importante que notre pays a prise dans la constitution de l'APIM. Nous sommes persuadés que cette Association, dans l'avenir, pourra rendre aux praticiens de tous pays, et par suite à nous-mêmes, les plus grands services.*»[502]

Fernand Decourt n'a donc aucune difficulté à faire adhérer l'USMF à l'APIM tellement l'utilité d'une association internationale à domination française qui traitera en priorité le sujet des Assurances Sociales, ne semble pas discutable pour les médecins syndicalistes français. De plus, l'Union loue son local parisien à l'APIM, ce qui permet de réduire considérablement le coût d'adhésion de l'Union à cette dernière. Ceci est important à un moment où la scission de l'Union a vu s'éloigner l'argent des adhésions de 3 500 confrères qui ont rejoint la Fédération[503] [504].

La création de l'APIM entraîne un autre avantage dont les médecins syndicalistes français ne se cachent pas : l'apport d'un poids décisionnel important lors des débats de Santé à Genève, face à une autre association : « la Conférence Internationale des Unions Nationales des Sociétés Mutuelles et des Caisses d'Assurance-Maladie »[505] La CSMF raccourcit la dénomination de cette organisme en : « Association Internationale des Caisses d'Assurances Maladies »[506] ou encore « *APIC, par analogie à APIM* »[507]. Cette association,

[501] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 455.
[502] Ibid, p. 456.
[503] USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1926, p. 516.
[504] Voir chapitre 3-5.
[505] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 865.
[506] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, p. 803.

également présente à Genève, y représente les intérêts des caisses d'assurances maladie et des mutuelles. Elle n'est pas la rivale de l'APIM mais s'exprime allègrement dans les débats politiques de santé. Ses idées d'amélioration de la médecine reflètent les positions des Caisses et des mutuelles et ne coïncident pas forcément avec celles des médecins. En créant une association au-moins aussi importante, les médecins pourront installer leurs arguments dans les débats internationaux en faisant « *bloc contre bloc* »[508] entre APIM et APIC. De façon générale, l'APIM assure aux médecins une voix dans les manifestations internationales.

En 1931, est publié dans *le Médecin de France* la vaste enquête de l'APIM sur l'Assurance maladie en Europe (+ Palestine). Le résultat montre que l'entente directe est une quasi exclusivité française. « *Presque partout, c'est le tiers payant, parfois avec paiement direct, toujours avec tarifs ; cependant ces tarifs ne sont pas imposés, ils sont souvent discutés entre caisses et syndicats* »[509] Ce constat aurait pu apeurer les médecins syndicalistes français et entraîner une réticence envers l'APIM qui, par ses études, menace l'archaïque système français d'entente directe à une mise en conformité avec le système européen. D'autant que ce système convient aux médecins et aux assurés : « *chose curieuse, chacun se déclare content de son sort*. »[510] Mais loin de s'en inquiéter, la CSMF se félicite même d'avoir su préserver un système qui a fait ses preuves :

« Si *l'assurance maladie doit fatalement troubler l'exercice de la médecine traditionnelle, nulle part les précautions n'ont été prises aussi grandes que dans la loi française pour limiter le dégât. Respect du secret professionnel, liberté de prescription, entente directe, habilitation, juridictions syndicales, telles sont les caractéristiques de la loi française, qui n'appartiennent qu'à elle. Ces dispositions, font à la médecine normale et honnête, un rempart solide. Le Corps Médical organisé peut être fier, non de l'œuvre, mais des pierres qu'il y a apportées.*»[511]

La France est donc quasiment la seule en Europe à préserver intact les éléments de la charte médicale si importante aux médecins syndicalistes français. Mais grâce à sa domination au sein de l'APIM, elle impose sans

---

[507] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, p. 866.
[508] Ibid.
[509] CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 626.
[510] Propos du Dr Hilaire, CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 626.
[511] Propos du Dr Hilaire en conclusion de l'enquête de l'APIM sur l'Assurance Maladie en Europe, CSMF, *Le Médecin de France*, 1931, p. 627.

retenue ses idées au reste de l'Europe. Ainsi, on ne s'étonne pas de lire les conclusions suivantes énoncées à la sixième session du Conseil Général de l'APIM à Budapest en septembre 1931 :

« *Le service médical de l'assurance maladie doit selon les thèses de l'Association Professionnelle Internationale, être organisé conformément aux principes suivants : libre choix du médecin par le malade, règlements des relations entre caisses et corps médical par contrats collectifs entre les caisses et les associations professionnelles de médecins, sans intervention d'autres organes ; admission au traitement des assurés sociaux de tout médecin autorisé à pratiquer et qui accepte les clauses des contrats collectifs ; respect absolu du secret professionnel médical, liberté pour le praticien de pouvoir ordonner tous médicaments utiles et irremplaçables, exclusion du forfait global comme mode de rémunération des médecins ; limitation de l'action des caisses au rôle de simple intermédiaire entre le malade et le médecin,… En formulant ces principes, l'Association Professionnelle Internationale des Médecins se déclare guidée non seulement par le souci des intérêts propres du corps médical, mais surtout par le sentiment de son devoir envers l'ensemble des caisses et ses exigences du bon fonctionnement des caisses d'assurance*.»

Cette emprise française sur la médecine internationale grâce à l'APIM est très importante à cerner car après la guerre, Paul Cibrie voudra revenir à cet ancien système mais le monde aura changé et la France aura perdu de sa superbe. Nous reviendrons sur cette notion plus loin dans cette thèse.

6-1.3 Paul Cibrie au sein de l'APIM

Une fois par an, en octobre, *le Médecin de France* publie les comptes-rendus de la session du Conseil général de l'APIM qui a lieu chaque année en septembre. Nous n'avons pas retrouvé les archives de l'APIM qui semblent perdues, ainsi, nous ne savons pas exactement à quel moment Paul Cibrie commence à s'investir dans l'association. Mais dans les archives de la CSMF qui reprennent les comptes-rendus de l'APIM, le nom du Dr Cibrie apparaît pour la première fois en 1934, dans le rapport de la session de septembre 1934. Il y relate les résultats de la Commission des Experts du Bureau International du Travail[512]. A la session de septembre 1935 à Bruxelles, il expose son travail qui aboutit au vote d'une charte médicale internationale.[513] Après l'enquête de 1931

[512] CSMF, *Le Médecin de France*, 1934, p. 794.
[513] CSMF, *Le Médecin de France*, 1935, pp. 854-856.

sur l'Assurance Maladie en Europe, il aura donc fallu seulement 4 ans à la CSMF pour faire adopter sa charte médicale aux associations médicales nationales adhérentes à l'APIM. La charte de l'APIM reprend les principaux points de celle de la CSMF : libre choix du médecin par le malade, respect du secret professionnel, pas de fonctionnarisation des médecins mais établissement de contrats collectifs pour les rapports des médecins avec l'Etat, contrôle des médecins par des médecins extérieurs, liberté de prescription et paiement à l'acte. On constate que le terme « entente directe » n'est pas mentionné directement dans la charte, exactement comme pour la charte de la CSMF.

Voici les autres principaux travaux de Paul Cibrie au sein de l'APIM :

- En septembre 1936 à Paris : enquête sur *l'organisation hospitalière dans divers pays européens.*[514]
- En juillet 1937, une nouvelle fois à Paris : enquête sur *le contrôle en matière médico-sociale* .[515]
- Proposition en août 1938 d'une enquête sur *les vaccinations préventives, législation, fonctionnement, opinion des associations professionnelles et scientifiques.*[516]

6-1.4 Suspension des activités de l'APIM

L'APIM fonctionne très bien et produit un grand travail d'investigation, mais la montée des hostilités entre les membres de l'Axe et le reste de l'Europe complique les relations au sein de l'Association. Les activités de l'APIM sont stoppées sur décision des membres de son Conseil général à la session annuelle de septembre 1939. Cette suspension est votée dans une volonté générale d'interrompre toute coordination médicale internationale entre des pays aux idées trop divergentes et qui viennent de se déclarer la guerre. L'APIM n'a donc pas été dissoute mais simplement suspendue le temps des hostilités.

6-2 La World Medical Association de 1945 à 1957

Pour réaliser cette partie, nous avons été accueillis le temps d'une semaine dans les bureaux de la WMA à Ferney-Voltaire, ville frontalière de Genève en

[514] CSMF, *Le Médecin de France*, 1936, pp. 988-989.
[515] CSMF, *Le Médecin de France*, 1937, pp. 862-863.
[516] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, p. 1110.

Suisse, afin d'y collecter les archives qui nous intéressaient. Nous voulions notifier que beaucoup d'archives ont été lues en anglais et nous espérons ne pas nous être éloignés de la réelle traduction lors des citations. Il est important de noter que ce changement d'archives induit un changement de rédaction. Les archives de la CSMF comportaient énormément de textes écrits par Paul Cibrie lui-même. Nous savions alors exactement quels étaient ses prises de position et ses décisions personnelles. Or, à part les rapports qu'il a rédigés et les interventions en Assemblée générale annuelle ou en Session du Conseil quadrimestrielle, les archives de la WMA sont beaucoup moins riches en écrits de Paul Cibrie. Nous devons analyser les actions des comités spécifiques auxquels il appartenait pour déduire quel furent ses engagements. Mais grâce à notre analyse approfondie de son travail à la CSMF, nous nous sommes familiarisés avec le caractère et la personnalité du personnage. Nous avons appris à discerner sa façon d'écrire et ses idées politiques. Ainsi, lors de l'analyse des archives de la WMA, nous pouvions plus facilement déterminer quelles ont été ses interventions.

Nous avons également eu accès aux archives du British Medical Journal (*BMJ* : journal de la British Medical Association) qui nous a permis de retracer l'historique de la création de la WMA. De la même façon que les archives françaises de l'Union et de la CSMF restituent les idées françaises, le *BMJ* rapporte le point de vue anglais des évènements et doit donc être analysé en gardant en mémoire la subjectivité de ses auteurs.

6-2.1 Naissance de la WMA : de novembre 1944 à septembre 1947

6-2.1.1 Réunion de novembre 1944 : envies convergentes d'une coopération médicale internationale

A la dissolution de l'APIM en septembre 1939, des conseils ou comités médicaux de guerre prennent le relai. Pour exemple, voici les rôles tenus par le comité médical de guerre de Grande-Bretagne[517] :

- fournir les médecins nécessaires aux besoins de l'armée : accompli avec succès. Ce qui a contribué à la victoire. Selon le ministre, le comité a toujours eu un jugement exemplaire pour peser la balance entre les besoins civils et militaires.

[517] Work of the Central Medical War Comittee, Henry Willink, Minister of health. *BMJ.* 7 juillet 1945. p. 22.

- sauvegarder les intérêts des médecins.
- organiser les secours civils.
- s'occuper des blessés étrangers.
- …

Mais le corps médical n'attend pas la fin officielle de la guerre, pour prendre conscience de la nécessité du retour à une organisation médicale internationale. Cet état d'esprit éclot un peu partout en Europe mais la guerre n'étant pas terminée, il est difficile de se réunir entre médecins étrangers. C'est naturellement que la Grande-Bretagne s'impose comme l'endroit le plus approprié pour se retrouver et parler paisiblement entre médecins, loin de l'Allemagne nazie tout en restant dans les frontières de l'Europe. A l'instar du Général De Gaulle qui prépare et dirige la Résistance depuis Londres, le corps médical s'y réunit pour envisager l'avenir de la Profession. Mais tout le monde ne l'entrevoit pas de la même façon.

Une des premières réunions qui évoque la nécessité de remettre en place une association internationale de médecins se déroule fin novembre 1944 au siège de la British Medical Association (BMA) à Londres. Invités par le Dr Georges de Swiet[518], président de l'Association Médicale Polonaise de Grande-Bretagne[519], des représentants de neuf pays européens sont présents à ce moment-là à Londres (Grande-Bretagne, France, Belgique, Pays-Bas, Union Soviétique, Norvège, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, Pologne)[520]. Cette réunion nait d'une réalité observée pendant la guerre : les médecins étrangers s'apportent beaucoup en travaillant ensemble :

« *Depuis septembre 1939, ce pays* [la Grande-Bretagne] *est témoin d'une invasion pacifique d'un grand nombre d'hommes et de femmes fuyant le continent d'Europe et parmi eux des médecins qui ont pris part au service médical civil en le servant de toutes leurs forces.* […] *Le contact entre les médecins britanniques et leurs collègues d'Europe et d'outre-Atlantique a permis des échanges fructueux.* »[521]

---

[518] BMA, Foreign doctors : a meeting at B.M.A. House. *BMJ.* 2 décembre 1944, p. 732 disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2286949/

[519] Lederer Suzanne, *Twentieth century ethics of human subjects research.* Par Volker Roelcke,Giovanni Maio, 2004, 361p, p. 199.

[520] BMA, Foreign doctors : a meeting at B.M.A. House. *BMJ.* 2 décembre 1944, p. 732 disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2286949/

[521] Ibid.

Si les médecins étrangers ont beaucoup appris des britanniques, l'inverse est également vrai et a même permis une réévaluation de la pratique médicale anglaise par confrontation avec celle des médecins étrangers. « *Il est sain de réexaminer les fondations de nos traditions, même si cela nous donne temporairement un sentiment d'insécurité* ».[522]

En 1944, les européens sont exténués. Après les ravages de la Grande Guerre et de la crise de 1929, la Seconde Guerre mondiale plonge l'Europe dans une spirale destructrice sans précédent. Les débarquements en France redonnent espoir aux alliés qui se prêtent au jeu de l'optimisme, notamment au sein du corps médical. Lors de la réunion de novembre 1944, « *le Dr. Dain, président du Conseil* [de la BMA], *(...), observa que s'il existait une large diffusion de l'esprit qui a infiltré la médecine, les perspectives d'avenir seraient sûres. Il n'y avait pas de frontières en connaissance médicale, les découvertes médicales ne souffraient d'aucune restriction monopolitique. La médecine était vraiment internationale. Les médecins britanniques ressentent beaucoup de devoirs et de gratitude envers leurs collègues étrangers, puisqu'ils ont été épargnés de la misère et de la destruction.* »[523]

Ainsi, alors que les nations viennent de s'entretuer, l'heure n'est plus aux conflits mais à la coopération. Officiellement, c'est la première fois depuis 1939, que l'on exprime l'idée de la reprise d'une organisation internationale médicale : « *S'il survient quelque mouvement permettant l'expression permanente des liens présents entre les médecins de différents pays, alors, la British Medical Association (BMA) se sentirait privilégiée d'aider au maximum à la création de ce mouvement.* […] *Parmi tout cela, apparaît un désir clair d'une organisation commune, qui permette qu'en temps de paix, le médecin puisse voir au-moins que les rivalités nationales ont été transcendées.*»[524]

Et au-delà de l'apport scientifique d'une coopération médicale internationale, les médecins visent l'amélioration de la santé de la population mondiale :

« *L'échec des médecins allemands dans leurs combats contre l'idéologie nazie a mené à leur dégradation professionnelle et nationale, et leur propre profession a été détruite. L'attitude et le comportement des médecins s'infiltrent dans toute la population et dans la société. Ils n'ont aucun besoin de s'engager*

[522] Ibid.
[523] Ibid.
[524] Ibid.

en politique. Ils peuvent être utiles à travers leur service rendu, l'exemple donné et la force de persuasion. Ils peuvent promouvoir la reconnaissance […] d'une dignité humaine et sa liberté de penser et d'agir ; ils peuvent répandre leur connaissance des principes d'une vie saine et heureuse, d'une nourriture adéquate, de bons logements, d'une bonne santé psychique et physique, de la bonne conduite environnementale et de la prévention des maladies. Bref, ils peuvent aider à considérer la santé de la population comme un objectif premier de la politique internationale. »[525]

Pour toutes ces raisons, tout le monde s'accorde sur la nécessité de recréer une association médicale internationale.

6-2.1.2 Réunion du 6 juin 1945 : divergences d'idées sur la forme

Mais cet enthousiasme partagé cache des ambitions divergentes : certains souhaitent voir l'APIM revenir alors que d'autres envisagent, certes d'utiliser les fondations de l'APIM, mais pour créer un nouvel organisme.

Lors de la réunion de novembre 1944, Alfred Cox (Royaume-Uni) évoque l'APIM :

« *Le Dr. Alfred Cox présenta rapidement l'historique de l'APIM, rappelant comment la proposition de tenir la conférence annuelle de l'APIM à Prague en 1938 a été refusée par la délégation allemande, la considérant comme une insulte à la race supérieure. Le Dr Cox ressentait maintenant, comme aux débuts de l'APIM, qu'une organisation internationale de médecins devrait s'occuper des sciences sociales et politiques médicales. Une telle organisation devrait fournir la charpente sur laquelle chaque médecin de chaque pays pourra engager une discussion sur les problèmes communs à la profession et ne devrait pas essayer d'évoquer la science médicale, laquelle est déjà débattue dans les congrès internationaux des différentes spécialités médicales.*

Le ministre de la santé norvégien, le Dr. Karl Evang a résumé le point de vue de beaucoup en disant que dans le monde nouveau qu'ils souhaitent voir apparaître après la guerre, les services médicaux devront être reconstruits. Mais ils doivent se rappeler que la profession médicale, à travers ses médecins,

[525] International Medical Conference. *BMJ*. 24 août 1946. pp. 68-69.

a pendant plusieurs centaines d'années été façonné par la société dans laquelle elle prend part, et essayer de casser ce moule peut être dangereux. »[526]

Déjà, lors de cette réunion, alors même que la guerre n'est pas terminée, on envisage l'avenir en exprimant l'envie de créer une association se basant sur l'APIM mais avec une conception plus moderne et adaptée à la nouvelle société d'après-guerre.

Le 6 juin 1945, soit sept mois après la réunion de novembre 1944 et un mois après la fin de la Seconde Guerre mondiale, une seconde réunion se déroule à Londres, au siège de la BMA. Cette réunion est à l'initiative du comité des Relations Internationales des Associations, sous-comité de la BMA, et de son président le Dr J.C. Mattews. Fernand Decourt, ancien secrétaire de l'APIM et Paul Cibrie, alors secrétaire général de la CSMF y représentent la France.[527] Les deux médecins se connaissent depuis longtemps car ils travaillent ensemble à la CSMF. Cette relation ainsi que le poste de secrétaire général de Paul Cibrie à la CSMF et son influence considérable sur le milieu médical français de l'époque sont probablement les raisons du choix de Paul Cibrie et non d'un autre médecin français, notamment d'un membre de l'Ordre des Médecins.

Le but de la réunion est de discuter des problèmes pratiques à l'élaboration des relations médicales internationales en s'appuyant sur les nombreux liens apparus pendant la guerre dans le domaine médical, notamment entre les forces alliées. Cela permettrait de créer un mouvement international d'entraide médicale et de ne pas stopper toute coopération au retour de la paix.

Le 6 juin 1945, seulement 7 pays sont représentés : Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas, Pologne, Etats-Unis d'Amérique, France et Yougoslavie. Un représentant du Bureau International du Travail et certains membres du comité des relations entre les associations internationales sont également présents.

Rapidement et sans surprise, les débats montrent que les français, donc le Paul Cibrie, sont attachés à l'APIM. Ils n'envisagent pas de créer une nouvelle association mais plutôt de continuer avec l'APIM qui n'a pas été dissoute mais seulement mise en repos en attendant la fin de la guerre :

---

[526] BMA, Foreign doctors : a meeting at B.M.A. House. *BMJ*. 2 décembre 1944, p. 732 disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2286949/

[527] International Relations. *BMJ*. 1945 Jun 16. p. 117.

« *Les représentants français ont montré leur peur que les propositions faites détruisent l'APIM qui existe depuis 1925 et qui, ils insistèrent, était toujours en vie car seulement suspendue pendant la guerre* »[528]

Bien sûr, les français redoutent surtout de perdre la suprématie médicale qu'ils détenaient quand l'APIM existait. Même s'ils appartiennent aux vainqueurs de la Seconde Guerre mondiale, ils n'en sont clairement pas les héros et ne sont pas en position de réclamer une place privilégiée d'acteur dans les relations internationales.

De plus, après un conflit d'ampleur réellement mondiale, le défaut de l'APIM est la faible représentation de pays extérieurs à l'Europe. Ce n'est pas envisageable dans le monde nouveau d'après-guerre et pour une organisation à visée internationale :

« *D'autres ont suggéré qu'une organisation internationale n'incluant pas les USA ou la Russie ne pouvaient pas s'estimer internationale. Les représentants des Pays-Bas ont espéré que, comme les organisations nationales se sont rétablies d'elles-mêmes dans les pays libérés, elles avaient le droit d'utiliser l'expérience des autres organisations. Le seul pays en position d'entreprendre la collecte et la dissémination de leurs expériences était la Grande-Bretagne. Tous les pays voudraient certainement connaître les expériences de la BMA pendant la guerre et ses activités en connexion avec le service national de santé* ».[529]

Les pays présents se sont alors accordé pour dire qu' « *une organisation internationale d'organisations médicales nationales était souhaitable* ».[530]

Il est décidé d'une conférence en 1946 à Londres avec les représentants de la BMA et de l'ancienne APIM pour espérer construire un projet en présence d'un maximum d'organisations médicales nationales internationales.

Le point de vue français n'a donc pas du tout été pris en compte. Le maintien de l'APIM, telle qu'elle était avant la guerre, n'est même pas envisagé. Malgré cela, Paul Cibrie et Fernand Decourt sont décidés à se battre pour maintenir la France à un niveau de décision honorable.

---

[528] Ibid.
[529] Ibid.
[530] Ibid.

6-2.1.3 Entre juin 1945 et septembre 1946 : les britanniques s'imposent

La réunion des nations ne semble pas être aussi simple et rapide que prévue. Le 20 avril 1946, soit quasiment un an plus tard, la réunion n'a toujours pas eu lieu et le *BMJ* (*British Medical Journal*) publie :

« *Des difficultés considérables sont apparues lors de la prise de contact avec quelques-unes de ces organisations en Europe et elles n'étaient à l'évidence pas prête pour la conférence espérée début 1946.* »[531]

Les causes de cet échec ne sont pas évoquées. On peut supposer que la guerre a laissé des blessures ouvertes entre les pays et on comprend que le retour à un esprit de cohésion et de confiance mutuelle est difficile à mettre en place. Les réticences et méfiances sont grandes face aux appels lancés depuis Londres pour se retrouver autour d'une table et discuter de l'avenir de l'entraide médicale internationale. De plus, le corps médical en particulier, est toujours très sollicité à la fin d'un conflit et il est possible que plongés dans le deuil et la reconstruction, les médecins aient peu de temps à accorder aux questions internationales et préfèrent consacrer leur énergie à leur pays.

Si les français craignent de ne pas retrouver leur position privilégiée antérieure, les britanniques eux, savent qu'il faut profiter de l'occasion pour prendre les rênes du monde médical international:

« *Si les médecins britanniques prennent l'initiative, ils n'élèveront pas seulement le prestige britannique mais ils aideront également la médecine du monde entier à prendre ses responsabilités de force très puissante pour la paix, la santé et la sécurité.* »[532]

Ils souhaitent alors accélérer les choses et c'est tout naturellement que le Conseil de la BMA décide « *que l'association devait être le leader du rassemblement des organisations médicales nationales des différents pays.*»[533] La BMA décide d'envoyer 45 invitations et de fixer la période du 25 au 27 septembre 1946 pour organiser une conférence avec les associations médicales nationales.

---

[531] Annual report of Council. International Relations. *BMJ*. 1946 apr 20;85-86. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2058781/

[532] International Medical Conference. *BMJ*. 24 août 1946. pp. 68-69.

[533] Ibid.

Les britanniques vont tirer profit de cette situation très avantageuse pour imposer leur langue et leurs sujets de recherches dans le monde médical :

«*C'est une grande opportunité pour les médecins britanniques d'aider leurs collègues. La destruction des équipements médicaux allemands et autrichiens, de leurs organisations et de leur prestige a laissé un vide en Europe. Avant la guerre, les médecins de Norvège, Suède, Danemark, Pays-Bas, Suisse et d'autres pays visitaient habituellement les institutions allemandes, lisaient les journaux médicaux allemands et profitaient des derniers travaux allemands. Cette source d'assistance et d'inspiration a maintenant disparu et les docteurs des pays libérés de l'Ouest et du Nord de l'Europe cherchent anxieusement des solutions. Comme l'anglais est largement parlé dans ces pays, il ne devrait pas être difficile pour la Grande-Bretagne de combler cette lacune. Entre les deux guerres, les relations médicales internationales étaient gérées par l'APIM. Pendant la guerre, cette organisation ne fonctionnait plus et le temps est venu maintenant d'élargir son travail qui sera complémentaire de celui de la nouvelle OMS formée par l'ONU.* »[534]

L'allemand et le français vont donc disparaître progressivement de la langue officielle des revues et des conférences médicales pour laisser place à l'anglais.

6-2.1.4 Conférence du 25 au 27 septembre 1946 : mise en place des objectifs, de la structure et des statuts de la WMA

6-2.1.4.1 Composition et objectifs de la WMA

La conférence prévue par la BMA se déroule comme convenu du 25 au 27 septembre 1946. Présidée par Sir Hugh Lett, président de la BMA et en présence des secrétaires anglais le Dr Charles Hill (secrétaire de la BMA) et français le Dr Fernand Decourt (ancien secrétaire de l'APIM), la conférence réunit 28 pays sur les 45 sollicités : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Tchécoslovaquie, Danemark, Egypte, Irlande, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Islande, Irak, Luxembourg, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Palestine, Iran, Pologne, Portugal, Afrique du Sud, Espagne, Suède, Suisse, Turquie, USA,

[534] Ibid.

(Bulgarie , Slovénie et Hongrie n'ont pas obtenu de visa). Avec le Dr Dubs, Paul Cibrie représente de nouveau la France et la CSMF.[535]

On remarque immédiatement que la représentation internationale est complètement différente par rapport à l'ancienne APIM : aucun des 10 pays hors Europe n'appartient à l'Amérique du Sud alors que l'APIM était composée de l'Argentine, du Chili, de Cuba, du Pérou et de l'Uruguay. A l'inverse, tous les pays extérieurs à l'Europe à part la Turquie ont un lien évident avec la Grande-Bretagne : Australie, Canada, Nouvelle-Zélande et USA (anglophones), Egypte (ancienne base militaire britannique), Palestine (encore sous mandat britannique en 1946), Afrique du Sud et Irak (anciennes colonies britanniques) et Iran (très influencée par la Grande-Bretagne).

C'est donc une large domination anglaise au détriment des pays latins. Les anciens pays de l'Axe sont également absents.

Les acteurs présents fondent le « Comité Organisateur » en attendant que la première Assemblée générale élise les membres du Conseil. Ce comité est constitué des docteurs[536] :

- T.C. Routley, président (Canada)
- Otto Leuch, trésorier (Suisse)
- Fernand Decourt (France)
- Pierre Glorieux (Belgique)
- Dag Knutson (Suède)
- J.A. Pridham (Royaume-Uni)
- A. Zahor (Tchécoslovaquie)
- Paul Cibrie, secrétaire associé (France)
- Charles Hill, secrétaire associé (Royaume-Uni)
- P. Dubs, interprète français des débats anglais (France)

[535] Conférence du 25 au 27 septembre 1946 pour considérer une association médicale internationale d'après-guerre, Londres. Archives de la WMA, 1947_1_GA_1_OCR. pp. 51-54.
[536] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Paris, 15 novembre 1946. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 234.

- I. Shawky Bey (Egypte)
- Lorenzo Garcia Tornel (Espagne)

En 1947, se joindront[537] les docteurs :

- Henderson (USA)
- Louis H. Bauer (USA)
- S. Gilder (interprète)

Le but de la conférence et du Comité Organisateur est de définir les objectifs d'une organisation médicale internationale. Quatre grandes formules sont ainsi adoptées :

- « *Promouvoir des liens étroits entre les organisations médicales nationales et entre les médecins du monde entier par tous les moyens possibles afin de permettre à tout le monde l'accès au plus haut niveau de santé possible.*
- *Etudier les problèmes auxquels sont confrontées les professions médicales dans leur pays respectif.*
- *Echanger des informations d'intérêt médical entre les professions médicales.*
- *Echanger des relations avec, et présenter le point de vue de la profession médicale à, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNESCO et d'autres organisations.* »[538]

On s'aperçoit que la nouvelle association n'a pas pour vocation la recherche scientifique mais plutôt l'amélioration des relations et le partage entre les médecins. Certains comme la Pologne auraient souhaité « *inclure les sciences médicales parmi les objectifs de la nouvelle organisation*. »[539] Mais Paul Cibrie et Pierre Glorieux (Fédération médicale belge) arguent que « *des organisations appropriées pour s'occuper des affaires scientifiques existaient déjà dans plusieurs pays* » et que « *la tâche la plus nécessaire pour une organisation*

[537] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Londres, 14 avril 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 147.
[538] Conférence du 25 au 27 septembre 1946 pour considérer une association médicale internationale d'après-guerre, Londres. Archives de la WMA, 1947_1_GA_1_OCR. pp. 51-54.
[539] World Medical Association. *BMJ*. 5 octobre 1946. p. 496.

internationale est d'étudier les problèmes professionnels du praticien privé, surtout la législation de la sécurité sociale qui a été annulée ou laissée en instance dans de nombreux pays. »[540]

Les médecins comme le reste du monde découvrent et sont abasourdis par les actions menées par certains de leurs confrères nazis. Il semble que l'une des véritables motivations de la WMA est la peur des médecins de se voir écartés de leurs libertés fondamentales face à un état qui peut devenir dangereux. On réalise peut-être que si certains médecins nazis ont agi avec zèle, d'autres ont peut-être été contraints d'obéir à une politique en désaccord avec les principes éthiques de l'exercice médical. Il apparaît alors fondamental de créer une entité internationale qui puisse protéger un médecin contre les agissements et les lois de son propre pays :

« *L'adhésion à une organisation mondiale augmentera la responsabilité des nombreux organismes nationaux le constituant et leur prêtera une force écrasante quand ils auront à négocier avec les politiques.* »[541]

A l'inverse, cela permettra également à la communauté médicale internationale de se soulever contre les pratiques de certains médecins. La WMA n'est donc pas seulement une entité médicale mais impose tacitement son rôle politique.

6-2.1.4.2 Les rôles de Paul Cibrie à la conférence de septembre 1946

Paul Cibrie a occupé une part importante dans les décisions prises lors des débats de septembre 1946.[542] Le *BMJ* du 5 octobre 1946, qui reprend les discussions de ces débats, cite constamment Paul Cibrie. Bien que français et en position de faiblesse face aux anglais, le « charisme du Dr Cibrie »[543] opère et sa notoriété acquise en France le précède. Ainsi, il réussit parfois à imposer certaines de ses idées.

---

[540] Ibid.
[541] World Medical Association Constituted, International Conference in London. *BMJ*. 5 octobre 1946. pp. 503 à 506.
[542] Ibid.
[543] Informations de Denise Cibrie issues d'échanges épistolaires en 2015 et de propos recueillis en entretien le 19 février 2016.

- Membres adhérents

En considérant la puissance politique de la WMA, il est évident que pour éviter toute « déviances » vers des intérêts autres que médicaux, ses membres ne doivent être que des médecins. Paul Cibrie suggère que seules les associations médicales nationales puissent adhérer à la WMA. Etant donné l'existence dans certains pays de plusieurs associations médicales de caractère national, Paul Cibrie propose que seules celles comptabilisant au moins 50% des médecins de leur pays puissent adhérer[544]. Il permet ainsi à la CSMF dont il est secrétaire général d'être le représentant de la France au détriment de l'UMF[545] et de l'Ordre des médecins trop jeunes pour comptabiliser suffisamment d'adhérents.

- Nom de l'Association

C'est à cette conférence de septembre 1946 que le nom de l'association va changer. Un amendement soutenu par Paul Cibrie, l'Espagne et la Grèce, proposant la conservation du nom APIM est rejeté et il est décidé que le terme WMA dérivé de l'anglais 'World Medical Association' remplace officiellement le sigle français APIM[546]. Cette fois-ci, c'est donc un échec pour Paul Cibrie.

- Double secrétariat et langues officielles

Paul Cibrie réussit à faire accepter une entrave aux règles habituelles d'une association : deux secrétaires généraux sont nommés, Charles Hill basé à Londres et lui-même dont les bureaux sont basés à Paris dans les anciens murs de l'APIM. On peut supposer que la rancœur des français est encore trop importante pour accepter une décharge totale de la gérance de l'association et que ce double secrétariat soit une concession accordée par les britanniques aux français pour calmer le jeu. Il est possible également que cela relève purement d'un souci pratique : le double secrétariat temporaire permettant de réaliser sereinement le transfert des dossiers de Paris vers Londres. Mais dans ce cas pourquoi ne pas tout simplement laisser le secrétariat à Paris ? Quoi qu'il en soit, Paul Cibrie devient, avec Charles Hill, le secrétaire officiel de la WMA et accède ainsi à un poste décisionnel important de l'association. De plus, ceci a pour conséquence non négligeable d'établir deux langues officielles : le français

[544] World Medical Association Constituted, International Conference in London. *BMJ*. 5 octobre 1946. pp. 503 à 506.
[545] Union des Médecins Français, groupe issu de la Résistance, voir chapitre 5-1-3-2.
[546] World Medical Association Constituted, International Conference in London. *BMJ*. 5 octobre 1946. pp. 503 à 506.

et l'anglais. La langue française ne disparaît pas complètement des débats internationaux de médecine.

- Coût de l'adhésion

Le coût d'adhésion à la WMA devait être fixé ultérieurement par un comité provisoire mais Paul Cibrie fait voter une motion « à 18 contre 11 »[547] exigeant de fixer immédiatement les tarifs. « *Il a été fixé après accord à la moitié du coût obtenu pour l'APIM, à savoir, à 10 centimes de francs suisse par membre de chaque groupe national pour les 10,000 premiers membres, puis à 5 centimes par membre au-dessus du 10,000ème membre, avec un maximum de 1500 francs suisses, quel que soit le nombre de membres dans un groupe.* »[548] Cette précipitation s'explique peut-être par son expérience qui lui a appris qu'une trésorerie remplie est un gage de succès pour toute association.

- Représentation lors des réunions

Paul Cibrie « *recommanda avec insistance qu'il ne devrait y avoir qu'un membre pour chaque organisation nationale, bien que ce membre doive être assisté par un expert qui n'aura pas le droit de vote aux réunions* ».[549] Il exprime son anxiété de voir émerger un pouvoir inégal lors d'un vote aux assemblées de la WMA, entre les grands pays capables d'avoir un nombre de délégués important par rapport aux petits pays. Le principe lui est accordé mais chaque association-membre sera représentée par deux sièges et non un seul. Ainsi, chaque pays membre possèdera deux voies lors des votes, quel que soit le nombre de ses délégués présents.

6-2.1.5 La WMA : de sa création officielle en septembre 1946 à sa reconnaissance officielle en septembre 1947

La WMA est officiellement créée le 27 septembre 1946 mais elle ne sera réellement reconnue comme organisation internationale que le 18 septembre 1947, lors de la première Assemblée générale (AG) lorsque la constitution de l'association aura été votée et les membres du Conseil auront été élus. En

[547] Ibid.
[548] Ibid.
[549] Ibid.

attendant, c'est toujours le Comité Organisateur qui prépare les réunions et travaille à l'élaboration des textes et des statuts de la WMA.

6-2.1.5.1 Réunions du Comité Organisateur

Il se réunit plusieurs fois avant la première AG, soit au siège de la BMA à Londres, soit au siège de l'APIM à Paris. Leur travail est de préparer au mieux l'AG de septembre 1947. Ainsi leurs missions sont :

- Rédiger une constitution à la WMA avec l'aide de Paul Cibrie et de Charles Hill.

- Etablir les liens avec l'UNESCO et l'OMS. Cela sera possible grâce à l'intermédiaire de Paul Cibrie.

- Elargir le nombre d'associations membres en multipliant les invitations une fois encore avec l'aide de Paul Cibrie et de Charles Hill.[550]

- Initier une vaste enquête sur la position de la profession médicale dans chaque pays, notamment la relation du médecin aux aspects médicaux de la sécurité sociale et de l'Etat[551]. L'enquête sera diligentée par Paul Cibrie.

- Préparer sans tarder un mémorandum sur l'attitude de la profession médicale face aux crimes de guerre à présenter à l'AG. Selon le Comité Organisateur, Paul Cibrie rapporte *« que la France avait déjà préparé le document* »[552]. La Grande-Bretagne annonce la même chose. Ainsi, « *la Grande-Bretagne et la France sont invitées à soumettre leur memoranda au comité afin de décider de quelles mesures à prendre.* »[553]

- Trouver un président pour la première AG. Lors de la réunion du Comité Organisateur le 14 avril 1947, il est décidé de façon assez surprenante, que la première AG se déroulerait à Paris et que la CSMF désignerait un président pour

[550] Lettre conjointe de décembre 1946 de Paul Cibrie et de Charles Hill adressée aux organisations internationales. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 155 à 160.
[551] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Paris, 15 novembre 1946. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 235.
[552] Ibid.
[553] Ibid.

y tenir siège[554]. Peut-être est-ce un cadeau très diplomatique fait aux français pour apaiser les tensions et leur faire accepter la situation.

- Dissoudre l'APIM. La date officielle retenue est le 15 juin 1947.

- Soumettre l'idée d'un journal écrit et édité par la WMA.[555]

6-2.1.5.2 Paul Cibrie : Secrétaire temporaire de la WMA de septembre 1946 à septembre 1947

A partir de septembre 1946, Paul Cibrie devient donc secrétaire de la WMA conjointement avec Charles Hill du Royaume-Uni. Ils seront très sollicités par le Comité Organisateur auquel ils appartiennent. Leurs principales missions sont les suivantes :

- **Elargir le nombre d'associations membres**

Paul Cibrie et Charles Hill sont chargés de faire connaître l'association. Dès décembre 1946, ils envoient donc plusieurs lettres aux associations médicales nationales du monde entier pour les inciter à adhérer en leur expliquant les raisons et les buts de la WMA.[556] A la réunion du Comité Organisateur le 14 avril 1947, les membres de la WMA sont déjà au nombre de 20.[557]

- **Rédiger une constitution**

Ils ont également la lourde tâche d'écrire une ébauche de la constitution de la WMA. Ils sont deux, ils en écriront alors deux. Leur avait-on demandé cela ou n'ont-ils pas réussi à se mettre d'accord ? Une comparaison est faite entre les deux textes :

«*Il apparaît que la différence fondamentale entre les deux ébauches est que la française ait la même constitution, à l'exception du double secrétariat et du double journal, et le même domaine d'activité que l'APIM, alors que l'anglaise cherche à permettre à un champ d'activités nouvelles d'être imaginé dans les*

[554] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Londres, 14 avril 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 151.
[555] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Londres, 14 avril 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 153.
[556] Lettre conjointe de décembre 1946 de Paul Cibrie et de Charles Hill adressée aux organisations internationales. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 155 à 160.
[557] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Londres, 14 avril 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 150.

limites encadrées de la constitution, avec objectif ultime de faire de la WMA une association bien-connue de tous les médecins et de toutes les organisations médicales et une organisation réellement nécessaire pour les sujets de santé mondiale. »[558]

Après de nombreux changements de formulation, la constitution finale est composée de 21 articles et de 54 arrêtés. (Annexe 2) Elle sera adoptée le 18 septembre 1947 lors de la première Assemblée générale et permettra à la WMA d'exister officiellement. Paul Cibrie est chargé de faire la traduction en français. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

- **Enquête sur la position du médecin et ses relations avec l'Etat**

Le 11 mars 1947, sur demande du Comité Organisateur, Paul Cibrie et Charles Hill rédigent une lettre adressée à l'ensemble des organisations médicales nationales pour leur demander de répondre à la grande enquête lancée par la WMA sur la « Position actuelle de la profession médicale et ses relations avec l'Etat ».[559]

Cette enquête est née de l'observation d'une « *tendance générale de l'Etat à prendre part active grandissante dans les affaires sociales incluant la santé et les services* ».[560]

Les associations médicales nationales sont invitées à répondre à un questionnaire dont les thèmes[561] sont les suivants:

- Organisation de la profession (Détails sur la puissance de la profession et la nature de l'organisation nationale).
- Tendances actuelles de la pratique médicale avec résumé des 10 dernières années.
- Organisation des services médicaux (Réaction de la profession aux changements proposés et les principes adoptés comme bases à la résistance ou à la critique).

[558] Comparaison entre l'ébauche de la Constitution rédigée par Paul Cibrie et Charles Hill. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 337 à 340.
[559] Lettre conjointe du 11 mars 1947 de Paul Cibrie et de Charles Hill « Enquête sur la position actuelle de la profession médicale et ses relations avec l'Etat ». Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 324 à 326.
[560] Ibid.
[561] Enoncé de l'enquête sur la position actuelle de la profession médicale et ses relations avec l'Etat. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 319 à 323.

- Conditions de la pratique de la médecine générale et leur relation avec le gouvernement local et central ou les autorités officielles.
- Conditions de la pratique de la médecine de spécialité et leur relation avec le gouvernement local et central ou les autorités officielles.
- Services médicaux dans l'industrie.
- Education médicale et recherche.
- Statut social des médecins.

Pour Paul Cibrie, cette enquête est très importante pour plusieurs raisons.

D'abord, c'est la première enquête de la WMA. Elle permet donc de tester la popularité et l'autorité de la WMA dans le monde. Paul Cibrie et Charles Hill écrivent : « *Le comité d'organisation de la WMA espère que votre association coopérera à cette enquête importante ; plus il y aura de pays y contribuant, plus les résultats seront exploitables* »[562]

Ensuite, à la lecture des thèmes abordés, nous supposons que les réponses lui fourniront des indices précieux sur la fiabilité du jeune système de Sécurité Sociale français.

Enfin, Paul Cibrie sait qu'il ne gardera pas longtemps son poste de secrétaire. C'est donc peut-être la seule enquête qu'il mènera en tant que secrétaire de la WMA.

Or, nous pensons que cette enquête fut un échec car nous n'avons trouvé aucune trace de publication, de rapport ou de conclusion dans les archives de la WMA. Pourquoi cette initiative a échoué ? L'enquête semblait bien construite et particulièrement utile à de nombreux pays. Peut-être a-t-elle été initiée trop tôt – avant-même la reconnaissance officielle de l'association - et n'a pas été prise au sérieux par les associations nationales. A moins que le travail considérable entourant les débuts de la WMA et la préparation de la première AG n'ait surchargé de travail les membres du comité et « effacé » les travaux moins importants.

Un article du *BMJ* du 08 novembre 1947 commente sur la première AG : « *C'est malheureux que le débat sur les relations de la médecine et de l'Etat,*

[562] Lettre conjointe du 11 mars 1947 de Paul Cibrie et de Charles Hill « Enquête sur la position actuelle de la profession médicale et ses relations avec l'Etat ». Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 324 à 326.

ouvert par le Dr Dain, et pour lequel le secrétaire français, le Dr Cibrie, avait préparé un document impressionnant, soit évincé. »[563]

Cependant, l'enquête sera reprise sous une autre forme par Paul Cibrie à travers les travaux du comité sur la Sécurité Sociale.

6-2.1.5.3 Peu de réticences

Nous avons trouvé peu de textes d'opposants à la naissance de la WMA. En voici un toutefois : le BMA publie le 9 juillet 1947 l'article d'un médecin anglais, le Dr W.H. Spoor qui critique l'alliance de la BMA avec des organismes internationaux (OMS, UNESCO et WMA). Pour reprendre ses termes : « *Une organisation 'mondiale' signifie nécessairement une autorité centrale, en d'autres mots, un monopole du pouvoir administratif* ». Ce pouvoir centralisé le pousse même à comparer ces organismes internationaux à des « *dictatures* ». Mais ces démonstrations d'antipathie envers la WMA sont trop rares et isolées pour être réellement prises au sérieux.[564]

6-2.1.6 Première Assemblée générale de la WMA : du 17 au 20 septembre 1947

Le Comité Organisateur envoie 60 invitations. Avant même le début des débats, cette Assemblée générale est un succès car 42 pays sont représentés. Essentiellement européenne, l'APIM n'a jamais réuni autant de nationalités différentes et avec l'entrée de nations asiatiques et sud-américaines, la domination britannique n'est plus si importante. Cela est de très bon augure pour le futur et la stabilité de la WMA et cette représentation donne un poids considérable aux décisions qui seront prises à l'Assemblée générale.

Voici les 42 pays présents à la première AG[565] :

Afrique du Sud, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Chine, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Danemark, Egypte, Eire, Equateur, Espagne, France, Grande-Bretagne, Grèce, Guatemala, Honduras, Inde, Islande,

---

[563] Avis de J. A. Pridham, représentant de la BMA à la WMA. *BMJ*. 8 novembre 1947. pp. 103-104.
[564] The BMA and World Organizations, W.H.Spoort. *BMJ*. 9 août 1947. p. 228.
[565] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 20 à 31.

Italie, Luxembourg, Mexique, Nicaragua, Norvège, Palestine, Panama, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Uruguay, USA et Venezuela.

De plus, ajoutés aux délégués des 42 pays, sont présents des observateurs extérieurs qui prouvent encore mieux l'importance et la crédibilité accordées à la WMA : Food and Agriculture Organisation, OMS, Medical Women's International Association, Bureau International du Travail, International Union of Students et UNESCO.

La première AG se déroule à Paris. C'est une occasion pour les français d'affirmer officiellement leurs différents avec les anglais dans la manière d'envisager l'avenir de l'association.

6-2.1.6.1 Décisions prises à la première Assemblée générale

Nous allons reprendre les principales décisions prises lors de cette première AG.

- **Distribuer officiellement les postes de l'Association**

Le Comité Organisateur avait décidé de laisser à la France le soin de désigner un membre de la CSMF pour présider la WMA. La CSMF choisit le Dr Eugène Marquis, directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes qui sera président de l'association pendant 2 ans, en 1947 et 1948.[566] Nous n'avons pas trouvé d'explications à cette nomination. Pourquoi Paul Cibrie n'a pas été choisi ? D'une part, son poste de secrétaire de la WMA au moment du choix n'était sûrement pas cumulable avec celui de président. D'autre part, il n'a peut-être pas voulu accéder à un poste honorable mais qui l'aurait privé d'une participation active et influente dans l'association.

Rapidement, le docteur Otto Leuch (Suisse) est élu trésorier et le docteur Jar Stüchlîk (Tchécoslovaquie) est nommé président-élu (président de la prochaine AG).

Les fonctions de Paul Cibrie en tant que secrétaire de la WMA s'arrêtent lors de cette première AG. En effet, il s'avère que ce double secrétariat était

[566] Pour plus d'informations sur Eugène Marquis, lire la thèse de Stéphanie Gestin *: la vie et l'œuvre du professeur Eugène Marquis.* 2006, Université de Rennes. N° National de thèse 2006REN1M064.

temporaire afin de laisser le temps pour une transition douce entre l'APIM basée à Paris et la WMA basée à Londres. Dans un rapport de 1947 (date exacte inconnue) situé dans les archives de l'association, le docteur T. Clarence Routley, canadien et président du Comité Organisateur, fera une mise au point de la situation du double secrétariat :

« *On rappelle que la conférence à Londres en septembre 1946, a mis en place 2 secrétaires adjoints provisoires, Dr P. Cibrie de Paris et Dr Charles Hill de Londres. Cet arrangement temporaire prendra fin lorsque l'association sera entièrement constituée en septembre 1947.* »[567]

Pourquoi Londres est préféré à Paris ? D'une part pour des raisons évidentes déjà évoquées de suprématie anglaise par rapport à la France et d'autre part pour des raisons économiques. Charles Hill informe le comité de la WMA « *que la BMA sera volontaire pour mettre à disposition ses ressources pour le travail de secrétariat de la WMA* ».[568] Or, Paul Cibrie ne parvient pas à promettre un engagement des ressources de la CSMF. Il est alors trop coûteux pour la WMA de garder les deux secrétariats en deux lieux différents. Paul Cibrie, jugeant que « *l'emploi d'un seul secrétaire serait plus efficient* »,[569] demande lui-même lors de la première AG à ne pas être reconduit à son poste. Mais dans son rapport, T. C. Routley évoque la difficulté pour les français (donc Paul Cibrie) d'accepter la situation :

« *Le sentiment présent à la conférence de Londres semble avoir été que Paris, qui était le quartier général de l'APIM, devrait recevoir le secrétariat , et que, comme les deux langues officielles choisies sont le français et l'anglais – l'une ou l'autre susceptible d'être comprise dans beaucoup de pays- il devrait y avoir un secrétariat en Angleterre et un en France. A la réunion du Comité, les représentants français ont exprimé l'opinion qu'un secrétariat français était essentiel dans le but de donner une représentation adéquate du système d'assurance nationale de santé, qui diffère fondamentalement et en de nombreux aspects, du système anglais. Mais les autres membres ont rappelé qu'il existait bien plus que deux systèmes de santé dans le monde et que le travail de la WMA ne se contenterait pas d'analyser les systèmes d'assurance de santé. Le double secrétariat a été à l'œuvre en 1946 et 1947 et même si les deux secrétaires ont*

[567] Rapport du Comité Organisateur, 1946-1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 68-69.
[568] Ibid.
[569] Procès-verbal du Comité Organisateur de la WMA, Londres, 14 avril 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 148.

travaillé ensemble très amicalement, on ne peut nier que cela implique des complications en travail administratif avec une perte considérable de temps - ce qui est très important pour une association mondiale - avant que les documents puissent circuler entre les membres de l'association. Le comité laisse l'Assemblée Générale décider si cet arrangement doit continuer ou si le travail de l'Association ne serait pas plus efficient si le secrétariat et les quartiers généraux étaient centrés à un endroit seulement. »[570]

Sans surprise, Charles Hill (Royaume-Uni) est élu alors au poste de Secrétaire Honoraire Temporaire jusqu'à ce qu'un secrétaire à temps plein soit désigné. Il sera élu secrétaire définitif à la prochaine AG. Cet épisode montre que le climat est assez tendu et que l'art de la diplomatie et du compromis sont des qualités nécessaires aux délégués nationaux.

Le premier Conseil de la WMA est également rapidement élu lors de la première AG. Le nombre de membres qui le compose est flou. Le site internet de la WMA énonce qu'un Conseil de 10 membres est élu,[571] or le procès-verbal de la première AG évoque l'élection de 9 membres dont 3 sont renouvelés chaque année,[572] alors que le procès-verbal de la deuxième session du Conseil (la première étant celle du Comité Organisateur) reporte 13 membres dans le Conseil.[573] Quoi qu'il en soit, Paul Cibrie y appartient et y restera jusqu'à son départ de l'association.

- **Valider la Constitution à partir de l'ébauche écrite par Paul Cibrie et Charles Hill.**

Chaque article et chaque arrêté de l'ébauche de la Constitution proposée par Paul Cibrie et Charles Hill ont été discutés et votés individuellement à la première AG. La constitution finale est adoptée lors de cette AG, en septembre 1947. Elle est composée de 21 Articles et de 54 Arrêtés.[574] (Voir annexe 1) Le vote de la Constitution fixe les grands principes de fonctionnement suivants :

- « The World Medical Association » remplace l'APIM et devient le nom officiel.

[570] Rapport du Comité Organisateur, 1946-1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 68-69 .
[571] Histoire de l'AMM, http://www.wma.net/fr/60about/70history/index.html », consulté le 21 juin 2016, http://www.wma.net/fr/60about/70history/index.html.
[572] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 20 à 31.
[573] Procès-verbal de la 2ème session du Conseil, New-York, du 27 au 29 avril 1948. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 93.
[574] The Constitution of the World Medical Association. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 73 à 83.

- Les objectifs de la WMA sont :
    - Promouvoir des liens étroits entre les organisations médicales nationales et entre les médecins du monde entier par des liens personnels et par tous les moyens possibles.
    - Maintenir l'honneur et protéger les intérêts de la profession médicale.
    - Etudier et rapporter les problèmes auxquels les médecins sont confrontés dans leur pays respectif.
    - Echanger des informations d'intérêt médical entre les professions médicales.
    - Echanger des relations avec l'OMS, l'UNESCO et d'autres organisations internationales et leur présenter le point de vue de la profession médicale.
    - Aider les gens du monde entier à accéder au plus haut niveau de santé possible.
    - Promouvoir la paix mondiale.
- Peut devenir membre de la WMA, toute association médicale nationale représentative de la profession dans son pays ou territoire. Une seule association est tolérée par pays. Le Conseil de la WMA se réserve le droit d'exclure un membre s'il ne s'acquitte pas de ses cotisations ou si ses actions portent atteinte à l'honneur et aux intérêts de la profession médicale. Lors des AG, chaque association-membre doit être représentée par deux délégués qui ont le droit de vote. Elle peut inviter d'autres délégués mais qui seront de simples observateurs sans possibilité de parole ou de vote.
- La trésorerie est assurée par le paiement d'une cotisation annuelle par chaque membre.
- L'Assemblée générale siège chaque année dans un pays différent. Elle élit un président, un président-élu, un trésorier, un secrétaire et les membres du Conseil. L'AG doit :
    - Fixer le prix de la cotisation.

  - Elire les membres de son bureau, du Conseil et des comités.
  - Fixer la date et le lieu de la prochaine AG.
  - Discuter des rapports du Conseil et des comités sur les affaires en cours et valider leur adoption ou non.
  - Instruire le Conseil et les comités des travaux à initier ou à poursuivre.

- Le Conseil est composé de dix membres élus auxquels s'ajoutent le président de la WMA, le président-élu de la WMA (président de la prochaine AG) et le trésorier. Les membres du Conseil choisissent parmi eux leur président et leur vice-président qui sont élus pour plusieurs années. Le Conseil de la WMA a le rôle de conseil exécutif. Il est chargé de mettre à exécution les décisions prises aux AG. Il se réunit trois fois par an. Il soumet à l'AG, chaque année, pour approbation, ses rapports des activités de l'association durant l'année passée et son rapport de trésorerie passée et à venir.
- Après une demande du Costa-Rica, l'espagnol devient, avec l'anglais et le français, la troisième langue officielle de la WMA. Aujourd'hui encore la WMA travaille avec ses trois langues.
- Un « Journal » ou « Bulletin » de la WMA sera régulièrement édité dans les trois langages officiels.

- **Examiner les fonds disponibles**

La question des fonds nécessaires à la construction et au maintien de l'Association va envenimer les relations déjà tendues entre les pays liés au Royaume-Uni et ceux liés à la France et aux pays latins. Rapidement, il s'avère que le bon déroulement des activités de la WMA avec la tenue d'un secrétariat et la réalisation d'enquêtes internationales réclament un apport financier considérable. Il ne faut pas oublier que l'on est en 1947. La Seconde Guerre mondiale a ruiné de nombreux pays européens et l'argent est difficile à trouver. Cet épineux problème risque de jeter aux oubliettes l'existence même de la WMA pourtant si prometteuse. Mais économiquement, un pays sort largement victorieux de la guerre : les Etats-Unis d'Amérique. Grâce au plan Marshall, les Etats-Unis vont s'enrichir rapidement et devenir la première puissance

économique mondiale tout en étant le véritable sauveur de la vieille Europe ruinée. A l'échelle de la WMA, les membres de l'association savent que les américains peuvent également jouer ce rôle de sauveur.

Très tôt, les Etats-Unis vont se déclarer favorables à une construction médicale internationale et s'engager à apporter leur contribution financière. Dès 1946, lors du premier congrès panaméricain médico-social à la Havane, les médecins d'Amérique du Sud et du Nord s'accordent pour « *faciliter par des moyens appropriés l'échange intercontinental des organisations médicales par le moyen de conventions, conférences et congrès* ».[575]

Un rapport rédigé par le « Comité Américain pour le développement de la WMA » (comité crée au sein de l'Association Médicale Américaine) stipule que « *le Conseil d'administration et les membres officiels de l'Association Médicale Américaine sont unanimes dans leur conviction que, travaillant correctement, les physiciens d'une nation peuvent devenir un facteur vital et même déterminant dans l'établissement d'une paix durable à travers le monde. Ils soutiennent que, sous certaines conditions, la WMA peut aider au développement d'une compréhension collective qui pourrait fournir une seconde ligne de défense dans nos efforts pour préserver dans ce pays la liberté d'Entreprise et notre American Way of life. Pour ces raisons, on maintient notre conviction que de grands efforts doivent être faits pour construire une puissante WMA.* »[576]

Les britanniques se réjouissent de « *la présence des américains, […], hautement significative et de bon augure pour le futur*. »[577]

Ainsi, lors de la première AG, l'Association Médicale Américaine propose ce qu'elle appellera elle-même « *un plan Marshall pour la WMA*[578] » ! Ils proposent d'apporter à la WMA la somme de 50 000$ par an pendant 5 ans.[579]

---

[575] Premier congrès panaméricain médico-social, La Havane, 3 décembre 1946. Archives de la WMA. . 1947_1_GA_1_OCR. pp. 397 à 401.
[576] Rapport du comité américain pour le développement de la WMA. Archives de la WMA. . 1947_1_GA_1_OCR. pp. 409 à 419.
[577] World Medical Association. *BMJ*. 3 mai 1947. p. 94.
[578] Rapport du comité américain pour le développement de la WMA. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 409 à 419.
[579] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 9-10.

Comme nous l'avons évoqué, l'Europe est ruinée. La WMA n'a même pas les moyens de rémunérer deux secrétaires ou de participer aux frais de déplacement de ses délégués lors des assemblées générales.[580] L'apport initial de l'ensemble des premières cotisations est seulement de 7 245 $. L'existence de la WMA est vraiment en péril et cette manne financière est très difficile à refuser. Mais qu'en est-il de l'indépendance intellectuelle de l'association ? En effet, si le terme « plan Marshall de la WMA » est énoncé par les Etats-Unis (alors même que le plan Marshall en Europe n'est signé par Truman que le 3 avril 1948), c'est que cette somme n'est pas prêtée sans contrepartie. Dans son rapport, le Comité Américain pour le développement de la WMA annonce que les subventions pourraient être les suivantes :

- « *Paiement des espaces et des équipements des quartiers généraux*
- *Coûts de production et distribution de la publicité sur la WMA*
- *Part des coûts de publication initiale et distribution du journal*
- *Dépenses des voyages et des conférences* »[581]

Mais l'accord du prêt engage la WMA à « *une incorporation de l'association aux Etats-Unis, un établissement de ses quartiers généraux à Chicago ou d'abord New-York et la publication d'un journal (en français et en anglais) sous contrôle et conditions prédéfinies.* »[582]

Les américains veulent donc transférer les locaux de la WMA à New-York en prétextant un rapprochement de ses bureaux avec ceux de l'OMS et de l'ONU. Ils souhaitent aussi, et selon leurs propres termes, contrôler le journal de l'Association. Cela peut-il correspondre aux idéaux d'égalité, de justice et d'indépendance qui animent la création de la WMA? D'autant que l'argent proposé par l'association médicale américaine ne provient pas de ses fonds propres mais de l'industrie pharmaceutique :

« *Lors de la célébration du centenaire de l'Association Médicale Américaine à Atlantic City, les membres américains du comité d'organisation ont tenté de susciter chez les non-médecins, l'intérêt de la WMA. Avec succès car un groupe d'industriels américains a offert de fournir une somme de*

---

[580] The Constitution of the World Medical Association. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 73 à 83.
[581] Rapport du comité américain pour le développement de la WMA. Archives de la WMA. . 1947_1_GA_1_OCR. pp. 409 à 419.
[582] Ibid.

50,000$ par an pendant 5 ans pour le développement de la WMA. La condition étant que l'Association maintienne ses activités à un haut niveau. Un comité américain de médecins et de non-médecins a été mis en place aux USA afin d'administrer les fonds et d'approuver les projets pour lesquels la WMA dépensera son argent. Le comité exprima l'opinion que, comme les quartiers généraux de l'OMS et de l'ONU sont à New-York, les bureaux de la WMA devraient également être à New-York. […] L'acceptation du don n'impliquerait pas que chaque décision de l'Association soit approuvée par le comité Américain. Cela signifierait qu'il y aurait 2 formes de revenus et de dépenses :

- les cotisations dépensées de n'importe quelle façon désirée,

- un fond spécial dont l'utilisation requerrait l'approbation du comité américain.

Il n'y aurait pas d'interférence ou de contrôle de la politique de l'Association par les américains. »[583]

Les américains énoncent même que les dons faits par les entreprises pharmaceutiques ne seront pas imposables car reconnus comme « *frais professionnels* ».[584]

Avec tous ces éléments en main, les délégués de chaque association médicale nationale votent le budget de la WMA lors de la première AG. Nous avons retrouvé la description de ce vote dans un article du *BMJ*. Cet article doit être lu avec l'idée que le *BMJ* est le journal de l'association médicale britannique partisane de l'apport financier américain. Nous avons choisi de vous retranscrire l'article :

« *A ce don, étaient rattachées certaines conditions, et à cause de ces conditions, les voix s'élevèrent encore une fois. Ce n'est pas déraisonnable ou inhabituel de soumettre un don d'argent à certaines conditions. Certains délégués estiment qu'un don devrait se faire sans conditions. […] Le Dr L. H. Bauer, délégué des U.S.A., donna une explication claire des circonstances du don. Il souligna que ce n'était pas un don de l'Association Américaine Médicale (A.M.A.), laquelle avaient de lourds engagements financiers. L'argent avait été offert par des amis de l'A.M.A., principalement des industriels soucieux de*

[583] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 9-10.
[584] Rapport du comité américain pour le développement de la WMA. Archives de la WMA. . 1947_1_GA_1_OCR. pp. 409 à 419.

promouvoir les intérêts de la W.M.A. . Le déboursement de l'argent serait sous le contrôle d'un comité des U.S.A. composé de 5 docteurs et de 4 autres personnes non médecins. Les donateurs pourraient assister aux réunions en tant que membres associés mais bien sûr ne pourraient pas voter. […] Le premier discours d'opposition à cette proposition a été fait par le Dr P. B. Mukerji, président de l'Association Médicale Indienne. Il exprima reconnaître la générosité de ceux qui ont proposé une si grande somme d'argent mais douta que cet argent soit accepté sous ses conditions. Il pensa que la W.M.A. devait travailler seule, pour son propre salut, même si cela signifiait que beaucoup du travail restant à fournir serait fait sur la base du volontariat. Les débats sur ce sujet controversé continuèrent le vendredi. Sans tenir compte des conditions du don, il a été décidé que les quartiers généraux du secrétariat seraient déplacés en Amérique du Nord. Une fois cette décision prise, le débat continua sur l'acceptation ou non du don américain avec ses termes et conditions. […] Après vote à mains levées, 31 votèrent pour l'acceptation du don et 32 contre. Un recompte a été nécessaire et on a suggéré que ce vote n'était pas satisfaisant pour arriver à une conclusion et l'Assemblée est partie pour une visite au château de Versailles, avec l'accord qu'un vote ultérieur plus strictement contrôlé aurait lieu le lendemain. Le lendemain, quelques membres s'abstenant de voter, l'Assemblée Générale vota en faveur de l'acceptation du don généreux de 50,000 $ par an pendant 5 ans. »[585]

La façon dont le vote s'est déroulé laisse perplexe. Force est de constater que l'acceptation du don et de ses conditions ne faisaient pas l'unanimité. Que s'est-il passé entre les 2 votes ? Certaines personnes ont elle été influencées ? Comment eut lieu le deuxième vote ? A mains levées également sachant que ce type de vote n'est pas très démocratique ? Comment les résultats du premier vote ont-ils pu être refusés ? Nous n'avons pas trouvé le résultat détaillé des votes. L'ambiance dans laquelle s'est déroulée l'AG ne devait pas être aussi calme que le laisse supposer l'article du *BMJ*. Seule une phrase à la conclusion de l'article suggère la présence de protestations :

« *On a devant nous une tâche importante et si l'on doit accomplir de grandes missions, nous devrons nous assurer de la bonne volonté des différentes associations médicales nationales dans le monde entier. Si ces associations, à travers leurs délégués, viennent aux sessions du Conseil et de l'Assemblée*

[585] World Medical Association. *BMJ*. 27 septembre 1947. pp. 498-499.

Générale dans une humeur facétieuse, alors les chances de succès de l'Association sont minces. »[586]

Quoi qu'il en soit, la WMA passe donc sous le joug américain et d'une façon assez brutale. Le « plan Marshall » annoncé se met en place. Les bureaux de l'APIM à Paris et de la BMA à Londres sont donc transférés à New-York. Ils le resteront jusqu'en 1974. Ils seront transférés en 1975 à Ferney-Voltaire en France, près de Genève « *afin de travailler dans le voisinage des organisations internationales basées à Genève (OMS, ILO, ICN, ISSA etc.).* »[587] Ils y sont encore aujourd'hui.

- **S'occuper de la question des crimes de guerre**

La première tâche importante de la WMA et l'une des raisons même de sa création est son questionnement sur les crimes de guerre. Comme nous l'avons vu, le Comité Organisateur a déjà évoqué le sujet à l'une de ses réunions précédant la première AG. Paul Cibrie et J. A. Pridham (Royaume-Uni) affirmèrent que leur association nationale respective avait déjà préparé un mémorandum sur les crimes des médecins nazis et le Comité Organisateur les a donc invités à communiquer leur document à la première AG.

Or, nous n'avons pas retrouvé de traces d'un document français discutant des crimes des médecins nazis que ce soit dans les archives de la WMA ou de la CSMF de 1945-1946. Paul Cibrie parle probablement d'un travail effectué avec l'UMF (Union des Médecins Français, organisme de la Résistance) : « *Le Dr Cibrie dit qu'il existait en France une association de médecins du mouvement de la Résistance, dans lequel il eut l'honneur de servir et qui préparait maintenant le 'livre bleu'* (blue book dans le texte) *des atrocités allemandes.* »[588] Nous n'avons pas accès aux archives de l'UMF mais les objectifs de l'UMF décrits par Paul Cibrie dans le journal de la CSMF, n'incluent pas la question des crimes de guerre.[589] Apparemment le Comité Organisateur de la WMA ne possède pas de documents français et c'est le mémorandum du comité sur les crimes de Guerre de la BMA, présenté à la première AG par Charles Hill et J. A. Pridham, qui est utilisé pour créer un comité propre à la WMA. Paul Cibrie est nommé membre du comité sur les

[586] Ibid.
[587] Histoire de l'AMM, http://www.wma.net/fr/60about/70history/index.html.
[588] World Medical Association Constituted, The search for a Formula. *BMJ*. 5 octobre 1946. p. 505
[589] CSMF, *Le Médecin de France*, 1945, p. 40.

Crimes de Guerre de la WMA.[590] Ce sera l'une de ses fonctions les plus importantes au sein de la WMA. Nous étudierons plus loin son implication et les résultats de son travail dans ce comité.

6-2.1.6.2 Situation de Paul Cibrie vis-à-vis de la WMA après la Première Assemblée générale

A la fin de la première AG, le président déclare formellement que « *Dans la ville de Paris à 15H40, le 18 Septembre 1947, l'Association Médicale Mondiale est créée.* »[591]

Après trois ans de réunions, la WMA est donc enfin officielle et nous pouvons faire le point sur l'influence que Paul Cibrie exerce sur la scène internationale.

Le premier constat est que le rayonnement international assuré par la France grâce à l'APIM n'est plus qu'un vague souvenir. La Seconde Guerre mondiale a redistribué les cartes et la Vieille Europe doit s'adapter. Paul Cibrie se sera battu pour revenir à l'ancienne APIM mais il doit rapidement accepter l'influence des Etats-Unis et du Royaume-Uni dans les débats internationaux. Cependant, malgré les échecs, Paul Cibrie et les membres d'autres pays européens ne se retirent pas de l'organisation de la WMA. Il semble qu'un intérêt majeur, dépassant les intérêts personnels ou même nationaux, agisse comme un leitmotiv à la construction d'une paix internationale. Le *BMJ* publie les propos de J. A. Pridham se remémorant la première AG :

« *Il y eut plusieurs controverses. Sous ses controverses se cachait une différence fondamentale entre les français et anglais dans leur conception de l'Association. Les différences étaient trop grandes pour être comblées par des compromis. Mais les disputes sont plus fructueuses que l'indifférence et ont montré que quelque chose de très important se construisait. Il y eut des erreurs de tact des deux côtés et tout le monde a reçu d'utiles leçons, mais il était très clair que personne n'était prêt à abandonner ou à briser la WMA.* »[592]

---

[590] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 11.
[591] Ibid. p. 9.
[592] Avis de J. A. Pridham, représentant de la BMA à la WMA. *BMJ*. 8 novembre 1947. pp. 103-104.

En effet, Paul Cibrie a dû faire un grand nombre de compromis. Bien qu'il appartienne au Conseil restreint de la WMA, il n'exerce pas la même influence qu'à la CSMF où il est secrétaire général et directeur du journal de l'association. A la WMA, même s'il essaye de se faire entendre dans les débats, il n'est pas en position de force pour imposer facilement ses idées. Mais on s'aperçoit rapidement que son expérience associative, syndicale, militaire et peut-être son âge, lui permettent d'être un personnage écouté et respecté. C'est pourquoi on lui confie, avec Charles Hill, la rédaction de la Constitution.

Constamment lors des sessions du Conseil ou des Assemblées générales, les membres du Conseil créent et défont de nombreux comités chargés de missions temporaires. Paul Cibrie sera nommé membre d'une quantité de comités et cette simple constatation prouve la confiance qui lui ait accordée. C'est dans ses travaux au sein des comités qu'il exercera réellement son influence internationale. Nous proposons donc de ne pas détailler les débats de chaque Assemblée générale mais plutôt de faire le point sur les travaux effectués par Paul Cibrie à l'intérieur des comités auxquels il appartient.

6-2.2 Paul Cibrie, membre du Conseil et de plusieurs comités de la WMA : rôles et actions

Paul Cibrie restera membre du Conseil de la WMA jusqu'à sa démission en 1957. Il exerce même la fonction de vice-président du Conseil de 1952 à 1955. Ses qualités de diplomates, son expérience de négociateur et ses connaissances (notamment de la Sécurité Sociale) ont été sollicités à de nombreuses reprises.

Grâce à l'analyse exhaustive de l'ensemble des archives de la WMA de 1947 à 1957, nous allons découvrir quels ont été ses travaux au sein des comités.

6-2.2.1 Observateur auprès de l'UNESCO, lien avec l'OMS et création du Conseil Permanent pour la Coordination des Congrès Internationaux des Sciences Médicales

- **L'UNESCO**

L'objectif de l'Organisation est le suivant : « contribuer au maintien de la paix et de la sécurité en resserrant, par l'éducation, la science et la culture, la

collaboration entre nations, afin d'assurer le respect universel de la justice, de la loi, des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion, que la Charte des Nations Unies reconnaît à tous les peuples. »[593]

L'idée d'une coopération intellectuelle internationale pour la paix ne date pas de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, à la manière de la WMA qui succède à l'APIM, l'UNESCO se substitue à plusieurs organisations : la Commission Internationale de Coopération Intellectuelle (Genève, 1922-1946), son agence exécutive, l'Institut International de Coopération Intellectuelle (Paris, 1925-1946) et le Bureau International d'Education (Genève, 1925-1968) qui, depuis 1969, a intégré le Secrétariat de l'UNESCO tout en ayant son statut propre.[594]

En novembre 1942, les gouvernements des pays européens qui affrontent l'Allemagne nazie et ses alliés se réunissent en Angleterre à la Conférence des Ministres Alliés de l'Education (CAME). Deux ans avant le Comité Organisateur de la WMA, Londres est donc également choisie par la CAME pour y tenir ses réunions. Elle les poursuivra jusqu'à la Conférence des Nations Unies pour l'établissement d'une organisation éducative et culturelle (ECO/CONF) qui s'est déroulée du 1er au 16 novembre 1945. La Conférence rassemble les représentants d'une quarantaine d'Etats qui décident de créer une organisation destinée à instituer une véritable culture de la paix. Dans leur esprit, cette nouvelle organisation doit établir la "solidarité intellectuelle et morale de l'humanité" et, ainsi, empêcher le déclenchement d'une nouvelle guerre mondiale. A la fin de la conférence, 37 de ces états signent la Constitution qui marque la naissance de l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO). La Constitution entre en vigueur dès 1946. La première session de la Conférence générale de l'UNESCO s'est tenue à Paris du 19 novembre au 10 décembre 1946.[595]

- **L'OMS**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est également née au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Mais là encore, l'idée d'une organisation internationale date d'une époque bien antérieure à 1945.

---

[593] UNESCO: passé et présent | Archives de l'UNESCO, http://www.unesco.org/archives/new2010/fr/histoire_unesco.html », consulté le 21 juin 2016
[594] Ibid.
[595] Ibid.

Dès 1851, une conférence sanitaire internationale est organisée à Paris pour débattre des problèmes de santé publique et en particulier pour lutter contre la propagation du choléra en Europe.[596]

La deuxième moitié du 19e siècle voit défiler une longue série de congrès internationaux de médecine dont le premier se tient à Paris en 1867. En 1874, se déroule à Vienne, la quatrième conférence sanitaire internationale qui permet la création de la Commission internationale permanente des épidémies.[597] La cinquième conférence a lieu à Washington en 1881 et crée l'Agence sanitaire internationale permanente.[598] Ces conférences amènent l'Hygiène à devenir l'une des préoccupations majeures du corps médical et entraînent l'apparition de la première organisation sanitaire internationale en 1907 : l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP).[599] Cet OIHP fonctionne sans problème majeur pendant environ dix ans mais les choses se compliquent après la Première Guerre mondiale avec la création de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSN) en 1919. Bien que l'OIHP et l'OHSN aient les mêmes objectifs initiaux et le même attachement à la Société des Nations, aucune ne s'efface au profit de l'autre. Elles cohabitent jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'une à Paris et l'autre à Genève.

En 1945, à San Francisco, les membres de la Conférence pour établir l'Organisation des Nations Unis (ONU) adoptent les déclarations conjointes des délégués brésiliens et chinois demandant l'établissement d'une organisation internationale de la santé. [600] La constitution de l'OMS est signée le 22 juillet 1946.[601] Le temps de trouver les fonds nécessaires, de mettre en place toute la logistique, et de s'approprier les travaux de l'OIHP et de l'OHSN, la Constitution de l'OMS ne rentre en vigueur que le 7 avril 1948.[602]

Voici les principes de la Constitution de l'OMS tels qu'ils ont été votés en 1946.[603] Ils n'ont pas changé depuis :

---

[596] Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS, 1958, p 8, livre téléchargeable, http://www.who.int/global_health_histories/who_history/en
[597] Ibid.
[598] Ibid.
[599] Ibid.
[600] Ibid.
[601] Ibid.
[602] « OMS | Constitution de l'OMS: ses principes http://www.who.int/about/mission/fr/ », consulté le 21 juin 2016, http://www.who.int/about/mission/fr/
[603] *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, OMS, 1958, p 8, livre téléchargeable, http://www.who.int/global_health_histories/who_history/en

- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.
- Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
- L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.
- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

- **Conférence de septembre 1946 du Comité Organisateur de la WMA : doutes de Paul Cibrie sur la légitimité de la WMA face à l'OMS et l'UNESCO**

A la conférence de septembre 1946 tenue par le Comité Organisateur de la WMA, les constitutions de l'OMS et de l'UNESCO viennent à peine d'être votées. Une peur apparaît alors rapidement : la présence d'une autre Organisation médicale internationale, dont la Constitution n'a toujours pas été

votée est-elle légitime ? En effet, la simple existence de l'OMS et de l'UNESCO menace celle de la WMA. Paul Cibrie craint l'ingérence de ces deux nouvelles associations dans les affaires médicales qu'il considère du ressort des médecins, donc de la WMA. Il relate les suspicions émises en France à l'égard de l'UNESCO et de L'OMS, « *suspicions nées car ces organismes n'ont pas clairement énoncé leurs rôles* ».[604] Il avertit qu'une coopération de la WMA avec ces institutions serait possible seulement si les règles de cette coopération étaient déterminées à l'avance : il doute que l'OMS soit toujours « *enclin à coopérer s'ils devaient endosser les fonctions bureaucratiques* ». Fernand Decourt soutient Paul Cibrie dans ses propos à la conférence de septembre 1946 :

« Une des raisons de la création d'une organisation à part entière, dit-il, est de défendre les médecins dont la liberté est menacée dans plusieurs pays et de proclamer à l'avance qu'une coopération avec cette nouvelle institution serait imprudente si elle n'était pas strictement encadrée. »[605]

Le Dr T.C. Routley (Canada) membre de la WMA et de l'OMS et le Dr Chisholm (représentant de l'ONU à la WMA) sont alors intervenus pour rassurer les français sur les ambitions de l'OMS :

« D'après la constitution de l'OMS, il n'y aura pas d'ingérence dans la pratique de la médecine, […] il n'y aura en aucune façon, de tentative de contrôle de la profession médicale. L'Organisation aidera toutes les institutions médicales engagées dans l'amélioration de la santé des peuples et, bien conscient de sa responsabilité, recevra les conseils des institutions parlant au nom de la profession médicale. »[606]

Finalement, les doutes initiaux sont rapidement dépassés. Le *BMJ* écrit en octobre 1946 : *« On pouvait penser que la médecine était déjà bien représentée sur la scène internationale à travers l'OMS, l'UNESCO et la FAO* [Food and Agriculture Organization of the United Nations, Organisation des Nations-Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture] *mais tous ceux qui ont assisté la semaine dernière à la conférence n'avaient plus de doutes à la fin des trois jours de discussion quant à la nécessité d'une organisation médicale internationale et sont repartis avec la conviction que ce nouvel organisme ne se contentera pas d'annoncer haut et fort de vagues résolutions impossibles à mettre en action par*

[604] World Medical Association Constituted, The search for a Formula. *BMJ*. 5 octobre 1946. p. 504.
[605] Ibid.
[606] Ibid.

la suite. La WMA est une association sérieuse et les délégués des différents pays sont venus à Londres la semaine dernière car ils ressentaient le besoin de supporter leurs confrères étrangers contre des forces menaçant l'âge d'or des traditions et des libertés du médecin. » [607]

- **Paul Cibrie nommé observateur de la WMA auprès de l'UNESCO**

Les membres de la WMA sont donc rassurés sur les intentions de l'OMS mais pas de l'UNESCO car l'organisation n'avait pas de représentants à la Conférence de septembre 1946 et n'a donc pas eu la possibilité de s'exprimer. Le secrétaire de la division Sciences Naturelles de l'UNESCO écrit une lettre en réponse aux craintes de Paul Cibrie, montrant tout l'attachement que pouvait ressentir l'UNESCO devant la création de la WMA :

« *Je souhaite vous féliciter pour la formation de la WMA. Nous ressentions le manque d'une telle organisation. Dans d'autres branches de sciences pures et appliquées, il existe des organisations internationales de large portée, comme le Conseil International des Unions scientifiques, et la nouvellement formée Fédération Mondiale des Scientifiques. Nous regrettons beaucoup de ne pas avoir eu connaissance de votre conférence. Nous aurions été ravis d'envoyer un observateur qui aurait pu expliquer les buts et les fonctions de l'UNESCO et, particulièrement, celles de sa Division des Sciences Naturelles. Notre représentation aurait été capable de dissoudre toute appréhension qui a pu exister dans les esprits de quelques-uns des délégués de votre conférence.* »[608]

Contre toute attente, l'UNESCO accueille très bien la création de la WMA. Elle va même proposer à la WMA de travailler en commun : en raison de la création rapide d'un nombre important de nouvelles associations internationales, l'UNESCO exprime ensuite la nécessité de créer un organisme qui s'occupe de la coordination des différents congrès scientifiques mondiaux afin de réduire les difficultés administratives et de déplacements des congressistes. L'UNESCO souhaiterait que la WMA prenne cela en charge par le biais d'un Conseil International des Sciences Médicales qui inclurait les membres de la WMA, de l'UNESCO, de l'OMS et de la FAO. Ils proposent que ce Conseil possède un bureau à Paris, proche de celui de la Division Sciences Naturelles de l'UNESCO et que la première session du Conseil se déroule à Paris au printemps 1947.

[607] World Medical Association. *BMJ*. 5 octobre 1946. p. 496.
[608] Rapport du Comité Organisateur, Paris, 15 novembre1946. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 178-179.

C'est Paul Cibrie qui est personnellement demandé par l'UNESCO pour être le représentant de la WMA au Conseil International des Sciences Médicales *« J'écris également au Dr Cibrie de la CSMF à Paris et s'il est joignable, j'en profiterai pour discuter avec lui sur le sujet.* »[609] Le Conseil International des Sciences Médicales naîtra seulement deux ans plus tard, nous en parlerons en détails dans les pages suivantes.

C'est donc naturellement que dès la conférence du Comité Organisateur de septembre 1946, « *on demande au Dr Cibrie d'assister à une conférence de l'UNESCO en tant que représentant de la WMA et de reporter au comité s'il apparaît qu'une coopération entre les deux organisations soit utile et si c'est le cas, de soumettre ses idées pour l'organisation d'une telle organisation.* »[610]

On lui demande également, à propos des méthodes de paiement des cotisations : « *d'obtenir toute l'information qu'il peut lors de la conférence à l'UNESCO, spécialement sur la possibilité pour la WMA de s'assurer l'immunité des cotisations vis-à-vis des régulations de change et de la variation des taux de change.* »[611] Paul Cibrie rend son opinion lors de la réunion suivante du Comité Organisateur en avril 1947 :

« *La question de l'immunité monétaire pour le transfert des souscriptions a été considérée par l'UNESCO. Les échanges préliminaires entre le Dr Cibrie,* [il se nomme donc lui-même] *et la personne représentant l'UNESCO, l'ont encouragé à espérer que le secrétariat de l'UNESCO sera disponible pour nous comme pour toute autre organisation scientifique internationale, se mettant en relation directement avec le Ministère des Finances ou les ambassades afin de faciliter les transferts de fonds d'un pays à un autre.*

[…]

Il ne semble pas, cependant, que l'UNESCO puisse agir en tant que banque internationale, bien que l'atmosphère de cette organisation nous soit très favorable. »[612]

---

[609] Ibid.
[610] Ibid.
[611] Ibid.
[612] Rapport du Comité Organisateur, Londres, 14-15 avril 1947. Archives de la WMA, 1947_1_GA_1_OCR. p. 335.

A partir de cet instant, Paul Cibrie devient l'observateur et le représentant officiel de la WMA lors des Conférences importantes de l'UNESCO. Il gardera cette fonction jusqu'à son départ en 1957.

T.C. Routley (Canadien, membre du Conseil de la WMA et de l'OMS) et le Dr Jean Maystre (Suisse, membre du Conseil de la WMA) ensuite, seront nommés observateurs de l'OMS. Le premier annoncera lors de la deuxième AG de la WMA en septembre 1948: « *L'OMS a officiellement reconnu la WMA comme la première organisation non gouvernementale avec laquelle ils coopéreront et la WMA devrait renforcer la confiance que lui a témoigné l'OMS.* »[613] Lors de la quatrième session du Conseil, les membres présents validèrent la phrase suivante : « *La WMA est essentielle à l'OMS, tout comme l'OMS est essentielle à la WMA ; il est également essentiel que la WMA continue de prendre part active dans le programme de l'OMS.* »[614]

Nous verrons ci-après que Paul Cibrie écrit régulièrement des rapports sur l'UNESCO. Or, à l'exception de rares interventions, Paul Cibrie ne rédigera pas d'importants rapports sur l'OMS puisque ce sont T.C. Routley et Jean Maystre qui le feront.

- **Les rapports de Paul Cibrie au sujet de l'UNESCO**

Lors de la troisième session du Conseil de la WMA, début septembre 1948 à Genève, on demande formellement à l'UNESCO et l'OMS de nommer un comité de liaison qui se réunirait avec celui de la WMA afin *« d'étudier le problème de la diffusion d'un résumé mondial de littérature médicale comprenant la garantie de fonds suffisants, l'édition et la publication de ce résumé et une diffusion aussi large que possible parmi les membres de la profession médicale dans le monde entier.* »[615] Etrangement, nous n'avons pas trouvé de réponse de Paul Cibrie à cette demande.

En Avril 1949, à la cinquième session du Conseil, Paul Cibrie présente un rapport sur une importante réunion qui s'est déroulée à Bruxelles du 4 au 9 avril entre 42 Organisations Internationales dont l'OMS et la WMA, sous l'égide de

[613] Procès-verbal de la 2ème Assemblée générale, Genève, du 08 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA. 1948_2_GA_2_OCR. , GA2. p. 26.
[614] Procès-verbal de la 5ème session du Conseil, Madrid, du 20 au 24 avril 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 50.
[615] Procès-verbal de la 3ème session du Conseil, Genève, du 05 au 07 septembre 1948. Archives de la WMA. p. 120.

l'UNESCO. Cette réunion est l'aboutissement de la demande faite par l'UNESCO à Paul Cibrie deux ans plus tôt : on y forme un Conseil pour la Coordination des Congrès Internationaux des Sciences Médicales (renommé en 1952 Conseil International des Sciences Médicales – CISM) dans le but d'« *empêcher que plusieurs réunions importantes ne soient fixées à la même date et réduire ainsi la durée des voyages et des frais.*»[616] Le CISM a pour mission « *d'établir l'agenda des Congrès scientifiques médicaux dans le monde, faire des propositions aux organisations internationales intéressées pour la coordination de leurs travaux et les informations utiles sur leurs dates et leurs programme des différents congrès traitant des questions connexes.* »[617]. Le siège social sera à Bruxelles et le siège du secrétariat à Paris. Paul Cibrie est élu membre du comité permanent de la CISM. Selon son propre rapport, il semble être *« intervenu à de nombreuses reprises et très spécialement en ce qui touche les moyens de diffusion à rechercher pour les travaux des différents congrès des sciences médicales. Ses suggestions furent retenues pour une mise au point par le Comité Permanent.* »[618] Il est assez du CISM qui donne à la WMA un poids décisionnel important dans la recherche et les études médicales internationales. Le CISM permet également à la WMA d'entretenir de bonnes relations avec les différentes organisations internationales. Enfin, l'UNESCO et l'OMS s'engagent à apporter une partie des fonds nécessaires à l'organisation des congrès internationaux. Or Paul Cibrie explique que la WMA n'étant pas d'ordre gouvernemental, elle a l'avantage de la liberté mais l'inconvénient d'absence de subventions officielles[619]. C'est donc une manne financière non négligeable pour que la WMA puisse organiser des rencontres internationales.

Lors de la quatrième AG en octobre 1950, Paul Cibrie présente un rapport assez étrange sur le lien devant exister entre l'UNESCO, l'OMS et la WMA. Il parle de l' « *indispensable Trinité* »[620] en évoquant la WMA comme *« troisième personnage moral* »[621] permettant au deux premiers dont l'action est « *maintenue sur le plan élevé des gouvernements* » de « *descendre quelque peu dans les détails, et sans abandonner la théorie, de s'efforcer à quelques*

[616] Procès-verbal de la 5ème session du Conseil, Madrid, du 20 au 24 avril 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 53.
[617] Rapport de Paul Cibrie sur la création du CISM en avril 1949 à Bruxelles. Présenté à la 5ème session du Conseil, Madrid, du 20 au 24 avril 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 2.
[618] Ibid.
[619] Rapport de Paul Cibrie, quatrième Assemblée générale. Activités de l'UNESCO et action possible combinée de la WMA, New-York, du 11 au 14 octobre 1950. Archives de la WMA. 1949_8_GA_3_OCR. p. 519.
[620] Ibid.
[621] Ibid.

réalisations directes ».[622] Sa volonté d'allier les trois organisations s'est concrétisée par la création du CISM. Les termes employés sont puissants et marquent une euphorie déplacée mais qui ne semble pas excessive pour Paul Cibrie. Toute sa vie, il craindra de ne pas être assez puissant pour perdurer. Il aura d'abord peur d'un démantèlement de l'USMF puis de celui de la CSMF. Poussé par un soupçon de jalousie, il combattra toujours les éléments qui peuvent le faire chuter. Cette ambition démesurée lui permet de créer de grandes choses en gravissant les échelons décisionnels mais lui attire quelques inimitiés. Après avoir participé activement à la création de la WMA, il commence à avoir peur des autres organisations internationales et mettra tout en œuvre pour que la WMA perdure. L'alliance de celle-ci avec l'UNESCO et l'OMS constitue une victoire car elle se retrouve mise sur un pied d'égalité avec deux organismes plus puissants : « *la Trinité dont nous parlions et dont l'action harmonisée pourrait dans les temps qui viennent, s'inscrire honorablement et fortement, dans la liste des bienfaiteurs de l'humanité* ».[623] Son rapport donne l'impression qu'il abat toutes les cartes de la WMA pour justifier qu'elle soit considérée l'égale de l'UNESCO et de l'OMS. Il arbore sa « *liberté* » face aux gouvernements et sa puissance statistique dans les études qu'elle mène puisqu'elle représente plus de « *500 000 médecins répandus dans le monde* »[624]. Dans un élan presque tragique, il termine son rapport par la justification ultime : « qui veut la fin, veut les moyens. » On retrouve son trait de caractère théâtral qu'il emploie régulièrement dans ses articles du *Médecin de France* rédigés pour la CSMF. Or cette égalité avec l'OMS et l'UNESCO dont il se félicite est très discutable : dans le livre de l'OMS écrit en 1958 et retraçant les dix premières années de l'OMS,[625] il n'existe pas la moindre évocation de la WMA. Il semblerait que la reconnaissance mutuelle entre organisations comme le laisse croire Paul Cibrie, n'existe pas.

Ses qualités de diplomate transpirent sur un rapport qu'il rédige le 3 avril 1951 sur le CISM. Il félicite l'OMS et l'UNESCO de mettre en œuvre des études médicales de qualité mais regrette leur « *intérêt encore réduit et non comparable à celui qu'apporterait une enquête générale dans le Monde réalisée*

[622] Ibid.
[623] Ibid.
[624] Ibid. p. 520.
[625] Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS, 1958, livre téléchargeable, http://www.who.int/global_health_histories/who_history/en.

par la WMA. »[626] Il n'hésite pas à écrire que seule la WMA peut réaliser ces enquêtes sur un plan mondial.[627] Il leur propose donc, grâce à la WMA, d'élargir les études du CISM aux associations médicales du monde entier. Il renforce ainsi l'utilité de la WMA pour l'UNESCO et l'OMS. Nous retiendrons une phrase de son rapport qui montre sa foi invincible en la WMA:

« Nous ne nous faisons d'ailleurs pas d'illusions sur le travail et les frais que nécessiterait une seule de ces vastes enquêtes. Mais, même si, un premier essai se révélait un échec relatif, rappelons-nous qu'il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. »[628]

Cette proposition sera acceptée et va permettre à la WMA de réaliser sa première vaste enquête qui aborde la distribution et la démographie du Cancer.

Lors de la onzième session du Conseil,[629] Paul Cibrie rapporte que l'UNESCO prend la tête d'un mouvement tendant à créer des laboratoires internationaux pour les travaux de recherche dont le premier serait sur le cerveau. Il signale aussi que l'UNESCO est en train de tenter une nomenclature de termes anatomiques. Paul Cibrie est alors chargé « *s'il trouve la chose opportune* »[630] de proposer à l'UNESCO d'écrire sa nomenclature en latin. Cela conduira à de vastes travaux sur une « Nomenclature Anatomique Internationale » dont Paul Cibrie annonce dans un rapport de 1955, la publication prochaine d'un fascicule en latin.[631]

Il écrira ensuite peu de rapports. Nous pensons qu'il continue d'assister régulièrement aux conférences de l'UNESCO mais qu'il ne juge pas utile de partager au Conseil de la WMA les activités de l'UNESCO, car les deux organisations n'ont pas de missions communes et ne se sollicitent pas. En février 1955, à la 23ème session du Conseil, il présente un rapport qui ne retrace « *que les activités qui peuvent avoir un intérêt direct ou indirect, mais cependant assez net, avec les buts que nous poursuivons nous-mêmes à la WMA.* »[632]

Les activités évoquées de l'UNESCO sont au nombre de trois : le lancement d'une action internationale touchant les études à intensifier dans le

---

[626] Rapport de Paul Cibrie sur les activités du CISM, 3 avril 1951. Archives de la WMA.1951_12_GA_5_OCR. p. 190.
[627] Ibid.
[628] Ibid.
[629] Procès-verbal de la 11ème session du Conseil, Genève, du 29 avril au 5 mai 1951. Archives de la WMA. p. 89.
[630] Ibid.
[631] Rapport de Paul Cibrie sur l'UNESCO et le CIOMS, 23ème session du Conseil. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR. p. 419.
[632] Ibid. p. 417.

domaine de la Croissance Cellulaire afin de contribuer aux recherches sur le cancer, la question des médications nouvelles et la santé mentale de l'enfant. Paul Cibrie ne rapporte aucune participation de la WMA à ses activités mais signale qu'elles sont toutes les trois entreprises en accord avec l'OMS.[633]

Les échanges tant espérés entre l'UNESCO et la WMA semblent être moins importants que Paul Cibrie ne le voulait. Cependant, son rapport évoque également les activités du CIOMS – nouveau nom du CISM - et les conclusions sont plus enjouées. Le CIOMS s'avère efficace : *« Au cours de 1954, dix-neuf congrès et conférences ont été coordonnés en huit groupes et une somme totale de 20 533 dollars a été répartie entre dix-huit unions internationales. Trente-trois jeunes chercheurs appartenant à seize pays différents ont reçu une aide financière qui leur a permis d'assister à huit congrès internationaux spécialement choisis. »*[634]

Il termine son rapport par ces mots qui parlent d'eux-mêmes : « *Bien que les questions habituellement étudiées par la WMA ne soient pas du domaine général de l'UNESCO et du CIOMS, nous estimons qu'il y a lieu de conserver des liens étroits avec ces deux Organismes, en raison de leur importance et de la valeur de leur documentation.* »[635]

Tout au long de sa présence à la WMA, Paul Cibrie ne cessera ses éloges envers le CIOMS (CISM) et l'UNESCO. Il finira dans son dernier rapport de mars 1956, présenté à la 26e session du Conseil en avril 1956, en écrivant : « *Bien que les activités des deux organisations scientifiques UNESCO et CIOMS soient le plus souvent extérieures à nos occupations ou études essentielles, il nous paraît que le contact doit être maintenu en raison des affinités des buts poursuivis et de l'aide mutuelle pouvant un jour s'avérer d'une particulière utilité.* »[636]

Pourquoi Paul Cibrie a participé à la création de la WMA et non à celle de l'UNESCO, de l'OMS ou d'une autre organisation médicale internationale ? Sans doute car la WMA est la petite fille de l'APIM, même si l'on voit que les deux associations n'ont finalement pas grand-chose en commun. Leur

[633] Ibid.
[634] Ibid.
[635] Ibid. p. 419.
[636] Rapport de Paul Cibrie sur l'UNESCO et le CIOMS, 26ème session du Conseil, Cologne, du 29 avril au 5 mai 1956. Archives de la WMA. 1956_38_GA_10_OCR. p. 98.

divergence est née en raison du contexte politique et économique complètement bouleversé après la Seconde Guerre mondiale. Paul Cibrie aurait-il été aussi enthousiaste s'il avait su que l'APIM ne renaîtrait pas ? Il est profondément corporatiste et son désir le plus important est d'empêcher la moindre gérance possible de l'Etat dans les affaires des médecins. Il est donc évident qu'il ne pouvait appartenir à un organisme gouvernemental comme l'OMS ou l'UNESCO.

6-2.2.2 Membre du comité sur les crimes de guerre. Création de la Déclaration de Genève

La condamnation des crimes de guerre nazis ne s'est pas faite dès la fin de la guerre. Il fallut d'abord « digérer » les horreurs que l'on découvrait et il fallut se réunir pour mettre à plat et trier les documents récoltés, créer des lois, encadrer les procédures,… Mais les choses se mirent rapidement en place grâce à l'information apportée à la population dont voici quelques exemples :

- De nombreuses œuvres littéraires et cinématographiques sur le système concentrationnaire et la Shoah sont publiés dès 1933[637].
- Les procès de Nuremberg du 20 novembre 1945 au 1er octobre 1946 et de Tokyo du 3 mai 1946 au 24 novembre 1948 où sont jugés les criminels de guerre nazis et où est utilisée l'accusation de « crimes contre l'humanité ».[638]
- L'organisation d'« *une réunion de scientifiques internationaux tenue à l'Institut Pasteur à Paris, sur les crimes commis par les médecins allemands pendant la guerre. Il y était question d'ouvrir une procédure judiciaire.* »[639]

De son côté, la WMA évoque dès la fondation du Comité Organisateur en septembre 1946, la nécessité d'une action menée par un groupement médical international. Le Comité Organisateur suggère qu'un rapport sur le sujet soit présenté à la prochaine conférence de la WMA. Le docteur A. Zahor

[637] Bertrand Lecureur. *Enseigner Le Nazisme et La Shoah. Une Étude Comparée Des Manuels Scolaires En Europe*. V&R Unipress. Annexe 2. 2012.
[638] Le concept de "crime contre l'humanité est créé par l'accord de Londres du 8 août 1945. Il introduit une distinction entre crime de guerre et « crime contre l'humanité » dans les statuts du Tribunal militaire international qui doit juger à Nuremberg les criminels nazis.
[639] World Medical Association Constituted. *BMJ*. 5 octobre 1946, pp. 503 à 506.

(Tchécoslovaquie) rappelle que « *durant l'occupation 1,080 membres du corps médical tchèque sont morts : 250 par exécution, 520 par la torture, l'emprisonnement et les mauvais traitements en général, 300 par l'exil et 10 par les bombardements. La mémoire des morts serait mieux honorée par un travail provenant d'une coopération internationale de la profession médicale.* »[640]

En juin 1947, la BMA, par l'intermédiaire de J. A. Pridham et Charles Hill, fournit un livret de quatre pages résumant ses travaux déjà effectués sur la question et qui serviront de base au travail du comité de la WMA.[641]

Le livret rappelle la classification des différents crimes commis par les médecins, utilisée par la « Commission des Nations Unies pour Crime de Guerre »:

- Expérimentations sur des êtres humains sans leur consentement, autorisées par les hautes autorités sous prétexte de recherche scientifique dans les intérêts de la guerre.
- Expérimentations sur des êtres humains sans leur consentement, conduites de leur propre initiative par les officiers de santé en camps de concentration dans le but d'accroître leur expérience.
- Sélection et assassinat de prisonniers en camps de concentration par négligence médicale ou au moyen d'injections létales.
- Assassinat délibéré de patients infirmes ou simples-d'esprit ainsi que d'enfants dans les hôpitaux ou en maison d'aliénés.

La BMA accuse les médecins en cause d'« *avoir délibérément tué des personnalités politiques indésirables au pouvoir en place* », d'« *avoir employé à mauvais escient leurs connaissances médicales et d'avoir prostitué la recherche scientifique* », d'« *avoir ignoré le caractère sacré et l'importance de la vie humaine* », d'*« avoir exploité l'être humain individuellement et collectivement* » et enfin d'« *avoir trahi la confiance placée en eux par la société de par leur profession* ».[642]

En effet, le véritable enjeu de la condamnation de ces médecins est la reconstruction d'une confiance envers la médecine. La découverte des

[640] Ibid.
[641] War Crimes and Medecine. Statement by the Council of the Association for submission to the World Medical Association. Juin 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 384-385.
[642] Ibid.

agissements horribles perpétués par les médecins nazis jette l'opprobre et le discrédit sur la profession toute entière. Le livret évoque la responsabilité du corps médical dans son ensemble qui sous-estime son influence dans la société. « *Individuellement, le médecin est plus qu'un représentant de l'opinion médicale ou qu'un expert technique. Il est le confident, l'ami et le conseiller proche et exerce une influence de portée bien plus éloignée que le domaine des besoins physiques. Collectivement la profession médicale peut cultiver à travers le monde la croissance d'une amitié internationale.* »[643] Il est urgent que le corps médical condamne le plus sévèrement possible les actes barbares entrepris au nom de la médecine.

Dans son livret, la BMA demande à la WMA :

- *« La publication d'une résolution sollicitant une action judiciaire par laquelle les membres de la profession médicale impliqués dans les crimes de guerre soient punis.*
- *L'élaboration d'une Charte Mondiale de la Médecine. Elle pourrait prendre la forme d'une affirmation moderne des buts et de l'éthique de la médecine dans l'esprit du serment d'Hippocrate, et devrait être publiée et appliquée à l'éducation et la pratique médicale.*

En termes d'éducation médicale, les buts et l'éthique de la Médecine devraient rentrer dans le programme scolaire. Un engagement à respecter les principes énoncés dans la Charte de Médecine devrait être présent lors de la cérémonie de remise du diplôme de docteur en médecine.

En pratique médicale, l'adoption de la Charte par la WMA et ses membres la constituant, et la publicité dans la presse médicale mondiale, permettrait de prévenir une récurrence de tels crimes et d'assurer que la Médecine garde son influence constructive et bénéfique dans la société tout entière. »[644]

La première AG de la WMA se tient trois mois plus tard, en septembre 1947, soit peu après que le Tribunal Militaire Américain siégeant à Nuremberg eût prononcé son verdict contre vingt-trois médecins nazis en les accusant de crimes commis contre des êtres humains au nom de la médecine.[645] La question est évidemment longuement débattue et un comité sur les Crimes de Guerre est

[643] Ibid.
[644] Ibid.
[645] Rapport « La Trahison Allemande et un Re-exposé de l'Ethique Médicale » tel qu'adopté à la 2ème Assemblée générale, Genève, du 8 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR, p. 105.

fondé le 19 septembre. Il est constitué de J.A. Pridham, Paul Cibrie, Krieger (Palestine, association médicale juive) et Clemmesen (Danemark).[646] Il se voit confier plusieurs missions :

- Créer un rapport sur les crimes de guerre commis depuis 1933 par les organisations médicales et les médecins allemands et des autres pays.
- Condamner solennellement les crimes contre l'humanité commis par certains membres du corps médical.
- Imposer à chaque médecin, lors du passage de sa thèse, de signer la Charte de médecine suivante (en plus du serment d'Hippocrate) : « Mon premier devoir parmi tous mes devoirs, écrits ou non, devra être de m'occuper du mieux que je puisse de chaque personne qui m'est confiée ou qui s'est confiée à moi, de respecter sa liberté morale, de refuser tout mauvais traitement qui pourrait lui être infligé et donc de refuser mon consentement à une autorité qui me demanderait de le maltraiter. Que mon patient soit mon ami ou mon ennemi, même en temps de guerre ou de troubles et quels que soient ses opinions, sa race, son parti, son rang social, son pays ou sa religion, mon traitement et mon respect pour la dignité humaine ne seront pas affectés par de tels facteurs. »
- Engager des poursuites judiciaires contre les criminels médicaux de guerre.
- Imposer aux syndicats médicaux allemands un repenti et une déclaration publique sur leurs agissements depuis 1933 et les conséquences de ces agissements.

Le comité demande alors à toutes les associations membres de soumettre le serment prononcé par les médecins dans leur pays respectif afin d'établir une charte médicale commune. Charles Hill (secrétaire de la WMA mais absent des membres du comité sur les crimes de guerre) écrit ensuite une lettre demandant aux membres du comité de ne pas se contenter de la Charte de Médecine signée

[646] Procès-verbal de la première Assemblée générale de la WMA, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 11.

en addition du serment d'Hippocrate mais d'inclure des éléments de cette Charte dans le serment.[647]

Lors de la deuxième session du Conseil du 26 au 29 avril 1948, le comité approuve les recommandations de Charles Hill mais attend des informations apportées par les médecins allemands pour rédiger son rapport définitif et le présenter à la deuxième AG.[648]

Les membres du comité (donc Paul Cibrie) vont travailler rapidement et réussir à présenter lors de la deuxième AG à Genève en septembre 1948, leur rapport définitif de 8 pages. Il s'intitule « *La Trahison Allemande et un Re-exposé de l'Ethique Médicale* ».[649] (Voir Annexe 3) Voici quelques citations et un bref résumé des idées émises dans le rapport:

« *La WMA condamne solennellement les crimes commis contre l'humanité depuis 1933 par des médecins allemands.* » Elle insiste sur la culpabilité de « *l'ensemble des médecins qui ont exécuté des ordres inhumains, qui ont agi en tant que technicien et qui ont fermé les yeux devant les actes criminels.* » Elle « *endosse l'action judiciaire entreprise afin de punir ces membres de la profession médicale qui avaient participé aux crimes* ».

« *La réhabilitation du corps médical allemand ne pourra devenir effective que lorsque les médecins allemands auront reconnus l'iniquité de leur conduite et annoncé leur détermination de revenir aux traditions et idéaux séculaires de la pratique médicale.* »

Le rapport relate ensuite les différentes déclarations et résolutions émanant des Chambres des Médecins de l'Allemagne de l'Ouest reconnaissant la participation du corps médical allemand aux crimes d'avant-guerre et de guerre, et promettant de respecter à l'avenir la personnalité, la dignité et la liberté de l'être humain. Si les allemands respectent leurs engagements, la WMA leur garantit d'accepter l'association médicale d'Allemagne de l'Ouest comme l'un de ses membres.

« *La vigilance éternelle de tous les médecins et la complète reconnaissance de l'influence de la Médecine sur la société sont nécessaires afin de prévenir le retour des crimes semblables à ceux commis en Allemagne.* »

---

[647] Lettre de Charles Hill au Conseil, 1948. Archives de la WMA. 1948_151_CS_3_OCR. p. 94.

[648] Procès-verbal de la 2ème session du Conseil, New-York, du 27 au 29 avril 1948. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 99.

[649] « Rapport « La Trahison Allemande et un Re-exposé de l'Ethique Médicale » tel qu'adopté à la 2ème Assemblée générale, Genève, du 8 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR, p. 105 ».

Le rapport insiste sur la responsabilité considérable des professeurs de médecine envers leurs étudiants. « *Ils doivent aider les étudiants à honorer les traditions de la médecine et à faire leurs les buts humanitaires de celle-ci* ». « *Les études de médecine doivent être pénétrées des buts et de l'éthique traditionnelle de la Médecine.* » Constatant que la coutume du serment d'Hippocrate « *est tombée en désuétude ou bien qu'elle est devenue une simple formalité* » dans certaines écoles de médecine, le comité propose le rétablissement d'une version moderne du serment. Il « *aiderait à imprimer dans l'esprit de jeunes médecins les principes fondamentaux de l'éthique médicale et à élever le niveau général de la conduite professionnelle. […] A la longue, la promesse commune faite par tous les médecins créerait un puissant lien mondial, les unissant au service commun de l'humanité* ».

Après analyse des serments prononcés par la profession dans les différents pays membres de la WMA, la 2ème AG valide le serment d'Hippocrate modernisé proposé par le comité sur les Crimes de Guerre :

> « *Au moment d'être admis au nombre des membres de la Profession Médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'Humanité.*
> *Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. J'exercerai mon art avec conscience et dignité.*
> *Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.*
> *Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.*
> *Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
> *Mes collègues seront mes frères.*
> *Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*
> *Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.*
> *Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*
> *Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.* »[650]

[650] Ibid.

Ce texte sera appelé « Déclaration de Genève » (lu également sous le nom moins usité de « Serment de Genève ») car validé lors de l'Assemblée générale de Genève.[651] Le comité sur les Crimes de Guerre encourage toutes les associations membres à proposer à leurs facultés de médecine d'utiliser ce Serment lors de la remise officielle du diplôme de docteur en médecine. Avec le recul que nous avons aujourd'hui, on sait à quel point ce travail a porté ses fruits puisque le serment d'Hippocrate est devenu une obligation à l'obtention du diplôme dans de nombreux pays du monde. Le comité sur les Crimes de Guerre n'est composé que de quatre membres. S'il est impossible de connaître les tâches exactes effectuées par Paul Cibrie, on peut estimer son implication importante au vue de la charge globale de travail fourni par le comité pendant deux ans.

Pour information, malgré la création d'un comité non officiel « Anschuss der Westdeutschen Aerztekammer » à Bad-Nauheim chargé de poursuivre les docteurs qui avaient participé aux crimes de guerre et l'existence de la « Marburg Association » composée de 15 000 jeunes docteurs n'ayant pas pris part aux crimes de guerre, le comité refuse l'adhésion des médecins allemands à la WMA tant qu'une organisation officielle ne serait pas créée. Lors de la quatrième AG de la WMA en octobre 1950, la Chambre des Médecins allemands (Deutsche Aertztetag) impose à chacun de ses médecins en activité et en devenir de prêter serment à la Déclaration de Genève.[652] Ainsi, l'Association Médicale de l'Allemagne Occidentale peut exprimer sa demande d'adhésion à la WMA et l'obtient aussitôt.

6-2.2.3 Président du comité d'Ethique

6-2.2.3.1 Paul Cibrie, à l'origine d'un Code International d'Ethique Médicale

- **Création du comité d'Ethique avec nomination de Paul Cibrie au poste de président**

Lors de la deuxième session du Conseil à New-York en avril 1948, Paul Cibrie demande la création d'un comité d'Ethique en vue d'établir un code

[651] Procès-verbal de la 2ème Assemblée générale, Genève, du 08 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA.1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 26.
[652] Procès-verbal de la 4ème Assemblée générale, New-York, du 16 au 19 octobre 1950. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR. p. 108.

international d'éthique médicale.[653] Il est alors décidé de créer le comité immédiatement et Paul Cibrie est nommé président. Il travaille aux côtés de J. A. Pridham (Royaume-Uni) et de Louis H. Bauer (USA). Les associations-membres sont invitées à envoyer rapidement au comité une copie du code médicale d'éthique existant dans leur pays, accompagnée de toute suggestion à l'amélioration de ce code.[654] Pourquoi Paul Cibrie propose-t-il cela subitement ? Il est en plein travail avec le comité sur les Crimes de Guerre et peut-être pense-t-il que le serment d'Hippocrate seul, ne sera pas suffisant à contrer les dérives de certaines pratiques médicales. Il faut plus que cela. Il faut un code d'éthique internationale signé par l'ensemble des associations membres qui permettra d'encadrer dans les détails les situations complexes auxquelles les médecins sont confrontés. Ce sera le plus important travail fourni par Paul Cibrie au sein de la WMA. Il sait aussi que si la profession ne l'organise pas, les juristes le feront et fidèle à ses opinions, il ne veut pas laisser des professions extérieures au Corps Médical prendre des décisions pour les médecins. Il y a donc urgence à créer ce Code.

Lors de la troisième session du Conseil qui s'est déroulée à Genève du 5 au 7 septembre 1948, les membres du Conseil approuvent la décision de Paul Cibrie de créer un code international d'éthique médicale[655]. Il est suggéré et adopté que ce Code soit divisé en quatre parties :

- Obligations des médecins en général
- Devoirs des médecins envers les malades
- Responsabilité des médecins vis-à-vis du public, de la communauté et de l'Etat
- Devoirs des médecins entre eux

Cette division est modifiée lors de la deuxième AG par celle-ci [656]:

- Devoirs généraux des médecins
- Devoirs des médecins envers les malades
- Devoirs des médecins entre eux

[653] Procès-verbal de la 2ème session du Conseil, New-York, du 27 au 29 avril 1948. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 100

[654] Ibid. p. 87.

[655] Procès-verbal de la 3ème session du Conseil, Genève, du 5 au 7 septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR, p. 118.

[656] Proposition de la constitution du Code d'Ethique présentée aux associations-membres à la 2ème Assemblée générale, Genève, septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 261.

Le comité est alors chargé de préparer une ébauche du code international d'éthique médicale afin de le soumettre à l'approbation de toutes les associations-membres.[657]

- **Rédaction du Code International d'Ethique Médicale**

Paul Cibrie et son comité de rédaction se mettent à la tâche. D'emblée, ils s'accordent pour dire que chaque association médicale nationale se verra dans l'obligation d'accepter ce code pour continuer à appartenir à la WMA.

Le code est soumis pour la première fois en avril 1949, à Madrid, lors de la cinquième session du Conseil :

« *Le Dr Cibrie rapporta que le code d'éthique tel que soumis dans le rapport du comité a été basé sur les principes de la Déclaration de Genève et sur les codes de la plupart des pays modernes. Le Code lui-même est court, concis, mais les règlements sont stricts. Le préambule est long mais nécessaire*. »[658]

Effectivement, pour présenter son travail, Paul Cibrie écrit un préambule [659] où il reprend les idées corporatistes qui le caractérisent. Il commence par ces mots :

« *Dans tous les pays du monde civilisé, les médecins constituent, non pas une classe, encore moins une caste, mais bien un corps social distinct des autres professions. Il n'y a, dans cette constatation, nulle idée de préséance, de hiérarchie ou d'aristocratie. C'est un simple fait d'observation, qui s'explique naturellement par la nature très sociale de la profession.* »

Il exprime l'idée que l'individu qui devient médecin ne devient pas forcément meilleur Homme mais rentre dans une catégorie spéciale d'individus qui ont tous des droits et des devoirs. Et aucun médecin « *du monde civilisé* » ne peut échapper à cette appartenance. C'est pour cela qu'un code international est absolument nécessaire.

Il continue son préambule en vantant les qualités dont doit disposer le médecin en rappelant son rôle de « *corps social* » appelé à « *pénétrer dans l'intimité des milieux les plus divers* ». « *La confiance qui lui est nécessairement*

---

[657] Procès-verbal de la 2ème Assemblée générale, Genève, du 08 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA.1948_2_GA_2_OCR. , GA2. p. 29.

[658] Procès-verbal de la 5ème session du Conseil, Madrid, 20-24 avril 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR, p. 56.

[659] Proposition de La Constitution Du Code d'Ethique Présentée Aux Associations-Membres À La 2ème Assemblée générale, Genève, Septembre 1948. Archives de La WMA. 1949_4_GA_3_OCR. pp. 259 à 262.

accordée en fait le confident moral » et *« il faut au vrai médecin, un sens psychologique affiné, un tact irréprochable, d'indispensables qualités morales et l'application de quelques règles générales directrices* ». Il faut donc que ces règles soient codifiées, d'où la nécessité de codes d'éthique et de déontologie. Il rappelle que nombre d'associations médicales nationales ont déjà fait ce travail de règlementation. La WMA doit réussir à établir un texte d'éthique « *en condensant, dans un texte bref et précis, les règles générales, dont l'observation est souhaitable, et même nécessaire, dans tous les pays du monde, laissant délibérément de côté, d'une part les questions secondaires, d'autre part les sanctions aux infractions, qui ne peuvent être réalisées que par un organisme national, sur le plan national.* »[660]

Il ne résiste pas à la tentation de citer l'APIM qui dès novembre 1935 avait réalisé ce code international d'éthique médicale.[661] Il n'est d'ailleurs pas très judicieux de rappeler cela car on constate que ce code ne fut d'aucune utilité pour contrer les pratiques des médecins nazis. Cet échec questionne sur l'utilité de la création d'un tel code d'éthique. Mais l'influence de l'APIM de 1935 n'est en rien comparable avec celle de la WMA de 1948. Paul Cibrie insiste pour utiliser le travail de l'APIM comme un « *canevas sur lequel il nous restera à broder d'un fil solide les préceptes sur lesquels l'accord* [en parlant du code] *doit être obtenu sur le plan mondial.* »[662]

Ensuite, Paul Cibrie rappelle avec fierté que malgré les difficultés linguistiques entre les adhérents, la WMA a réussi « *avec une bonne volonté générale et un sens aigu des responsabilités* » à vaincre tous les obstacles et à créer le Serment de Genève « *qui a déjà fait le tour du monde* » validé à peine un an plus tôt. « *Il nous est permis de penser que, dans un temps très court, ce texte sera celui qui constituera l'engagement solennel pris par tous les médecins du monde à l'entrée dans la carrière* ». [663] Il utilise donc le serment de Genève comme préface au code d'éthique en y ajoutant l'introduction du « Code of Ethics » de la « Canadian Medical Association » qui « *ont su, en quelques phrases, d'un caractère particulièrement élevé et digne, définir, ce que doit être un code d'éthique (ou de déontologie) et ce qu'il peut seulement être.* »[664]

Après avoir débattu chaque point du code, le Conseil propose de le

---

[660] Ibid.
[661] *Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale*, n°30, Novembre 1935, pp. 32 à 57.
[662] Proposition de la constitution du Code d'Ethique présentée aux associations-membres à la 2ème Assemblée générale, Genève, septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 261.
[663] Ibid.
[664] Ibid.

soumettre aux critiques des associations médicales nationales pour être modifié par la suite.

Voici la version soumise aux associations-membres[665] :

Introduction

« Comme vous voudriez que les hommes fissent pour vous, faites de même, vous, pour eux, » est une règle d'or pour tous les hommes. Un Code de Déontologie, pour les médecins, peut seulement élargir et mettre au point ceci et les autres préceptes et règles d'or dans les relations spéciales de la profession. Comme un fleuve ne peut pas s'élever au-dessus de sa source, un Code ne peut pas changer le premier venu en un docteur éminent. Il peut stimuler une conscience et la renseigner, mais il ne peut pas en créer une. Dans quelques cas seulement, il peut décréter : « tu devrais, tu ne devrais pas ». Si rendre les plus grands services à l'Humanité est le seul but valable pour ceux d'une profession quelconque, il en est de même dans un sens particulier pour les médecins, puisque leurs services concernent, d'une manière immédiate et directe, la santé des corps et celle des esprits des hommes.

Devoirs généraux des médecins

Le médecin, dans l'intérêt général de la profession devra toujours s'efforcer d'acquérir et de maintenir une situation morale et exemplaire.

La profession médicale ne doit, en aucun cas, être assimilée à un commerce.

Sont interdits au médecin :

- Tous les procédés de réclame et de publicité à l'exemption des indications expressément autorisées par les coutumes et codes d'éthique nationaux.
- Toute collaboration à une entreprise de soins où le médecin ne jouirait pas de l'indépendance professionnelle, en particulier en matière de prescriptions.
- Tout versement ou acceptation d'argent effectué à l'insu du patient, soit par des personnes soit par des entreprises quelconques, en particulier les fabricants de médicaments ou d'appareils.

Sous aucun prétexte, le docteur ne peut faire quoi que ce soit pour affaiblir la résistance physique ou mentale de l'homme excepté devant des indications strictement thérapeutiques ou prophylactiques imposées dans l'intérêt de son malade.

Il est recommandé au médecin la prudence la plus grande en matière de divulgation de découvertes ou procédés de traitement, tant que leur valeur n'est pas expressément reconnue.

Le médecin sollicité de délivrer un certificat ou une attestation ne doit certifier que ce qu'il a pu personnellement constater.

[665] Ibid.

Devoirs des médecins envers les malades

Le médecin doit toujours avoir à l'esprit l'importance qu'il y a à conserver la vie humaine dès le moment de la conception. L'avortement thérapeutique ne peut être accompli que si la conscience du médecin l'y autorise et les lois nationales le permettent.

Il doit à son malade toutes les ressources de sa science et tout son dévouement. Lorsqu'un examen ou un traitement dépassent ses capacités, le médecin doit faire appel à tel autre médecin qualifié en la matière.

Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée.

Le médecin quel qu'il soit doit toujours, en cas d'urgence, les soins immédiatement nécessaires par devoir d'humanité. Il peut, par contre, pour des raisons dont il reste juge, refuser ses soins lorsque ceux-ci peuvent être assurés par d'autres.

Devoirs des médecins entre eux

Le médecin doit traiter ses confrères comme il désirerait être traité par eux et appliquer les règles de la courtoisie la plus stricte soit directement, soit lorsqu'il parle ou écrit à leur sujet.

Il doit s'abstenir de tout détournement de clientèle et d'une façon générale, éviter avec soin tout ce qui pourrait nuire matériellement ou moralement à ses confrères.

Il doit appliquer de tout son pouvoir les préceptes inclus dans le serment de Genève, approuvé par l'Association Médicale Mondiale.

- **Validation du Code International d'Ethique Médicale**

Dès la sixième session du Conseil à Londres début octobre 1949, déjà 11 nations ont accepté le Code. On décide « *l'adoption et la publication immédiate du Code dans l'espoir que l'OMS l'accepte et ne publie pas un Code qui lui soit particulier. Le Conseil exprima l'opinion que l'élaboration d'un Code International d'Ethique était une affaire professionnel et non une affaire gouvernementale et conséquemment qu'il n'y avait aucune nécessité de rechercher l'approbation de l'OMS* ».[666]

[666] Procès-verbal de la 6ème session du Conseil, Londres, du 6 au 9 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_5_GA_3_OCR. p. 104.

Dans ces phrases, nous lisons l'intervention de Paul Cibrie. Il est président du comité d'Ethique et fournit un énorme travail sur le Code International d'Ethique Médicale. Ce travail est celui des médecins pour encadrer leur propre pratique et il est hors de question de suivre l'avis d'un organisme gouvernemental tel que l'OMS.

Le Code est finalement présenté lors de la troisième AG en octobre 1950. Mais avant d'être validé, deux éléments posent problème.

- Il est très difficile « *d'écrire une ébauche du code qui sera conforme avec les standards éthiques de chaque pays, ceux-ci variant si intimement avec la religion.* »[667] Il est donc décidé que chaque nation puisse modifier le Code à condition que les principes essentiels ne soient pas violés.
- la première phrase du paragraphe « devoir des médecins envers les malades » a été sujette à débats et modifiée.

La phrase présente dans l'ébauche du Code est la suivante :

« Le médecin doit toujours avoir à l'esprit l'importance qu'il y a à conserver la vie humaine dès le moment de la conception. L'avortement thérapeutique ne peut être accompli que si la conscience du médecin l'y autorise et les lois nationales le permettent. »

Paul Cibrie doit répondre au Dr P. Moran (Irlande) qui s'étonne de ce passage du Code relatif aux avortements thérapeutiques.[668] P. Moran affirme que « *nul n'a le droit, en dehors de la Justice de prononcer la peine de mort. L'Association ne devrait rien faire qui puisse faciliter la voie des partisans de l'avortement. Autrement où irait la profession ?* »[669] Il propose que la référence à l'avortement thérapeutique soit supprimée. Paul Cibrie lui rappelle que seule une très sévère condition permettait dans certains pays l'avortement thérapeutique et que les partisans de l'avortement ont été implicitement condamnés avec la Déclaration de Genève.[670] P. Moran est supporté par les docteurs Magner (Canada), F. Sondervorst (Belgique), Lorenzo Garcia Tornel (Espagne) et les délégués autrichiens et portugais. Paul Cibrie est soutenu par les docteurs S. C. Sen (Inde), L. L. Davey (Australie) et J. A. Pridham (Royaume-Uni). Ce dernier rappelle que Moran condamne le meurtre. Or « *un meurtre peut*

---

[667] World Medical Association, *BMJ*. 15 octobre 1949. pp. 854-855.
[668] International Code of Medical Ethics, *BMJ*. 22 octobre 1949. p. 176.
[669] Ibid.
[670] Ibid.

être commis aussi bien par une action que par une inaction. Si un docteur, après consultation de ses collègues, est certain qu'une femme meurt en l'absence d'avortement thérapeutique et permet quand même à la grossesse de continuer, n'est-il pas moralement coupable de meurtre ? ».[671] Cette fois-ci Paul Cibrie est donc soutenu par la communauté plutôt anglo-saxonne que latine. Il fait preuve d'ouverture d'esprit en prenant une position modérée vis-à-vis de l'avortement par rapport aux pays latins. Lui qui est d'habitude attaché aux traditions, montre parfois une modernité inattendue.

Après un vote à 19 contre 22, la proposition de supprimer cette phrase du code n'aboutit pas. Plus tard, cependant, en raison de cette faible majorité, il est décidé de créer un petit comité pour étudier le paragraphe entier. Le lendemain le comité rapporte que le paragraphe doit simplement s'écrire :

« Le médecin doit avoir toujours présent à l'esprit, le souci de conserver la vie humaine. Ce respect s'étend du temps de la conception jusqu'à la mort. »

Ne laissant aucune référence spécifique à l'avortement thérapeutique, c'est avec cette phrase que commence le chapitre « devoirs des médecins envers les malades » dans le Code définitif. Lors de la troisième AG de la WMA à Londres, le 12 octobre 1949, le Code International d'Ethique Médicale est *« approuvé, sujet à l'insertion des amendements et laissé aux Associations Médicale Nationales la liberté de modifier la rédaction du Code pour usage particulier dans leurs pays respectifs pourvu qu'elle se conforme aux principes du Code.* »[672]

La WMA recherche l'approbation du Code par l'OMS en le présentant à la cinquième session du Conseil Exécutif de l'OMS tenue à Genève du 16 janvier au 02 février 1950. Contre toute attente et après de nombreux débats où la diplomatie des différents médecins internationaux fut de mise, l'OMS décide qu'il ne lui appartient pas de modifier le texte d'un code qui a été adopté par la WMA et prend simplement acte du document. Le Code n'a donc été ni approuvé ni rejeté par l'OMS.[673]

---

[671] Ibid.

[672] Procès-verbal de la 3ème Assemblée générale, Londres, du 11 au 14 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_6_GA_3_OCR. p. 93.

[673] Rapport sur les travaux de la 5ème session du conseil exécutif de l'OMS. Archives de la WMA.1949_6_GA_3_OCR, pp. 275 à 286.

- **Heurts avec le Comité International de la Médecine et de la Pharmacie Militaire et la Commission Médico-Juridique de Monaco**

A partir de la diffusion du Code International d'Ethique Médicale, la WMA et surtout Paul Cibrie entrent en conflit avec le Comité International de la Médecine et de la Pharmacie Militaire (CIMPM) et la Commission Médico-Juridique de Monaco (CMJM).

Le CIMPM est une organisation inter-gouvernementale qui réunit les représentants de 89 états. Il est issu d'une collaboration entre les services de santé des armées alliées au cours de la Première Guerre mondiale.[674] Ses frais de fonctionnement sont pris en charge par les Etats membres. Sa mission principale est « d'exercer par tous les moyens dont il dispose, une action continue en vue du développement du droit international médical ».[675]

La CMJM est une organisation non-gouvernementale créée le 5 février 1934 par le prince Louis II de Monaco, à la suite d'un vœu exprimé par le congrès international de médecine et de pharmacie militaire de Madrid en 1933.[676] Elle est constituée de juristes et de médecins et son but est de « contribuer à l'élaboration et au développement du droit international médical sur la base des principes moraux qui régissent la profession médicale ».[677] Elle est composée de 17 membres nommés pour 3 ans par le prince de Monaco. Certains des membres appartiennent également au CIMPM.

La CMJM organise une réunion au mois de mai 1950 où le CIMPM y est représenté par le général et médecin Voncken.[678] Celui-ci fait une conclusion des travaux de la CMJM dans un article du 23 décembre 1950 qui paraît dans *la Presse Médicale* (journal médical français de portée internationale). Cet article fait une vive critique du Code International d'Ethique Médicale.

« *Ce Code se limite à fixer les règles générales de conduite du médecin dans sa vie professionnelle, de ses devoirs envers les malades et envers ses confrères.*

---

[674] Jean-Marie Crouzatier, *Droit International de la Santé,* 2009, éditions des archives contemporaines, p. 66.
[675] Ibid.
[676] Ibid. p. 67.
[677] Ibid. p. 67.
[678] Procès-verbal de la 11ème session du Conseil, Genève, du 29 avril au 5 mai 1951. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR, p. 90.

[…]

La question capitale d'un Code International - spécialement valable pour le temps de guerre où des problèmes nouveaux peuvent naître à chaque instant – n'y est pas soulevée, à savoir les rapports du médecin avec l'Etat, avec l'autorité occupante, et même avec les ennemis de son pays. Ce sont là autant de questions de la plus haute importance et qui ne sont même pas évoquées. »[679]

Il dénonce l'absence de lois médicales internationales, de tribunaux et de sanctions médicales universelles. « *Toutes ces questions laissées dans 1'ombre constituent de graves lacunes qui font que l'édifice propose un ensemble illusoire et sans aucune portée pratique. C'est en somme une simple prise de position, un vœu platonique à ajouter à tant d'autres.* »[680]

La pilule est difficile à avaler pour Paul Cibrie qui a mis tant de cœur à la création du Code d'Ethique. Avec l'appui de la WMA, il réagit donc très vivement aux attaques du général médecin Voncken. Il se retrouve au cœur de débats où le tact et la mesure, la ferme négociation et la conciliation sont de rigueur. Mais la diplomatie est une chose qu'il maîtrise maintenant parfaitement et il se retrouvera une fois encore à défendre une vraie politique de la profession médicale gorgée de valeurs corporatistes.

Il rédige un rapport le 16 avril 1951 où il exprime sinon son mépris, au moins ses peurs face aux hostilités du CIMPM dont les membres se sont réunis en mai 1950. Selon lui, le but de cette réunion était de « *jeter les bases d'un projet de Convention Internationale pour l'exercice de la médecine en temps de paix et en temps de guerre.* »[681] Il reproche au CIMPM d'outrepasser ses attributions et redoute que par « *un sentiment hypertrophique des pouvoirs* »[682] qu'il s'arroge lui-même, le CIMPM n'établisse à lui seul, un code des droits et devoirs des médecins en temps de guerre. Or, d'après Paul Cibrie, seule l'OMS, de par son essence gouvernementale et après collaboration avec la WMA et la Croix-Rouge Internationale (CRI), « *dispose de moyens d'actions diplomatique ou judiciaire pour détecter en temps de guerre, les manquements graves aux règles établies et disposer, et aviser aux moyens d'appliquer, ou de faire*

[679] Rapport de Paul Cibrie. « A propos d'un code de droit international ». 16 avril 1951. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR. p. 187.
[680] Ibid. p. 188.
[681] Ibid. p. 186.
[682] Ibid. p. 186.

appliquer, les sanctions inhérentes aux fautes, qui peuvent aller du simple manquement jusqu'au crime prouvé. »[683]

Paul Cibrie n'acceptera jamais que des lois non dictées par des médecins régissent leur pratique. Il s'est ardemment battu pendant plus de dix ans pour que l'Ordre des Médecins soit composé de médecins et non de juristes et qu'il ne soit pas de création gouvernementale. Or, comme nous l'avons vu, faute d'avoir été créé avant la Seconde Guerre mondiale, c'est le régime de Vichy qui met en place le premier Ordre des Médecins. Il redoute probablement que ne se reproduise au niveau international, ce qui s'est produit dans son pays, à savoir la prise en charge de la déontologie médicale par des instances politico-juridiques non médicales. Il refuse donc catégoriquement que des organismes non dirigés par des médecins mais des juristes ou des militaires, imposent un droit médical international.

Il dénonce un manque de connaissance des réelles préoccupations des médecins et rend absurde les arguments et les idées du CIMPM. Ainsi il s'insurge qu'on veuille imposer aux médecins des sanctions pénales internationales arguant que la profession est largement punissable par des sanctions disciplinaires émanant des tribunaux médicaux : « *Un Code moral est en effet platonique si l'on suppose que les sanctions de la conscience professionnelle sont elles-mêmes illusoires pour chacun des médecins du monde.* »[684] Il continue avec l'impossibilité d'obtenir un tribunal international en temps de guerre. Il faudrait en effet, avoir la chance d'avoir un pays qui dispose d'un tribunal international compétent avec les moyens d'investigations suffisants. Mais il faudrait en plus, que ce pays soit neutre pendant le conflit afin de rendre ses jugements de façon impartial. Cependant, il admet que l'on puisse « *concevoir un Tribunal International, siégeant après les hostilités, et ayant à connaître des crimes commis pendant la guerre, mais ceci ne peut constituer une exclusivité pour les membres du Corps Médical, et cette idée un peu spéciale, semble difficilement applicable, et avant d'être retenue, mériterait une étude approfondie.* »[685]

Il n'est absolument pas hostile à la création de sanctions envers les médecins mais il est hors de question que ces sanctions soient écrites et décidées par des personnes hors de la profession médicale. Le seul acteur légitime pour

[683] Ibid. p. 186.
[684] Ibid. p. 188.
[685] Ibid. p. 189.

organiser le droit médical international est, pour Paul Cibrie, l'ensemble OMS-WMA-CRI (Croix-Rouge Internationale) :

« *Le Droit International existe. Il vise toutes les catégories d'individu et surtout d'ailleurs, les Nations elles-mêmes. Des notions d'éthique, spéciales pour temps de guerre, peuvent être étudiées, elles doivent l'être dans ce cas, par la symbiose OMS, WMA, CRI.*

L'intrusion d'un organisme nouveau crée sous la direction d'une association de très honorables confrères des différentes Armées, nous paraît excéder la compétence et les possibilités de ces derniers. »[686]

En vue d'apaiser les tensions, la WMA est invitée à un congrès patronné par le CIMPM qui se déroule du 25 au 27 avril 1951 à Nice. Le but de la réunion étant l'établissement d'un droit médical international et la création d'un Centre International d'Etudes du Droit Médical, que ses créateurs tenaient à mettre sous l'égide du prince de Monaco.[687] Paul Cibrie est envoyé comme observateur officiel de la WMA. Il y sera présent à côté des représentants de la CMJM, de l'OMS, de la CSMF, de la CIOMS, de l'Ordre des Médecins, de l'Académie de Médecine,… La Croix Rouge Internationale n'y était pas représentée. Le Congrès de Nice aboutit à la création d'un Centre international d'études du droit médical basé à Monaco.

Paul Cibrie accueille positivement la création du Centre mais estime que les rôles du Centre sont informatifs et consultatifs mais aucunement exécutifs. Il campe donc sur ses positions et annonce à la 11ème session du Conseil de la WMA, le 29 avril 1951 :

« *L'impression qu'il faut retenir des réunions de Nice est que, si qualifiées et compétentes qu'étaient les personnalités qui y siégeaient, elles n'étaient aucunement mandatées pour parler au nom des médecins du monde. II semblerait qu'il appartient de droit au Comité combiné de l'A.M.M.* [WMA], *de l'O.M.S. et de la C.R.I. de juger du résultat de ces genres d'études. Ce comité réunissant sporadiquement ou momentanément ces grandes associations verrait s'il est nécessaire ou utile de prendre en considération les propositions du Comite de Droit Médical International et la décision d'action leur appartiendrait exclusivement.* »[688]

---

[686] Ibid. p. 189.
[687] Procès-verbal de la 11ème session du Conseil, Genève, du 29 avril au 5 mai 1951. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR, p. 90.
[688] Ibid. p. 91.

Le Conseil de la WMA prend alors acte, lors de la cinquième AG, de la création du Centre international d'études du droit médical mais suit Paul Cibrie dans ses craintes. La WMA estime que ce Centre « *n'est nullement mandaté pour traiter de propositions officielles ou de conclusions d'aucune sorte. S'il devient nécessaire d'amplifier son Code International d'Ethique Médicale afin de sauvegarder les travaux des médecins civils en temps de paix et de guerre, c'est à la WMA, à l'OMS et au Comité international de la Croix Rouge qu'il appartient de faire cette modification.* »[689]

En octobre 1951, la WMA reçoit une lettre du secrétaire du CIMPM qui tend à apaiser les tensions. Le CIMPM déclare qu'il *« n'est pas officiellement mandaté à traiter les questions relatives à la médecine civile. Le CIMPM serait certainement grandement en faveur d'un Code International de Déontologie mais la tâche de l'élaboration d'un Code de cette nature n'appartient pas au CIMPM étant donné qu'elle incombe à la WMA.* »[690]

Les choses se calment ainsi pendant un an. Cependant, en septembre 1952, le CIMPM demande à la WMA d'ajouter à son code d'Ethique quelques lignes sur le rôle du médecin dans la guerre biologique. « *Le médecin peut-il prêter son assistance à des études ayant pour but de rendre offensifs les agents biologiques ? L'expérimentation in anima vitae lui est-elle permise ?* »[691]

La WMA acquiesce mais préfère laisser le soin au Comité International de la Croix-Rouge qu'elle juge plus apte, d'établir un code sur les devoirs du médecin en temps de guerre.[692]

Un mois plus tard, en octobre 1952, dans une atmosphère encore suspicieuse, Paul Cibrie propose à la 15ème session du Conseil de la WMA, d'ajouter au Code International d'Ethique Médicale, la phrase suivante : « *Etant donné que la Commission Médico-Juridique de Monaco n'est aucunement qualifiée pour traiter de ces questions, si elle persiste à élaborer un code d'Ethique Médicale, celui-ci ne sera pas accepté par la Profession Médicale.* »[693] L'ajout est approuvé tout de suite.

---

[689] Ibid. p. 94.
[690] Procès-verbal de la 14ème session du Conseil, Bruxelles, du 28 avril au 2 mai 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR, p. 59.
[691] Rapport du CIMPM, 15 septembre 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR, p. 206.
[692] Rapport du comité d'Ethique rédigé par Paul Cibrie. 20 février 1953. Archives de la WMA. 1953_24_GA_7_OCR, p. 21.
[693] Procès-verbal de la 15ème session du Conseil, Athènes, du 5 au 10 octobre 1952. Archives de la WMA. 1953_22_GA_7_OCR, p. 212.

Or, la WMA apprend que le Centre International de Droit Médical va prochainement établir un Code de Déontologie Médicale Universelle. La réaction de Paul Cibrie ne se fait pas attendre. Il fait adopter le texte suivant, lors de la sixième AG qui s'est déroulée du 12 au 16 octobre à Athènes :

« *Etant donné que le CIMPM et la CMJM ont proposé le développement d'un Comité International d'Ethique Médicale, la WMA a adopté la résolution suivante :*

> *'Les délégués de la WMA estiment que l'éthique professionnelle doit être étudiée et codifiée par la profession et non par un gouvernement ou une assemblée de gouvernement parce que le médecin relève dans sa profession avant tout de sa conscience et qu'un gouvernement n'a par définition pas de conscience.'*

La WMA a dicté au nom des 700.000 praticiens répandus dans le monde qu'elle représente valablement du fait de l'adhésion des Associations Professionnelles Nationales de 43 pays,

un CODE MONDIAL D'ETHIQUE MEDICALE

Ce Code, adopté par la WMA en 1949, est valable pour tous les médecins des pays adhérents pour le temps de paix et pour le temps de guerre.
L'Association Médicale se propose de le compléter par certaines dispositions spéciales au temps de guerre, en collaboration avec les organismes internationaux ayant compétence en la matière.

La WMA déclare catégoriquement que le Comité d'Etudes dit "Commission Médico-Juridique de Monaco" n'est en aucune façon qualifié pour imposer aux Médecins praticiens de toutes les Nations, des règles internationales d'Ethique, que seul le Groupement des Associations Professionnelles Nationales constituant la WMA, a le droit d'établir et de promulguer.

> *'Etant donné que la Commission Médico-Juridique de Monaco n'est aucunement qualifiée pour traiter ces questions, si elle persiste à élaborer un Code d'Ethique Médicale, celui-ci ne sera pas accepté par la Profession Médicale. '*

De plus, le CIMPM a ignoré l'existence du Code International d'Ethique Médicale de l'Association Médicale Mondiale et n'a aucune compétence pour recommander le genre de modifications qu'il conviendrait d'apporter au Code. »[694]

- **Ajout d'un chapitre sur les devoirs du médecin en temps de guerre et envers la société**

Voté depuis 1949, la popularité du Code International d'Ethique Médicale n'est pas aussi large que ne le souhaiterait Paul Cibrie. Or une vaste diffusion du Code serait un atout face à un éventuel Code de Déontologie du CIMPM. En février 1953, Paul Cibrie rédige un rapport dans lequel il exprime le souhait que le Code d'éthique ainsi que le serment de Genève soient « *davantage divulgués et que chacune des revues professionnelles des associations-membres le reproduisent en bonne place une fois par an.* »[695] Mais le Code est incomplet et perfectible selon Paul Cibrie. Il fait remarquer qu'il comporte deux lacunes : « l'absence d'un chapitre sur les devoirs du médecin envers la société et les devoirs du médecin en temps de guerre. »[696]

Le souhait d'ajouter quelques lignes sur les devoirs du médecin en temps de guerre est une réponse à la demande du CIMPM et sera remis entre les mains du Comité International de la Croix Rouge comme nous l'avons évoqué. Paul Cibrie se voit confier avec l'aide d'un comité international de liaison la mission d'aider le Comité International de la Croix-Rouge à obtenir la ratification de la quatrième Convention de Genève de 1949 et à créer un emblème pour la protection des médecins civils. La quatrième Convention de Genève est relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre. Les agissements des médecins envers les populations civiles sont donc au premier plan.

Paul Cibrie présente son rapport à la neuvième AG en septembre 1955 :

« *Le comité d'éthique médicale estime nécessaire d'adopter certaines règles professionnelles devant gouverner la conduite des médecins en temps de guerre ; soit que ces médecins relèvent d'un gouvernement mobilisé et engagé dans un conflit ou d'un pays en état d'occupation par l'ennemi. Un code*

[694] Rapport du comité d'Ethique. 9 février 1953. Archives de la WMA. 1953_24_GA_7_OCR. p. 77.
[695] Rapport du comité d'Ethique rédigé par Paul Cibrie. 20 février 1953. Archives de la WMA. 1953_24_GA_7_OCR, p. 21.
[696] Ibid.

d'éthique -prévu pour ces cas- serait de nature à promouvoir la coopération et les relations professionnelles entre les médecins de pays hostiles et faciliterait à l'un et à l'autre groupe de médecins l'accomplissement de leurs devoirs professionnels. »[697]

Mais il n'ira pas plus loin et démissionnera ensuite du comité d'Ethique.

En ce qui concerne les devoirs du médecin envers la société, nous reconnaissons la volonté de Paul Cibrie de positionner le rôle du médecin vis-à-vis du gouvernement et vice-versa. Déjà, à la CSMF, le code de déontologie médicale comprend un quatrième chapitre intitulé « *Devoirs des médecins concernant les collectivités* »[698] Il y est question des valeurs chères à Paul Cibrie que l'on retrouve dans la charte médicale : libre choix par les patients du médecin travaillant pour une collectivité, indépendance et dignité du médecin, revenu convenable, secret professionnel même envers les collectivités,…

Afin de préserver les éléments de la charte médicale, Paul Cibrie essaye de faire ajouter au Code International d'Ethique Médicale, un chapitre définissant la pratique des médecins travaillant en collectivité. Une fois leur cadre de travail posé, ils seraient protégés de futures actions gouvernementales cherchant à contrôler leurs pratiques.

Mais s'il était évident qu'un tel chapitre existe en France, ce n'est pas le cas ailleurs dans le monde. La plupart des pays anglo-saxons ne sont pas favorables à cette adjonction qu'ils jugent inutiles. Il s'est avéré que la traduction du code de la langue française à la langue anglaise engendrait peut-être une différence de compréhension du texte. Mais une nouvelle fois, le clivage se fait entre anglais et français et la raison évoquée ci-avant n'est sûrement pas la seule. Ce sont deux visions de la médecine qui s'affrontent. D'une part, les français, prêts à s'ouvrir à la médecine sociale mais ancrés dans des valeurs traditionnelles qui placent la liberté du médecin comme priorité première. D'autre part les anglais, plus modernes, qui positionnent le médecin comme un maillon de la prise en charge collective du patient, décidée par l'Etat. Dans la position anglaise, l'établissement de devoirs du médecin envers la société s'avère effectivement inutile puisqu'ils découlent de sa fonction même.

---

[697] Procès-verbal de la 9ème Assemblée générale, Vienne, du 20 au 25 septembre 1955. Archives de la WMA. 1956_37_GA_10_OCR. p. 275.

[698] CSMF, *le Médecin de France ,* 1931, après p. 798.

Finalement, après plusieurs réécritures, Paul Cibrie propose de nouveau lors de la 8e Assemblée générale à Rome en septembre 1954, l'ajout d'un quatrième chapitre sur les Devoirs des médecins envers la Société. Voici le paragraphe qu'il propose :

« *Devoirs des médecins envers la Société*

Certaines obligations découlent pour les médecins des questions touchant la santé de la Communauté.

Dans chaque état, l'organisation la plus représentative de la profession médicale doit établir dans le cadre des impératifs moraux les règles du concours que doit apporter le corps médical à toute œuvre sociale tendant à préserver ou améliorer la santé publique.

Le médecin pris individuellement, lorsqu'il accepte les règles ainsi établies, doit s'y conformer exactement. Son devoir est d'apporter dans l'accomplissement de sa fonction sociale, la même conscience et le même dévouement qu'il accorde à ses malades ; il ne doit en aucun cas utiliser des fonctions sociales au bénéfice de son exercice privé.

Toute action dépourvue de caractère politique tendant à préserver la Société des périls auxquels elle est exposée doit obtenir l'approbation active des groupements médicaux. »[699]

Mais la proposition ne passe toujours pas. Beaucoup affirment que les devoirs du médecin envers la société sont déjà sous-entendus dans les trois chapitres précédents et qu'il n'est pas admissible de créer un autre chapitre uniquement pour favoriser les relations avec l'Association Internationale de la Sécurité Sociale[700] et par peur d'éventuelles « *critiques* ». Paul Cibrie reformule le chapitre à de nombreuses reprises et continue de le présenter à chaque session du Conseil et chaque AG. Voici sa dernière version (avril 1955) :

« *Les devoirs généraux du médecin envers la société :*

[699] Addition proposée par Paul Cibrie au Code d'Ethique. Juin 1954. Archives de la WMA. 1953_165_CS_18_OCR. p. 196.
[700] Voir chapitre 6-2-2-4.

- *Les devoirs généraux du médecin doivent trouver également leur application envers la société.*
- *Les devoirs du médecin envers la société comportent dans les limites des règles essentielles de son exercice, sa participation à la lutte contre les fléaux sur le plan national et sur le plan mondial.*
- *Dans cette lutte pour la santé de la communauté, le médecin doit apporter la même conscience et le même dévouement qu'il accorde aux malades pris individuellement.* »[701]

Paul Cibrie va même jusqu'à proposer la solution suivante :
« *Si le Conseil n'est pas d'accord d'ajouter un chapitre, le Comité croit que le paragraphe suivant soit incorporé dans le premier chapitre :*

> *'Les devoirs généraux des médecins doivent trouver également leurs applications envers la Société dans les limites des règles essentielles de son exercice.'* »[702]

Mais les oppositions sont féroces. La plupart des pays anglo-saxons ne voyant toujours pas l'utilité d'ajouter un paragraphe déjà sous-entendu dans les autres paragraphes. Après un très long débat et pour la sixième fois, l'adjonction du quatrième chapitre est rejetée lors de 23ème session du Conseil en avril 1955, Paul Cibrie s'avoue vaincu et fait remettre sa démission du poste de président du comité d'éthique :

« *En raison de la divergence d'opinions qui existait au sein du Conseil touchant la question de l'Ethique Médicale et étant donné que l'Ordre des Médecins Français avait accepté le Code d'Ethique avec le chapitre des devoirs du médecin envers la société, il estimait qu'en demeurant président du comité, il s'exposait ouvertement à ce qu'on lui reproche de n'avoir pas fait son devoir.* »[703]

Sur demande du Conseil et afin qu'il soit plus facile d'établir le prochain rapport du comité, Paul Cibrie gardera son titre jusqu'à la neuvième AG en septembre 1955.

---

[701] Rapport du comité d'Ethique, 23ème session du Conseil, Dublin, du 28 mars au 3 avril 1955. Archives de la WMA. 1955_32_GA_9_OCR, pp. 109-110.
[702] Ibid.
[703] Procès-verbal de la 23ème session du Conseil, du 28 mars au 3avril 1955, Dublin. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR, p. 194.

En juin 1955, il s'exprime dans un discours non dénué de rancœur et maniant l'art des tournures sémantiques provocantes comme il sait très bien le faire :

« Si on estime que cela va de soi, et qu'il est bien inutile d'exprimer dans un Code des choses que tout le monde sait, alors il eût été plus simple de remplacer le Code tout entier par une simple phrase : "Le médecin doit rester honnête en toute occasion". »[704]

Il propose finalement lors de la neuvième AG de simplement changer la première phase du code par celle-ci :

> « *Le médecin doit toujours maintenir le niveau le plus élevé dans sa conduite professionnelle vis-à-vis de l'individu comme vis-à-vis de la société* ».[705]

Cette phrase est enfin validée par le Conseil à la neuvième AG et ajoutée au Code d'Ethique.

Avant de démissionner du comité d'Ethique et clore ainsi son mandat de président qu'il exerçait depuis la création du comité en 1948, Paul Cibrie propose « *que le Code International d'Ethique Médicale soit fréquemment évoqué au cours des réunions et des conférences ainsi que dans la publication des journaux médicaux Nationaux* ».[706] Sans humilité pour son travail, ses derniers mots seront : « *Par sa concision et sa beauté, ce texte ne manquera pas d'être un sujet d'inspiration pour les médecins* ».[707]

6-2.2.3.2 Expérimentation Humaine

Fin 1953, en tant que président du comité d'Ethique, Paul Cibrie est prié d'établir des règles concernant l'expérimentation humaine. Comme il le dira lui-même, il ne s'agit pas de revenir sur les expériences menées par les médecins nazis. Mais évidemment ce chapitre de l'Histoire de la Médecine est dans tous les esprits. Le comité a la tâche particulière de bien différencier

---

[704] Lettre du secrétaire général de la WMA sur le Code d'Ethique. Juin 1955. Archives de la WMA. 1955_32_GA_9_OCR. p. 275.
[705] Procès-verbal de la 9ème Assemblée générale, Vienne, du 20 au 25 septembre 1955. Archives de la WMA. 1956_37_GA_10_OCR. p. 238.
[706] Ibid.
[707] Ibid.

l'expérimentation sur sujets sains et sur sujets malades. Il aura juste le temps d'établir les grands principes avant de démissionner[708] :

1. Aspects scientifiques et moraux de l'expérimentation
2. Prudence et discrétion dans la publication des premiers résultats d'une expérimentation
3. Expérimentation sur les sujets sains
4. Expérimentation sur les sujets malades
5. Nécessité d'informer les sujets qui se sont soumis à l'expérimentation des raisons pour la pratiquer et des risques courus.

Ses travaux serviront de socle à la création de Déclaration d'Helsinki, adoptée par la 18ème AG en Finlande et qui « énonce les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables. » [709]

6-2.2.3.3 Secret Médical

Elément de la charte médicale qu'il soutiendra toute sa vie au sein de la CSMF, le Secret Médical est une notion très importante pour Paul Cibrie. Sur demande du Conseil, il rédige un rapport très court qu'il présente en avril 1955 lors de la 23ème session du Conseil. La WMA a déjà encadré le secret médical grâce :

- au Serment de Genève :
  « Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi. »
- au Code International d'Ethique Médicale :
  « Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée.»

Paul Cibrie estime que ces textes sont « *précis et suffisants* », « *Il nous paraît difficile d'être plus clairs* ».[710] Les membres du Conseil sont unanimes

[708] Rapport du comité d'Ethique rédigé par Paul Cibrie, 8ème Assemblée générale, Rome, du 27 septembre au 3 octobre 1954. Archives de la WMA. 1953_165_CS_18_OCR. p. 222.
[709] Déclaration d'Helsinki de L'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Disponible sur http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3 », consulté le 22 juin 2016.
[710] Rapport du comité d'Ethique, 23ème session du Conseil, Dublin, du 28 mars au 3 avril 1955. Archives de la WMA. 1955_32_GA_9_OCR, pp. 108-109.

sur la validation du rapport de Paul Cibrie sur le secret médical. Après validation par le Conseil, aucune étude ultérieure ne sera faite sur le Secret Médical.

6-2.2.4 Membre du comité sur la Sécurité Sociale

6-2.2.4.1 Création du comité provisoire sur la Sécurité Sociale : les 12 principes de la Sécurité Sociale de la WMA

En octobre 1947, se tient la huitième Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales à Genève. La WMA n'existe pas encore officiellement et n'y est donc pas présente. Y sont présents essentiellement des pays européens dont la France mais ni la République Fédérale d'Allemagne, ni le Royaume-Uni[711].

La Conférence aboutit à l'écriture de 12 grands principes[712]:

Sécurité Sociale :

- Elargissement de l'application de la Sécurité Sociale à toute la population pour assurer à chacun les moyens de subsistance à un niveau raisonnable. Ceci en couvrant les risques : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès du soutien de famille, chômage, accident, maladies professionnelles et charges de famille.
- Organisation de la Sécurité Sociale en organismes autonomes où chaque parti est représenté.
- Cotisations fixées à un taux raisonnable.
- Extensions des bénéfices de la Sécurité Sociale aux assurés voyageant d'un pays à l'autre.

Soins-Médicaux :

- Soins étendus à toute la population.
- Ils comprennent les soins des praticiens de médecine générale et des spécialistes, le traitement et le maintien dans les hôpitaux et les

[711] Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales, Genève, octobre 1947. Archives de la WMA. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 88.
[712] Ibid. pp. 88 et 91.

institutions, les soins dentaires, d'infirmières et de maternité, ainsi que les médicaments et appareils nécessaires

- Soins donnés quelles que soient l'origine et l'étendue de la maladie.
- Part des honoraires du médecin à charge de l'assuré aussi petite que possible.
- Collaboration des services de soins médicaux avec les services de santé (notamment « *prévention et récupération* ») dans le cadre d'une politique nationale de santé, dans le but du meilleur rendement.
- Organisation de centre de santé.
- Droit à des soins permanents par un médecin de famille.
- Recherche constante d'amélioration du système de santé.

La Conférence rapporte ensuite une ambiance délétère entre le corps médical et les Sociétés d'Assurance, les mésententes se centralisant sur la question des honoraires libres ou non. La Conférence qui représente les Sociétés d'Assurance invite donc le corps médical par l'intermédiaire de la future WMA à étudier rapidement les questions sur la Sécurité Sociale « *en vue d'améliorer les relations entre le corps médical et les organisations de la Sécurité Sociale.* »[713]

La Conférence change également de nom : « *En raison de la tendance générale de centralisation et d'étatisation dans le domaine de la Sécurité Sociale, le nom de la Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales est changée en celui d'Association Internationale de la Sécurité Sociale.* »[714]

Ainsi, à la deuxième session du Conseil de la WMA à New-York en avril 1948, un comité provisoire chargé de présenter un rapport sur la Sécurité Sociale est créé et Paul Cibrie y est intégré. Il travaillera sur ce projet avec J. A. Pridham (Royaume-Uni), Otto Leuch (Suisse) et Louis H. Bauer (USA).[715]

Un long questionnaire est envoyé aux associations médicales nationales et avec les résultats, le comité provisoire de la Sécurité Sociale de la WMA rédige « les 12 principes de l'Assurance Sociale ». Ces principes sont présentés et

[713] Ibid. p. 91.
[714] Ibid. p. 88.
[715] Procès-Verbal de la 2ème session du Conseil, New-York, du 26 au 29 avril 1949. Archives de la WMA. 1948_2_GA_2_OCR, GA2, p. 100.

adoptés à la deuxième AG en septembre 1948, comme principes idéaux à des soins médicaux régis par l'Assurance Sociale[716] :

1. Liberté du patient de choisir son médecin. Liberté du médecin de choisir son patient, excepté dans les cas d'urgence ou d'humanitarisme.
2. Aucune intervention d'une tierce personne entre le médecin et le patient.
3. Lorsqu'un service médical doit être soumis à un contrôle, ce contrôle ne peut être exercé que par des médecins.
4. Liberté du malade de choisir l'organisation de soins.
5. Liberté du médecin d'exercer sa profession à l'endroit de son choix et dans le cadre de la spécialité qu'il a choisie (et pour laquelle il est qualifié).
6. Aucune restriction nécessaire n'ayant trait à la médication ou au mode de traitement par le médecin, excepté dans le cas d'abus.
7. Représentation appropriée du corps médical dans tous les organismes s'occupant du traitement des malades dans le cadre de la Sécurité Sociale.
8. Il n'est pas dans l'intérêt général que les médecins traitants soient des fonctionnaires recevant un traitement fixe, si l'on veut que des soins médicaux adéquats soient délivrés.
9. La rémunération des services médicaux ne doit pas dépendre directement de l'état financier des organismes d'assurances.
10. Tout système de sécurité sociale ou d'assurance doit permettre la participation de tout médecin ayant droit d'exercice et aucun médecin ne devra être tenu à y participer s'il n'en a pas le désir.
11. L'assurance maladie obligatoire ne devrait fonctionner que pour les personnes ne pouvant couvrir elles-mêmes les frais inhérents aux soins médicaux.
12. L'exploitation du médecin par une tierce personne quelle qu'elle soit, s'interposant entre lui et le malade, ne peut être tolérée.

Sachant sa participation au comité sur la Sécurité Sociale et connaissant les idéaux de Paul Cibrie, il est assurément à l'origine d'une grande partie de la rédaction de ces principes. On s'aperçoit que grâce au comité sur la Sécurité Sociale, il reprend sous une autre forme, son enquête inachevée sur la profession médicale et ses relations avec l'Etat lancée à la création de la WMA. Il reprend

[716] Procès-verbal de la 2ème Assemblée générale, Genève, du 08 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA.1948_2_GA_2_OCR. , GA2. p. 30.

surtout son combat qu'il mène en France pour un système de santé dans lequel les médecins pratiquent des honoraires libres.[717]

Loin de ceux rédigés par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), les principes de la WMA évoquent et protègent surtout le médecin. On y retrouve tous les grands principes de la Charte médicale française défendue par Paul Cibrie :

- Libre-choix du médecin par le patient
- Contrôle des médecins par les médecins
- Libre-entente
- Liberté de prescription et d'installation
- Honoraires libres
- Tiers-payant seulement aux plus démunis

Les 12 principes de la Sécurité Sociale énoncés par la WMA semblent directement écrits de la main de Paul Cibrie. Le *BMJ* du 25 septembre 1948 rapporte que selon les Etats-Unis, seuls les trois premiers sont réalisables. Les principes suivants reflétant pour eux « *une appréhension de l'intervention de l'Etat dans la pratique des médecins, une opposition au salariat à temps-plein, et un doute si les soins médicaux devraient être gratuits à ceux qui peuvent assumer leur paiement.* »[718]

Mais les réticences américaines n'auront aucun écho et les 12 principes seront adoptés in extenso par la WMA.

6-2.2.4.2 Comité permanent sur la Sécurité Sociale : réalisation d'études sur la Sécurité Sociale

- **Rapports sur la Sécurité Sociale : 1948-1949**

A la deuxième AG, il est décidé de créer un comité Permanent de la Sécurité Sociale dont Charles Hill (Royaume-Uni) devient le président et Paul Cibrie, membre permanent.

---

[717] Lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945, les principes de la Charte Médicale sont respectés sauf la liberté d'honoraires pour les médecins. Paul Cibrie obtient la création d'un secteur de médecins à honoraires libres (équivalent secteur 2). Voir chapitre 5-2-3.

[718] World Medical Association, 25 septembre 1948. *BMJ*. pp. 605-606.

La première action du comité est d'envoyer un questionnaire à toutes les associations médicales nationales « *pour déterminer la situation au point de vue de la Sécurité Sociale dans chaque pays.* »[719] Le comité invite ainsi chaque association à fournir les détails concernant l'objet et la nature de la sécurité sociale dans leur pays et les rapports du service médical avec les plans nationaux de santé. Le comité leur demande aussi d'indiquer la mesure dans laquelle la dispensation nationale des services médicaux est conforme aux douze principes formulés par l'Assemblée générale à Genève en 1948.

Bien que les réponses soient rarement complètes, ils obtiennent la participation de 22 pays. Le comité rédige alors un rapport comparatif du fonctionnement de la Sécurité Sociale dans les 22 pays intéressés. Reprendre de façon exhaustive et détaillée les résultats de l'enquête publiés dans le rapport de 31 pages ne serait pas d'une grande utilité, d'autant plus que s'il y a participé activement, Paul Cibrie n'est pas l'investigateur principal de cette enquête. Nous allons donc essayer de donner une analyse informative du rapport présenté lors de la troisième AG à Londres en octobre 1949[720] :

- Tout d'abord, ils arrivent rapidement à la conclusion qu' « *une seule conception ou une méthode unique de la sécurité sociale ne peut être appliquée à tous les genres de sociétés* », chaque plan de sécurité sociale devant être « *considéré à la lumière des traditions et de l'idéal de chaque pays* ».[721]

- En supposant que le terme « *social* » évoque une « *responsabilité publique* » de la sécurité des individus contre les « *risques de la civilisation moderne* », la sécurité sociale n'est pas l'apanage des républiques libres mais peut se retrouver dans un pays totalitaire dans la mesure où elle peut-être « *initiée, imposée et organisée par le gouvernement* ».[722]

- « *Un aspect spécial de la sécurité sociale est la dispensation du service médical. […] le service médical implique l'organisation et l'association de la profession avec des organismes administratifs. C'est le devoir de la profession de s'assurer que les principes adoptés dans la dispensation du*

[719] Procès-verbal de la 2ème Assemblée générale, Genève, du 08 au 11 septembre 1948. Archives de la WMA.1948_2_GA_2_OCR. , GA2. p. 29.
[720] Rapport sur la Sécurité Sociale et la profession Médicale, présenté à la 3ème Assemblée générale. 30 août 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. pp. 190 à 222.
[721] Ibid. p. 192.
[722] Ibid. p. 192.

service médical, comme étant l'un des points de la sécurité sociale, soient dans le meilleur intérêt des malades et en accord avec l'idéal de la médecine.[723] En d'autres termes, le rapport affirme que le régime politique (sous-entendu totalitaire) dans lequel peut se retrouver à travailler un médecin n'empêche pas celui-ci de dispenser des soins médicaux respectant l'intérêt des malades et les valeurs du serment de Genève.

- Le rapport continue en soulignant une « *différence très marquée entre le monde ancien et le nouveau monde pour ce qui concerne le genre de secours offert par la sécurité sociale* ».[724] De façon générale, la couverture sociale des pays non-européens, à l'exception de l'Australie et de la Nouvelle Zélande, ne comprend pas d'assurance couvrant les risques individuels (en dehors de la couverture vieillesse) comme la maladie ou le chômage, l'état assurant seulement les services communs (hygiène, protection militaire,…).

- Une question divise les pays : « *on se demande si les pans d'assurance nationale devraient s'étendre à la population entière ou se limiter à la section de la population ayant un revenu limité* ».[725] On connaît la position de Paul Cibrie qui plaide pour un tiers-payant non généralisé réservé aux plus démunis. Pour le moment, chaque pays émet une opinion différente et la question est laissée en suspens.

- Le but de l'enquête étant de déterminer les relations de la profession médicale avec les plans de l'assurance nationale, la question de la rémunération des médecins est au premier plan. Cette question est très importante pour Paul Cibrie qui s'est toujours battu pour garder des honoraires libres non forfaitaires directement remis au médecin par le patient qui réclame le remboursement à l'Assurance Sociale. Finalement, d'après l'enquête, ce système n'existe qu'en France et en Nouvelle-Zélande. Ailleurs, il existe le système par capitation (Somme allouée annuellement par patient). Or le rapport montre que « *ces deux genres de paiement laissent au patient la liberté de choisir son médecin* » et « *aucun pays n'a rapporté que les médecins praticiens n'étaient traités comme des fonctionnaires salariés* ».[726] A elle seule cette phrase transpire des idées

[723] Ibid. p. 193.
[724] Ibid. p. 193.
[725] Ibid. p. 194.
[726] Ibid. p. 195.

de Paul Cibrie qui imagine toute dépendance du médecin envers un organisme d'assurance ou envers l'Etat comme une perte de liberté insupportable. Il doit donc être surpris des résultats de l'enquête car quel que soit le mode de rémunération du médecin, le patient et le médecin ne semblent pas ressentir d'atteinte à leur liberté.

- Le rapport met en garde contre le développement séparé des services d'hygiène et de médecine. « *Ceci a accentué la tendance à séparer les services préventifs des services collectifs* ». Il faut « *s'assurer que l'aspect médical de la sécurité sociale se développe selon l'idéal de la médecine.* »[727] On comprend que leur message est une mise en garde contre un système de plans gouvernementaux reléguant le remboursement de la santé à des organismes privés et éloignant le médecin de son patient. Une pratique médicale travaillant de concert avec la sécurité sociale permet d' « *assurer cette atmosphère continue de pratique médicale si favorable aux confidences entre le médecin et son malade et qui maintient la liberté et l'encouragement de la recherche médicale, la liberté de la presse et de la parole et l'immunité de l'enseignement médical contre les influences extérieures* ».[728] Une nouvelle fois, on a l'impression de lire Paul Cibrie : « *Dans plusieurs pays, la médecine se trouve être maintenant confrontée avec deux sources de dangers qui menacent sa liberté. Ce sont les organismes d'assurance non-médicaux et les gouvernements. Dans le premier cas, le danger réside dans une tentative de subordonner le service médical à la conservation des ressources financières par l'assujettissement du médecin et de son service médical à un contrôle non-médical. Dans le second, il y a une possibilité d'abaisser le médecin au niveau de simple fonctionnaire* ».[729] Alors qu'aucune association n'a rapporté que ses médecins se sentaient menacés dans leurs libertés, le rapport se veut très inquiétant en pointant du doigt des dangers qui n'existent finalement pas. Paul Cibrie reste dans l'idée traditionnelle de la relation médecin-patient privilégiée sans aucune intervention étatique qui menacerait les libertés de chacun.

Ce rapport est approuvé lors de la troisième AG à Londres en octobre 1949. Le *BMJ* nous signale une anecdote qui confirme la constance des idées de Paul

[727] Ibid.
[728] Ibid.
[729] Ibid. p. 196.

Cibrie : « *Paul Cibrie protesta contre la méthode de paiement par forfait, qui mettrait le docteur à la merci de ses patients*. »[730]

- **Rapports sur la Sécurité Sociale : 1950**

A la quatrième AG en octobre 1950, un deuxième rapport est présenté par Dag Knutson (Suède) devenu alors président du comité. Paul Cibrie secrétaire adjoint du comité, est cité à de nombreuses reprises dans les débats. Le rapport montre une crainte farouche du comité envers les dérives gouvernementales et du corps médical sur l'utilisation du système de sécurité sociale. Nous allons retranscrire là encore les grandes idées[731] :

- Le rapport dénonce les systèmes d'Assurances sociales qui prennent avis seulement auprès des médecins au service du gouvernement dans l'élaboration des plans de sécurité sociale. Les autres médecins n'étant pas entendus, les services ne sont pas adaptés à la prise en charge individuelle de la population.

- Il dénonce également la manipulation de la presse par les politiques pour cacher les défauts du système à la population.

- Une aide de la WMA est proposée aux états qui constatent que si elle est nécessaire, la sécurité sociale est aussi très coûteuse. Le comité se propose « *d'offrir son concours aux organismes chargées de l'administration du plan en vue de diminuer ses dépenses sans pour cela diminuer le niveau des services* ».[732] Le rôle du médecin dans les dépenses est primordial. Paul Cibrie rappelle aux associations membres « *d'employer les ressources de la Sécurité Sociale avec une sage économie et de se montrer honnêtes et consciencieuses dans le maniement de l'argent qui ne leur appartient pas* ».[733] On remarque que Paul Cibrie insiste sur les droits des médecins en brandissant régulièrement les principes de sa charte médicale mais que son esprit corporatiste et militaire lui rappelle aussi l'importance de l'honneur du corps médical et le pousse à interpeler les médecins sur leurs devoirs. Finalement, en étudiant les causes « *qui, dans*

[730] World Medical Association, Continental Opinion, 22 octobre 1949. *BMJ*. p. 179.
[731] Procès-verbal de la 4ème Assemblée générale, New-York, du 16 au19 octobre 1950. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR. p. 113.
[732] Ibid.
[733] Ibid. p. 114.

un même pays, ont augmenté considérablement les dépenses », on remarque que le médecin n'y prend qu'une faible part. « *Les principales causes sont :*

- *le développement progressif des obligations acceptées par le plan.*
- *le coût progressif des médicaments et des techniques modernes savantes.*
- *la complication progressive dans les services administratifs du plan de la Sécurité Sociale.*
- *l'augmentation progressive des services rendus due aux demandes croissantes des patients.* »[734]

- La WMA souhaite aider toutes les associations intéressées par la mise en place d'un système de Sécurité Sociale dans leur pays, ceci grâce à l'expérience des pays membres.

- La place du médecin et de l'Etat dans l'élaboration d'un système de santé remet l'individu au cœur du débat. Pour la WMA, « *l'individu à la responsabilité de sa santé et de celle de sa famille. L'Etat à la responsabilité de protéger les intérêts des citoyens mais non de contrôler leurs vies. Si les citoyens ont besoin de secours, l'Etat doit le leur offrir sans toutefois le leur imposer. Si le service qu'on leur offre est standardisé, nationalisé et dépourvu de tout cachet personnel, le public n'a aucun désir de développer sa personnalité. Si le public est déchargé de sa responsabilité de citoyen, il cesse d'être un peuple actif intelligent et progressif et ne constitue qu'une masse globale d'individus.* »[735]

Là encore, la mise en garde contre toute emprise de l'Etat dans le système de santé résonne de l'intervention de Paul Cibrie.

- **Rapports sur la Sécurité Sociale : 1951**

A la cinquième AG en octobre 1951 à Stockholm, les membres du comité sur la Sécurité Sociale (donc Paul Cibrie entre autres) présentent un long rapport dans lequel ils s'alarment de l'évolution de la Sécurité Sociale vers un système

[734] Ibid.
[735] Ibid. p. 116.

qui place le médecin comme un simple « *instrument utile* » et non un décideur.[736]

Les écrits alertent par leur impressionnante modernité ancrée dans des bases traditionalistes, typiques de la pensée de Paul Cibrie :

- « *L'évolution rapide de certains systèmes de la Sécurité Sociale laisse très peu de liberté aux médecins. Et le temps même qu'ils peuvent consacrer à leurs patients dépend de certaines conditions qui leur sont imposées et qui ne manquent pas d'exercer leur influence. II est évident que le niveau des soins souffre de ce manque de flexibilité*. »[737] Ainsi, le comité se plaint des tâches administratives qui alourdissent le travail du médecin et dégradent la qualité des soins.
- « *Les médecins doivent jouer un rôle actif dans l'organisation de la communauté, même si cela suppose de leur part une certaine participation aux questions de 'politique'*».[738] Le comité dénonce l'absence de responsabilité laissée aux médecins dans les questions sociales. « *Une médecine sociale comprise dans un programme général de Sécurité Sociale, qui ne maintient pas le sens de responsabilité du patient ; finit toujours par charger le médecin de responsabilités trop lourdes. L'homme apprend facilement à croire à ses droits et à ne pas être préoccupé par des devoirs. Dans ces conditions, l'abus est inévitable et c'est généralement au médecin qu'il incombe le devoir ingrat de s'opposer à cette tendance. Le médecin devient un contrôleur qui a le double devoir de faire marcher le service aussi bien sur le plan médical que sur le plan financier. Le médecin court alors le grand danger, d'une part, de devenir impopulaire et, d'autre part, de devenir un fonctionnaire chargé de sauver les deniers publics*. »[739] La question d'un système qui ne peut fonctionner que si les médecins respectent leurs devoirs mais aussi les patients est une question déjà soulevée à l'époque et qui l'est encore aujourd'hui.

On est effectivement frappé par le caractère contemporain des interrogations de l'après-guerre sur la place du médecin, les honoraires de celui-ci, la relation médecin-patient et tous les thèmes en rapport avec la Sécurité Sociale. Toutes

[736] Rapport du comité sur la Sécurité Sociale à la 5ème Assemblée générale. Dag Knutson. 10 juillet 1951. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR, pp. 227 à 237.
[737] Ibid. p. 227.
[738] Ibid. p. 228.
[739] Ibid. p. 229.

ces revendications sont si modernes que certaines des citations ci-dessus pourraient avoir été prononcées à notre époque, soixante ans plus tard ! Mais les solutions proposées reposent sur un retour en arrière : l'indépendance totale du médecin vis-à-vis de toute institution, tout gouvernement ou tout système d'Assurance Sociale. C'est exactement le positionnement de Paul Cibrie qui place le médecin au centre de toutes les décisions de Santé sans attribuer un rôle aussi important aux autres acteurs de la Santé. Or, on sait que l'évolution des systèmes de santé à travers le monde se fera plutôt vers une collaboration entre les différents acteurs de santé (médecins, patients, Etats, Sécurité Sociale, mutuelles) où le médecin ne possède pas un pouvoir décisionnel supérieur aux autres. Paul Cibrie a donc bien compris les enjeux du développement de la médecine sociale et de la médecine en générale de la seconde moitié du vingtième siècle, mais ne possède pas les clés pour améliorer le système. En ayant déjà adopté le système par capitation, on comprend que le Royaume-Uni (par exemple) n'a pas eu la même vision que Paul Cibrie. Or, les rapports du comité sur la Sécurité Sociale reprennent exactement les idées de Paul Cibrie alors qu'il est simple membre du comité et que le président Charles Hill est britannique. Cela prouve à quel point il est influent au sein de la WMA.

- **Rapports sur la Sécurité Sociale : 1952**

A la sixième AG, en octobre 1952 à Athènes, le comité sur la Sécurité Sociale présente son rapport sur *« la Sécurité Sociale considérée sous l'angle médical.* »[740] Voici les grandes idées du rapport :

- « *si la sécurité est le droit de tout individu, il convient cependant de bien considérer les moyens qui assureront cette sécurité.* »[741] Par le terme 'moyens', le comité sous-entend *« la coopération et la responsabilité personnelles »*. Ainsi il revient sur la prise de conscience nécessaire des devoirs des médecins, des organismes d'Assurance, mais surtout des patients. Chacun doit se donner les moyens de faire fonctionner le système de Sécurité Sociale. Tout plan de médecine sociale doit reposer sur le principe : « *Aide-toi, l'Etat t'aidera.*»[742] A elle seule, cette locution induit que pour profiter de ses droits, l'individu doit respecter ses devoirs.

[740] Rapport du comité sur la Sécurité Sociale à la 6ème Assemblée générale. Travaux de septembre 1951 à juillet 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. pp. 225 à 231.
[741] Ibid. p. 226.
[742] Ibid.

Cette pensée n'est pas étrangère à Paul Cibrie qui insiste aussi bien sur les droits que sur les devoirs des médecins.

- « *La mesure dans laquelle les considérations psychologiques président à la formation des plans de la Sécurité Sociale est le facteur déterminant largement le succès des activités du médecin. Il importe donc que les médecins soient consultés et que leurs conseils soient pris en considération lorsque les politiciens et les idéalistes conçoivent des plans touchant le bien-être de la population.* »[743] Selon le comité, le succès d'un plan de Sécurité Sociale passe par la prise en compte de l'avis du Corps Médical.

Lors de cette sixième AG, Paul Cibrie expose également un rapport personnel de 32 pages sur la Sécurité Sociale.[744] Il faut toutefois noter qu'il parle en tant que secrétaire pour l'Europe (poste dont nous parlerons plus loin). Son rapport décrit et compare l'ensemble des systèmes de Sécurité Sociale dans 18 pays européens et fait suite à une enquête qu'il a lui-même rédigée.[745]

Plus tempéré que certains de ses écrits précédents, son rapport reste alarmant. Il s'inquiète d'un déficit budgétaire naissant dans chaque pays. Il constate que « *partout on est surpris de l'accroissement rapide des dépenses dans le domaine des soins et, bien qu'on ait cru prévoir il y a 7 ou 8 ans un budget suffisant, qu'il soit gouvernemental ou basé sur les cotisations employeurs-employés, les prévisions sont largement dépassées, et une certaine angoisse se manifeste car il est difficile de surcharger un budget social déjà très lourd.* »[746] Il impute ces difficultés financières à deux principaux facteurs : l'augmentation des frais d'hospitalisation et l'augmentation des frais de prescriptions (pharmaceutiques et imagerie) qui sont dus à « *des abus considérables* ».[747] Il dénonce deux responsables aux abus de prescription : « *d'une part certains médecins au stylo abondant et dont les prescriptions dépassent largement le nécessaire et d'autre part, l'exigence des malades,*

[743] Ibid.
[744] Enquête sur la Sécurité Sociale dans les différents pays d'Europe. Rapprot rédigé par Paul Cibrie. 2 septembre 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. pp. 168 à 200.
[745] Procès-verbal de la réunion du comité sur la Sécurité-Sociale, Paris, 21-22 janvier 1952. Archives de la WMA. 1952_19_GA_6_OCR, p. 93.
[746] Enquête sur la Sécurité Sociale dans les différents pays d'Europe. Rapprot rédigé par Paul Cibrie. 2 septembre 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. p. 168.
[747] Ibid.

instruits superficiellement par des articles de presse dont sont absents, nous voulons l'espérer, tous soucis autres que ceux de l'information. »[748]

Paul Cibrie ne s'oppose pas au progrès et au développement de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques mais il rejette de nouveau la faute sur l'administration « *dont les sentiments profonds sont louables, mais dont les vues, ne sont pas nécessairement très larges* ».[749] Il les accuse de vouloir « *comprimer les honoraires médicaux* » au lieu de limiter les durées excessives des congés maladie ou de limiter les examens répétés pour un même patient.

Or, selon Paul Cibrie, agir sur les honoraires est périlleux. Le mode de rémunération étant variable d'un pays à l'autre à travers l'Europe, il est difficile d'envisager une solution commune, non onéreuse pour la Sécurité Sociale et acceptable pour les médecins. De plus, il souligne deux choses : d'une part que dans plusieurs pays les frais médicaux purs, sont à peu de chose près, égaux aux frais de gestion administrative (c'est le cas en France) et d'autre part qu'il est répugnant de « *voir tarifer des actes médicaux qui, sous un même vocable, sont souvent fort dissemblables, dont beaucoup aussi comportent une part morale, de dévouement et de conscience dont il est bien impossible d'établir une appréciation chiffrée.* »[750] Il ne faut pas comprendre ici qu'il s'oppose au paiement des honoraires par le patient directement au médecin, mais qu'il s'oppose à l'application d'un tarif décidé au préalable privant le médecin d'honoraires libres. En résumé il refuse le système de tarification à l'acte tel qu'on le connaît aujourd'hui en France.

Là encore, Paul Cibrie fait preuve d'une intuition déroutante et très moderne en s'inquiétant de la pérennité financière du système de Sécurité Sociale. Cette fois-ci, il ne propose pas de solutions concrètes au problème.

- **Rapports sur la Sécurité Sociale : 1953**

La question des honoraires soulevée par Paul Cibrie porte ses fruits. A la septième AG de la WMA à La Haye en septembre 1953, le comité présente un rapport très intéressant sur les modes de rémunération des médecins.[751] Le rapport insiste sur les multiples exemples des systèmes de sécurité sociale

[748] Ibid.
[749] Ibid. p. 169.
[750] Ibid.
[751] Rapport du comité sur la Sécurité Sociale à la 7ème Assemblée générale, Dag Knutson, juillet 1953. Archives de la WMA. 1953_22_GA_7_OCR. pp. 384 à 405.

européens. Comme nous le verrons, Paul Cibrie est également nommé secrétaire pour l'Europe dès la création de la WMA. Cette fonction suggère son implication importante dans la rédaction du rapport sur la Sécurité Sociale de 1953.

Bien que l'évaluation du mode de rémunération des médecins à travers le monde soit difficile et qu'il soit quasi impossible de tirer une conclusion d'application internationale, tant cette question soulève des problèmes nationaux inhérents à chaque pays, la WMA a tenu à proposer des modes de rémunération compatibles avec le statut du médecin. Elle compare le système purement salarié, le système par capitation (forfait régulier par patient) et le système d'honoraires. « *Il est fort possible que le travail de la WMA n'obtienne qu'un succès fort relatif, étant donné la variété des conditions nationales. Il favorisera du moins la formation de conceptions plus ou moins générales.* »[752]

Le rapport commence par mettre l'accent sur l'interdépendance qu'il existe entre le médecin, le patient (« l'individu ») et l'état. « *Toute discussion relative à la rémunération devra porter également sur la position du médecin au sein de la communauté.* »[753] On apprend sans surprise que la tendance européenne est d'écarter le système des honoraires pour chaque prestation médicale en faveur d'un travail salarié. Mais « *le système purement salarié n'existe cependant que dans peu de pays* »[754] et si les gouvernements et les administrateurs sont favorables à ce système, « *l'opinion de la profession médicale est moins définie* ».[755] Depuis toujours, à partir du moment où « *les lois traditionnelles et fondamentales de l'éthique étaient sauvegardées et qu'une certaine liberté professionnelle était maintenue* »[756], les médecins ont accepté leurs sorts. Mais ensuite et pour la première fois, on lit que les mentalités changent : « *Il est possible que, depuis quelques années, cette situation tende à changer. Les médecins semblent prendre conscience qu'en dehors de leur propre domaine – en qualité de gardiens de la santé - ils se doivent à la formation de la société qui est appelée à soutenir leurs travaux.* »[757] Ainsi, le salariat est accepté maintenant dans une grande partie du monde. Paul Cibrie est bien sûr contre le mode salarié qui, selon lui, prive toute liberté au médecin et casse l'entente directe en imposant un tiers entre le médecin et son patient. Il

[752] Ibid. p. 385.
[753] Ibid. p. 388.
[754] Ibid. p. 399.
[755] Ibid.
[756] Ibid.
[757] Ibid.

évoque ces médecins qui se sont laissé berner par certains avantages du salariat sans voir « *les principes dangereux dissimulés sous des mesures apparemment inoffensives* ».

La question de la rémunération reste délicate car provoque une réaction quasi « *sentimentale* »[758] du côté des médecins comme du côté des gouvernements. Cette affectivité vient de l'intérêt soudain porté par les gouvernements à la santé de leurs citoyens depuis la fin de la Première Guerre mondiale. La santé des individus est devenue un problème économique et politique qui ne peut plus être laissé entre les seules mains des médecins. S'il veut assurer sa survie, l'Etat doit s'occuper de la santé de sa population. Mais chacun conçoit la santé à sa manière et les intérêts de l'Etat et des médecins ne convergent pas forcément. Ainsi, les mesures envisagées pour améliorer la santé ne sont pas les mêmes selon les protagonistes. « *La Profession médicale estime que l'état de santé est et doit demeurer une question très personnelle* »[759]; le succès du soin vient alors entre autres de la confiance mutuelle du médecin et du malade. Or, selon le rapport, le système salarié place le praticien « *au rang de fonctionnaire civil* »[760] considérant le traitement d'un mauvais état de santé comme un ensemble de mesures d'ordre à la fois technique, social et administratif sans prendre en compte l'individu dans sa particularité. Ceci étant considéré par la Profession Médicale, toujours selon le rapport, comme funeste aux relations de confiance avec le malade. Le comité sur la Sécurité Sociale se range donc clairement derrière les idées anti-salariat de Paul Cibrie. Cependant le rapport souligne qu'un groupe consultatif de l'OMS a fait l'évaluation éthique des trois systèmes de rémunération étudiés dans le rapport et « *il a rejeté tous les modes de rémunération sauf le système salarié.* […] *Il appartient désormais au Corps Médical d'examiner la situation.* »[761]

Le rapport évoque ensuite le système de capitation en vigueur dans un grand nombre de pays. « *Il permet au médecin de toucher une rémunération proportionnée au nombre de ses prestations médicales.* »[762] En quelques lignes, le rapport dénigre ce système responsable d' *« abus de la part des malades* » et qui « *contraint le médecin à consacrer un temps précieux à des occupations banales, à un gros travail de bureaucratie, de communications téléphoniques et à une foule de demandes qui le détournent de tâches plus importantes*. »[763]

---

[758] Ibid. p. 400.
[759] Ibid. p. 401.
[760] Ibid. p. 402.
[761] Ibid. p. 404.
[762] Ibid. p. 402.
[763] Ibid.

Enfin, les auteurs évoquent le système des honoraires pour chaque prestation (paiement à l'acte, système français actuel). Il retient les faveurs du comité et apparemment « *de la Profession Médicale dans de nombreux pays* » et « *il établit un lien étroit entre la prestation et les honoraires et encourage à fournir un travail de haute qualité.* »[764]

Mais aucun de ces trois systèmes ne semble convenir aux membres du comité car chacun « *semble réduire au minimum l'essence même de la profession que l'on taxe généralement de profession libérale, et affaiblit grandement les relations de confiance entre le médecin et son malade.* »[765]

Ainsi, les membres du comité proposent trois alternatives, en se positionnant en faveur de la deuxième:

- La fixation libre des honoraires : Liberté absolue du médecin mais porte ouverte aux abus de tarifs avec coûts élevés et imprévisibles pour le patient.
- L'établissement par les médecins du barème des honoraires : liberté du médecin, moins de variations de coûts donc tarifs prévisibles pour le patient, tarifs adaptables au patient.
- L'établissement des tarifs par une autre autorité que médicale : médecin vu comme prestataire de services, tâches administratives importantes, pas de valorisation du talent personnel du médecin et du temps consacré à la consultation.

Le rapport termine en soulignant qu'un médecin peut concilier deux modes de rémunération s'il exerce deux postes différents. On sait que c'était le cas pour Paul Cibrie qui a été à la fois médecin généraliste en cabinet et médecin chef à l'hôpital Péan à Paris.

La question du règlement du médecin par le patient ou non n'est même pas posée par le comité qui estime qu' « *il appartient au malade –assuré ou non- d'effectuer le règlement des honoraires.* »[766]

En conclusion, la question de la rémunération des médecins reste difficile à résoudre. Aucune règle générale n'a pu être établie afin de fixer une rémunération satisfaisant à la fois la reconnaissance du travail du médecin et une certaine justice sociale. « *Toute la question relève des sciences économiques*

[764] Ibid. p. 403.
[765] Ibid.
[766] Ibid.

médicales » et la WMA propose de préparer une enquête « *qui nécessiterait la coopération des économistes et des statisticiens afin que l'on puisse considérer attentivement les conditions différentes de tous les pays.* »[767]

- **Eloignement de Paul Cibrie vis-à-vis du comité sur la Sécurité Sociale**

Notre approche du rôle de Paul Cibrie au sein du comité de la Sécurité Sociale s'arrête là puisqu'il démissionnera avant qu'un autre compte-rendu du comité ne soit publié. De plus, nous voyons son influence disparaître au fur et à mesure des Assemblées générales. Le dernier paragraphe du dernier rapport auquel il a participé propose une vision du rôle du médecin différente de la sienne :

« *Pas plus que les gouvernements et les administrateurs, les médecins ne peuvent édifier ou changer le monde selon leurs conceptions personnelles* » et plus loin : « *des traditions se sont formées, qui, en soi, s'opposent aux changements*. »[768]

Les membres du comité commencent à admettre qu'à l'avenir, la fiabilité des systèmes de santé dépasseront les enjeux personnels des médecins, des patients, des organismes d'assurance ou de l'Etat. Chaque acteur de santé devra se conformer à des principes communs établis ensemble et il n'existera plus de décision personnelle unilatérale. Paul Cibrie ne se tournera jamais vers cette vision de la médecine.

6-2.2.4.3 Relations avec l'Office International du Travail et l'Association Internationale de la Sécurité Sociale

L'Office International du Travail (OIT) est fondée en 1919 sous l'égide du Traité de Versailles. « *La création de l'OIT s'inscrivait dans le droit fil de la réflexion selon laquelle une paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale.* »[769] C'est une organisation tripartite, unique en son genre, dont les organes exécutifs sont composés de représentants des

[767] Ibid. p. 386.
[768] Ibid. p. 405.
[769] Origines et histoire de l'OIT, disponible sur http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--fr/index.htm », consulté le 22 juin 2016.

gouvernements, des employeurs et des travailleurs. Face à l'exploitation des travailleurs des économies industrielles de l'époque et « *face à l'interdépendance croissante des économies nationales, les grandes nations commerciales comprirent qu'il était dans leur intérêt de coopérer pour que les travailleurs aient partout les mêmes conditions de travail et qu'elles puissent ainsi affronter la concurrence sur un pied d'égalité* ».[770]

Le Bureau international du Travail (BIT) est le secrétariat permanent de l'OIT. Il s'installe à Genève dès l'été 1920.

L'OIT organise des Conférences Internationales du Travail où ses membres établissent des conventions internationales dans le but d'améliorer et de niveler les conditions de travail dans le monde. Elle contrôle également l'application de ses conventions dans le monde à travers des juristes qui confrontent leurs rapports avec ceux des gouvernements. En 1946, l'OIT devient une institution spécialisée de la toute nouvelle Organisation des Nations Unies.[771]

En 1948, c'est l'Américain David Morse qui devient le Directeur général du BIT (il le restera jusqu'en 1970). Les années qui suivent son élection sont marquées par une ascension de la puissance de l'OIT : le nombre de ses états membres, de son budget et de ses salariés grimpent. Sous David Morse, l'Organisation prend « *son caractère universel* ».[772]

Pour rappel, l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) est née en octobre 1947. Elle est issue de la huitième Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales qui se tient à Genève. La Conférence change simplement de nom : « *En raison de la tendance générale de centralisation et d'étatisation dans le domaine de la Sécurité Sociale, le nom de la Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales est changée en celui d'Association Internationale de la Sécurité Sociale.* »[773] L'AISS est donc une association internationale des Sociétés d'Assurance. Elle représente la vision des organismes d'Assurance Sociale à travers le monde et sera de ce fait en confrontation constante avec la WMA qui représente le Corps Médical.

---

[770] Ibid.
[771] Ibid.
[772] Ibid.
[773] Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales, Genève, octobre 1947. Archives de la WMA. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 88.

L'AISS aurait été créée sur volonté de l'OIT car celui-ci est chargé d'établir les normes de la Sécurité Sociale afin d'examiner l'accès à la santé des travailleurs. En 1952, la WMA est une jeune organisation et malgré la réussite de la Déclaration de Genève, elle peine encore à se faire entendre au plan international. Lors d'une réunion du comité sur la sécurité sociale en janvier 1952 (au siège de la CSMF à Paris), Dag Knutson – président du comité- informe que « *l'OIT et l'AISS ont établi les normes maxima et minima de la Sécurité Sociale pour être recommandées aux gouvernements aux fins d'adoption.* »[774] Il propose que la WMA adhère à l'AISS.

Paul Cibrie y est farouchement opposé car aucun des consultants de l'OIT ou de l'AISS n'exerce la médecine. Il estime donc que le rapport de l'OIT et de l'AISS sur les normes de la Sécurité Sociale, est complètement dénué d'intérêt, notamment sur la question de la rémunération du médecin où le système salarié est couvert d'éloges alors que le système d'honoraires est rejeté impitoyablement et sans fondement[775].

Paul Cibrie est rapidement suivi par les autres membres du comité - notamment T. C. Routley (Canada) et Pierre Glorieux (Belgique) - qui ne soutiennent pas leur président Dag Knutson, sur cette question : « *La WMA est l'organisme international mandaté à discuter les problèmes de la Sécurité Sociale avec l'OIT* ».[776] Ils considèrent l'AISS comme une concurrence déloyale qui n'a aucune légitimité à émettre des avis sur des sujets d'ordre médical puisqu'elle ne comprend pas de représentants du Corps médical. On retrouve les idées corporatistes de Paul Cibrie qu'il semble partager avec ses confrères du comité. Dans la crainte de se voir usurper leur travail par l'AISS, la WMA invite l'OIT à chacune des réunions du comité pour travailler ensemble un maximum.

Mais les relations avec l'OIT s'enveniment lorsque celui-ci rédige son projet de Convention sur les normes de la Sécurité Sociale au printemps 1952 sans en avoir discuté avec la WMA. Très proche de l'énoncé des 12 principes sur la Sécurité Sociale de l'AISS (très différents des 12 principes sur la Sécurité Sociale de la WMA comme nous l'avons vu précédemment), le projet fait

---

[774] Procès-verbal de la réunion du comité sur la Sécurité-Sociale, Paris, 21-22 janvier 1952. Archives de la WMA. 1952_19_GA_6_OCR. p. 96.

[775] Lettre de Louis H. Bauer, secrétaire général de la WMA, aux associations membres au sujet de la Sécurité Sociale et de l'OIT. 1952. Archives de la WMA. 1952_19_GA_6_OCR. p. 31.

[776] Procès-verbal de la réunion du comité sur la Sécurité-Sociale, Paris, 21-22 janvier 1952. Archives de la WMA. 1952_19_GA_6_OCR. p. 96.

l'apologie de la médecine salariée exercée en établissement et dénigre la médecine générale de cabinet et de proximité. Ceci énerve rapidement les membres du comité sur la Sécurité Sociale de la WMA (dont Paul Cibrie comme on peut se l'imaginer). De plus, l'OMS valide le projet de l'OIT.

En réponse, le comité sur la Sécurité Sociale présente, à la sixième AG, en octobre 1952 à Athènes, son rapport discuté au chapitre précédent : « *la Sécurité Sociale considérée sous l'angle médical* ».[777] Ils y évoquent l'OIT et l'OMS sans ménager leur colère :

« *Etant donné que le projet de Convention de l'OIT ne fait aucune mention des relations d'ordre économique entre la Profession Médicale et les Organismes de la Sécurité Sociale, le Comité a estimé que la déclaration spontanée traitée par le groupe de l'OMS est blessante autant qu'elle est illogique et objectivement fausse. Dès lors, il a été décidé d'adresser une double protestation auprès de l'OIT et de l'OMS. Le Conseil a approuvé cette décision.*

On n'a pas tardé à constater qu'on avait peu à attendre du secrétariat de l'OIT. Il a témoigné de sa complète impuissance en ce qui touchait les programmes de l'OIT qui émanaient des directives données par la Conférence Annuelle de l'OIT. Il a décliné même notre proposition de distribuer le rapport de la WMA [rapport du comité sur la sécurité sociale présenté à la sixième AG] *aux participants de la Conférence qui était alors imminente*. »[778]

Parallèlement, au même moment, les relations avec l'AISS s'améliorent :

« *Une conférence a réuni à Genève les dirigeants de la WMA et de l'AISS. On estimait que le moment était venu d'entrer en contact avec cette organisation dont les activités étaient grandes. Les entrevues ont été empreintes de cordialité et les deux organisations se sont déclarées prêtes à poursuivre la discussion sur le sujet.* »[779] A la septième AG de la WMA à La Haye en septembre 1953, le comité sur la sécurité sociale présente son rapport sur les modes de rémunération des médecins.[780] Le rapport informe qu'une étude menée par l'AISS sur la relation entre les institutions de la Sécurité Sociale et le Corps Médical est en cours. La WMA souhaite que les deux associations partagent leurs résultats : « *Le Comité estime que de tels contacts pourraient être avantageux et utiles et*

[777] Rapport du comité sur la Sécurité Sociale à la 6ème Assemblée générale. Travaux de septembre 1951 à juillet 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. pp. 225 à 231.
[778] Ibid. p. 228.
[779] Ibid.
[780] Voir chapitre 6-2-2-4-2.

qu'ils pourraient également créer de bonnes relations avec une organisation engagée sur le champ des prestations médicales et qui, dans une certaine mesure, n'est pas subordonnée au gouvernement. »[781]

Rapidement les deux organisations se côtoient aux divers congrès internationaux sur la Sécurité Sociale. Les bonnes volontés initiales ne suffisent pas à empêcher des tensions grandissantes entre deux organismes défendant un point de vue totalement différent. Le jeu diplomatique des protagonistes tente d'apaiser les tensions et aboutit, les 16 et 17 septembre 1955 à une confrontation à Vienne. La WMA souhaite questionner l'AISS sur les 15 principes de la Sécurité Sociale de l'AISS (écrits en 1947) car elle y trouve beaucoup d'objections.[782] Pour évaluer le climat qu'il existe entre les deux organismes, il suffit de constater que la réunion est un succès… simplement car elle permet d'envisager d'autres réunions ! Paul Cibrie participe évidemment à cette réunion. Mais âgé de 74 ans, on sent que sa passion d'orateur est essoufflée et qu'il peine à prendre part aux débats. Il ne posera que deux questions qui relèvent plutôt de la terminologie employée dans les définitions que de véritables questions de fond.

Paul Cibrie n'appartient plus à la WMA lors des prochaines réunions. En mars 1956, il écrit des « recommandations » empreintes de nostalgie :

« *Une autre liaison s'est créée récemment, sporadique certes, mais dont l'intérêt peut se révéler d'importance, avec l'AISS […] qui a permis de part et d'autres une compréhension exacte et large, prélude, nous voulons l'espérer, de contacts meilleurs.*

De ces contacts pris sur le plan mondial, doivent résulter, pensons-nous, dans nombre de Nations, une collaboration plus effective des Organes professionnels médicaux et des Organismes de Sécurité Sociale, qui, les uns et les autres, recherchent partout, avec une volonté, le meilleur bien de Santé Publique.

Une liaison aussi, que nous voudrions plus officielle, se continue, comme elle avait existé avec l'APIM, avec l'OIT. »[783]

---

[781] Rapport du comité sur la Sécurité Sociale à la 7ème Assemblée générale, Dag Knutson, juillet 1953. Archives de la WMA. 1953_22_GA_7_OCR. pp. 384 à 405.

[782] Procès-verbal de la réunion mixte entre WMA et AISS, Vienne, 16-17 septembre 1955. Archives de la WMA. 1956_39_GA_10_OCR. pp. 121 à 153.

[783] Recommandations au comité sur la Sécurité Sociale, 26ème session du Conseil, Cologne, 29 avril – 5 mai 1956. Archives de la WMA. 1956_39_GA_10_OCR. p. 154.

6-2.2.5 Secrétaire-adjoint pour l'Europe

Paul Cibrie est nommé secrétaire-adjoint pour l'Europe lors de la troisième session du Conseil de la WMA le 5 septembre 1948 à Genève (Nomination officielle quelques jours plus tard au cours de la deuxième AG).[784] La WMA nomme également un rapporteur pour l'Asie (Dr S. C. Sen) et le fera ultérieurement pour tous les continents. Les rapporteurs sont responsables de la bonne tenue des études de la WMA par les associations membres appartenant à leur continent. Ils ont la charge également de soulever certains problèmes inhérents aux pays qu'ils représentent.

Paul Cibrie occupera cette fonction jusqu'à son départ en 1957. Il fournira régulièrement des rapports lors des sessions du Conseil. Le premier rapport est exposé et approuvé lors de la sixième session du Conseil à Londres en octobre 1949. Ses rapports consistent principalement à évoquer les différences qu'il existe entre les différents systèmes de Sécurité Sociale des pays européens[785] et à présenter les demandes d'adhésion des pays européens.

S'il lui permet encore une fois de débattre de son thème de prédilection qu'est la Sécurité Sociale, ce poste permet également à Paul Cibrie de soumettre à la WMA de multiples idées, déjà proposées aux membres de la CSMF, dont voici quelques-unes :

- Il propose aux membres de la WMA que chaque pays mette en place un enseignement de la déontologie, de l'éthique médicale et de la médecine sociale. Pour reprendre ses termes, cet enseignement doit être confié à « *des personnalités ayant une pratique de la médecine générale et une complète connaissance du fonctionnement des lois médico-sociales […] et non à des délégués d'organisations diverses d'ordre gouvernemental* ».[786] Une fois encore, il souhaite que les médecins s'occupent des affaires les concernant avant que l'Etat ne le fasse. L'idée d'un enseignement d'éthique médicale germera et aboutira à la création, à la WMA, d'un comité sur l'enseignement médical, mais Paul Cibrie n'en fera pas partie.

[784] Procès-verbal de la 3ème session du Conseil, Genève, du 5 au 7 septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. pp. 115 à 122.
[785] Voir chapitre 6-2-2-4.
[786] Procès-verbal de la 14e session du conseil, Bruxelles du 28 avril au 2 mai 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR, p. 63.

- En mars 1953 à la 17ème session du Conseil au Portugal, il annonce qu'à l'exception des allemands et des italiens, les médecins européens « *mènent une existence confortable* ».[787] Il souligne l'importance de « *maintenir et de préserver le statut économique* »[788] des médecins en travaillant de concert avec les sociétés mutuelles et les systèmes de santé de son pays. Cette touche d'optimisme est peu familière de Paul Cibrie. Nous pensons qu'il insiste sur la bonne situation des médecins français actifs afin de les inciter à cotiser pour leurs confrères ne pouvant plus exercer. La création d'un fond de retraite par les médecins actifs pour aider leurs confrères ne pouvant plus exercer est un combat très important pour Paul Cibrie. Le système de retraite auto-financé par la profession représente le plus bel exemple d'entraide confraternelle et d'indépendance du corps médical. D'ailleurs, quelques mois après, à la 7ème AG, il insiste sur l'importance de la collaboration entre hôpitaux privés et publics et sur la création d'une retraite payée par les cotisations des médecins actifs, afin de permettre aux médecins « *qui ne peuvent plus se livrer à la pratique de l'exercice de mener une existence à la fois simple et digne.* »[789] On sait qu'il a réussi à créer un fond de pension de retraite à la CSMF et essaiera à de nombreuses reprises de lancer un débat à la WMA sur la retraite des médecins. Cela aboutira, en avril 1955, à la 23ème session du Conseil de la WMA, au lancement d'une enquête sur la retraite des médecins dans le monde entier.[790] Lors du départ de Paul Cibrie en 1957, l'enquête commençait à peine.

- A de nombreuses reprises, Paul Cibrie évoque l'importance du médecin généraliste, ce « *philosophe de la médecine* »[791] et souhaiterait qu'une reconnaissance plus grande lui soit accordée dans le monde: « *Chaque foyer doit avoir son médecin de famille qui a la connaissance exacte de son malade et qui est appelé à déterminer le mode de traitement à la lumière de ces données psychologiques et de ses connaissances scientifiques. Il importe que le public ait une idée exacte du rôle*

[787] Procès-verbal de la 17ème session du Conseil, Monte Estoril, du 22 au 27 mars 1953. Archives de la WMA. 1953-22-GA-7-ocr, p. 227.
[788] Ibid.
[789] Procès-verbal de la 7ème Assemblée générale, La Haye, du 31 août au 5 septembre 1953. Archives de la WMA. 1954_27_GA_8_OCR, p. 186.
[790] Procès-verbal de la 23ème session du Conseil, Dublin, du 28 mars au 3 avril 1955. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR, p. 182.
[791] Procès-verbal de la 7ème Assemblée générale, La Haye, du 31 août au 5 septembre 1953. Archives de la WMA. 1954_27_GA_8_OCR, p. 186.

important du médecin généraliste. »[792] Nous pensons que Paul Cibrie a continué un très long moment (peut-être toute sa vie) son activité de médecin généraliste.[793] Plus que pour toute autre spécialité, ses « combats » sont destinés aux médecins généralistes qu'il considère comme la pierre angulaire du système de Santé.

- Il profite également de son poste de secrétaire de l'Europe pour discuter plusieurs fois du problème de la pléthore de médecins dont « *la vitesse d'accroissement dépasse proportionnellement celui de la population du pays* ». Il évoque ce problème depuis très longtemps aux réunions de la CSMF où il propose, dès 1932, l'instauration d'un numerus clausus.[794] En mai 1955, il rédige pour la WMA, son rapport pour l'Europe qui suggère de réguler l'admission des étudiants en médecine soit dès le début des études, soit en cours de cursus ou même une fois les études terminées.[795] Cette idée sera ensuite reprise par le comité de la WMA sur l'enseignement médical et notamment lors de la conférence mondiale de l'enseignement médical tenue à Londres en 1953. On sait maintenant que Paul Cibrie ne connaîtra pas le système de numerus clausus de la première année de médecine en France puisqu'il a été instauré en 1971.

- Dans son rapport présenté à la 9ème AG en septembre 1955, il dénonce la trop forte imposition des médecins par leur gouvernement surtout en Europe : « *C'est le devoir de chaque contribuable de venir en aide au gouvernement mais il ne saurait également pas perdre de vue sa situation économique* »[796]. « *Lorsqu'il ne bénéficie pas de déductions suffisantes sur ses dépenses professionnelles, le médecin – après avoir réglé les dépenses de son cabinet de travail et autres - peut s'attribuer moins des 40% de son revenu pour pourvoir à sa propre subsistance, à celle de sa famille et à sa pension de retraite. Une telle information serait de nature à surprendre la plupart des législateurs.* »

[792] Ibid.
[793] Ordonnance provenant du bloc d'ordonnances de Paul Cibrie datée de mars 1952. Archives Nationales, Base Léonore.
[794] CSMF, *le Médecin de France,* 1932, p. 364.
[795] Rapport de Paul Cibrie, secrétaire général pour l'Europe, mai 1955. Archives de la WMA. 1955-31-ga-9-ocr, p. 411.
[796] Procès-verbal de la 9ème Assemblée générale, Vienne, du 20 au 25 septembre 1955. Archives de la WMA. 1956_37_GA_10_OCR. p. 244.

6-2.2.6 Membre du comité chargé des relations avec le Comité International de la Croix-Rouge

- **Le Comité international de la Croix-Rouge**

Le Comité International de la Croix Rouge (CICR) est né en 1863 après la bataille de Solférino dans le but d'inciter les dirigeants politiques à des mesures pour protéger les victimes de la guerre. Sa fondation est entérinée en 1864 par la Première Convention de Genève qui définit les règles de protection des malades et blessés des forces armées en campagne.[797] Les conséquences sanitaires sans précédent des deux guerres mondiales accélèrent le développement du CICR qui réussit à déployer des moyens humanitaires gigantesques sur les cinq continents. Ses efforts, d'abord en faveur des prisonniers de guerre vont s'élargir aux soins apportés à la population civile, première victime de la Seconde Guerre mondiale. Au sortir de cette guerre, pour répondre aux lacunes du droit humanitaire, le CICR se lance dans un processus de révision et d'élargissement des Conventions de Genève, dont le but est d'empêcher la répétition des horreurs de la récente guerre.[798] En 1949, Les quatre conventions de Genève sont ratifiées. Elles constituent les premiers véritables textes de loi du droit humanitaire international. Elles protègent les malades et blessés militaires d'armée de terre et de mer, les prisonniers de guerre et les populations civiles.[799]

- **Rôle de Paul Cibrie au sein du comité chargé des relations avec le CICR**

Bien qu'il appartienne au comité sur la Croix Rouge, Paul Cibrie semble avoir peu contribué à ses études car il participe très rarement aux débats sur ce sujet et ne signe aucun rapport émanant du comité. Ce sont surtout les docteurs Dag Knutson et Jean Maystre, observateurs auprès de la Croix-Rouge pour le compte de la WMA, qui sont chargés des principales missions.

Cependant, on connait l'aversion de Paul Cibrie pour les juristes qui s'occupent des affaires médicales. Or, s'ils ne sont pas tous juristes, les

[797] Histoire | Comité international de la Croix-Rouge, disponible sur https://www.icrc.org/fr/qui-nous-sommes/histoire.
[798] Ibid.
[799] Les conventions de Genève - Croix-Rouge française, disponible sur http://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/Les-conventions-de-Geneve, consulté le 22 juin 2016.

membres de l'Assemblée du CICR sont rarement des médecins. A l'instar de son agressivité envers le CIMPM et la CMJM qui représente le corps exécutif du droit médical international, il répète ses velléités contre le corps législatif symbolisé par le CICR à l'origine des Conventions de Genève. Nous avons retrouvé deux pages qu'il a écrites et qu'il présente à la troisième AG en octobre 1949 à Londres. Son rapport annonce l'avis du comité sur « *les activités de la Croix Rouge en temps de paix* ». Le discours est agressif et l'avis est tranché et empli de reproches. Selon le rapport, la Croix Rouge utilise des *« prétextes* » et profite de sa « *réputation mondiale* » pour « *réaliser, dans certains pays, et d'une façon anarchique, une médecine de dépistage et de soins sans la moindre relation, en général, avec les médecins de famille.* »[800] Il pense même que le CICR s'immisce « *dans la clientèle* » des médecins généralistes, chose *« interdite par les Codes d'Ethique* ».[801]

Il n'hésite donc pas à entrer en conflit avec une prestigieuse organisation qui a reçu, en 1944, une reconnaissance internationale au travers d'un Prix Nobel de la Paix pour son action humanitaire durant la Seconde Guerre mondiale. Mais attirer sur lui les animosités n'est pas une chose qui préoccupe Paul Cibrie s'il doit défendre l'indépendance du Corps Médical. Il voit dans le CICR, une nouvelle immixtion de juristes non aptes à juger la pratique médicale. Pour lui, le CICR constitue une menace pour la profession médicale s'il continue à travailler de leur côté sans consulter les médecins, sur les questions d'hygiène, de prévention et de médecine sociale en général. Il reprend cette attaque sur un rapport rédigé en tant que secrétaire-adjoint pour l'Europe et présenté à la troisième AG en octobre 1949 : « *l'organisation de la Croix-Rouge est dispersée dans le monde entier, mais en Europe, tout particulièrement, certaines de ses activités empiètent sur celles de la Profession Médicale en général. C'est afin de parer à ces inconvénients qu'il nous a semblé que l'Association Médicale Mondiale dût leur opposer toute son énergie.* »[802]

Nous avons vu que Paul Cibrie accepte et même encourage la Croix-Rouge à se positionner sur la place des médecins en temps de guerre puisqu'il leur demande d'écrire un chapitre sur le devoir des médecins en temps de guerre dans le Code International d'Ethique Médicale. Mais selon lui, « *l'action de la*

---

[800] Rapport de Paul Cibrie sur les activités de la Croix-Rouge présenté à la 3ème Assemblée générale, Londres, du 10 au 15 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 3.
[801] Ibid.
[802] Rapport de Paul Cibrie, secrétaire-adjoint pour l'Europe, présenté à la 3ème Assemblée générale, Londres, du 10 au 15 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 123.

Croix-Rouge en temps de paix ne devrait jamais s'exercer d'une façon importante, sans accord avec l'Association professionnelle nationale intéressée.»[803] Les critiques de Paul Cibrie envers la Croix-Rouge ne sont pas isolées. Malgré une opinion générale favorable, l'organisation doit en effet essuyer des accusations d'« *inefficacité par rapport aux millions de victimes de l'Holocauste et de ses efforts, dans l'immédiat après-guerre, pour secourir des populations vaincues, notamment en Allemagne.* »[804]

Tout ceci altère les relations entre les différentes organisations internationales. Fin diplomate, Paul Cibrie veut renouer le lien avec la Croix-Rouge. Pour percevoir les réelles activités de celle-ci en temps de paix, il propose une enquête auprès de toutes les associations médicales nationales membres.[805] Il est chargé, lors de la sixième session du Conseil de la WMA, en octobre 1949, de préparer le questionnaire de l'étude.[806] On lit sur le rapport daté du 24/03/1950 du secrétaire général du Conseil que Paul Cibrie a reçu les questionnaires et que l'analyse est en cours.[807] Mais dès 1950, c'est Jean Maystre qui prend en main toutes les questions relatives à la Croix Rouge et Paul Cibrie n'interviendra plus sur cette question.

6-2.2.7 Membre pour d'autres comités

Paul Cibrie a également appartenu à d'autres comités mais son action y était moins importante, ponctuelle, moindre ou inconstante. Nous avons choisi de relater brièvement sa participation et/ou son implication dans chacun de ces comités.

- **Le comité sur la Nomenclature**

Paul Cibrie participe à ce comité avec Lorenzo Garcia Tornel (Espagne, président), Hugh Clegg (Angleterre) et Morris Fishbein (USA)[808] dont la

[803] Rapport de Paul Cibrie sur les activités de la Croix-Rouge présenté à la 3ème Assemblée générale, Londres, du 10 au 15 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 3.
[804] 1945-1965: deux décennies de défis - CICR, disponible sur https://www.icrc.org/fre/who-we-are/history/since-1945/overview-since-1945.htm, consulté le 22 juin 2016.
[805] Rapport de Paul Cibrie sur les activités de la Croix-Rouge présenté à la 3ème Assemblée générale, Londres, du 10 au 15 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 3.
[806] Procès-verbal de la 6ème session du Conseil, Londres, du 6 au 9 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_5_GA_3_OCR. p. 106.
[807] Rapport de Louis H. Bauer, secrétaire général de la WMA, 24 mars 1950. Archives de la WMA. 1950_155_CS_10_OCR. p. 54.
[808] Procès-verbal de la 3ème Assemblée générale, Londres, du 11 au 14 octobre 1949. Archives de la WMA. 1949_6_GA_3_OCR. p. 86.

principale mission est de « *procéder à la standardisation non seulement du vocabulaire technique et scientifique mais aussi des expressions généralement employées par les praticiens lesquelles présentent diverses applications ou différents modes d'interprétation* ».[809] Sans aucune explication, le comité est dissous à la 14eme session du Conseil en avril 1952[810].

- **Le comité des Relations de la Presse Médicale avec la WMA**

Paul Cibrie y participe avec Morris Fishbein (Président), Hugh Clegg et Jose Angel Bustamente (Cuba). Seul Morris Fishbein restera dans le comité qui ne nécessitait pas d'avantage de participants. Toutefois, Paul Cibrie propose en février 1953 que la WMA favorise la renaissance d'une association internationale de la presse médicale.[811] Constituée par des médecins français en juillet 1900, elle est dissoute par la Première Guerre Mondiale. Elle renaît en 1927 grâce à la Fédération Médicale Latine qui publie les travaux médicaux dans les cinq langues latines. Les bureaux de l'organisation sont toujours à Paris et le président (Pr. Loeper) est français. Mais la Seconde Guerre mondiale met fin une nouvelle fois à l'association. Paul Cibrie souhaite son rétablissement mais il est conscient que les temps ont changé et propose d'établir au sein d'une nouvelle association internationale de la presse médicale, des sections régionales à spécificité culturelle.[812] En tant que rédacteur en chef du journal de la CSMF, on comprend les intérêts de Paul Cibrie, mais Hugh Clegg n'est pas si enthousiaste. Même s'il évoque l'éventualité d'une publication appelée « Périodiques Médicaux Mondiaux », il doute de réussir à accorder les opinions médicales des rédacteurs et des éditeurs du monde entier.[813] Trop complexe, l'idée restera sans suite.

---

[809] Procès-verbal de la 4ème Assemblée générale, New-York, du 16 au 19 octobre 1950. Archives de la WMA. 1951_12_GA_5_OCR. p. 112.
[810] Rapport annuel du Conseil à la 6ème Assemblée générale, 21 juillet 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. p. 252.
[811] Rapport sur l'Organisation Internationale de la Presse Médicale par Paul Cibrie, 9 février 1953. Archives de la WMA. 1953_24_GA_7_OCR. pp. 10 à 13.
[812] Ibid.
[813] Rapport sur l'Association Internationale de la Presse Médicale, par Hugh Clegg, 17 février 1953. Archives de la WMA. 1953_24_GA_7_OCR. pp. 14 et 15.

- **Le comité pour la remise du Trophée pour services médicaux signalés créé en 1952.** [814]

Nous savons que Paul Cibrie y a appartenu mais les activités du comité sont très peu retranscrites dans les archives de la WMA.

- **Le comité spécial traitant d'une requête émanant de l'Association Médicale d'Israël**

Le 13 janvier 1953, le journal soviétique *la Pravda* publie les révélations d'un « odieux complot de médecins saboteurs ». L'affaire, nommée par la presse « le complot des blouses blanches » est la suivante : neufs médecins russes, juifs pour la plupart, auraient assassinés des dirigeants soviétiques dont Chtcherbakov, chef du bureau soviétique d'information pendant la guerre, mort en 1945.[815] *La Pravda* accuse les médecins d'agir pour le compte des américains et des britanniques. Dans un climat de guerre froide, d'antisémitisme exacerbé en Russie et de morts suspectes dans l'entourage de Staline, les tenants et les aboutissants de l'affaire sont très complexes.

L'affaire est rapportée par l'Association médicale d'Israël devant le Conseil de la WMA qui décide de créer un comité spécial chargé d'étudier la question et de formuler des recommandations au nom de la WMA. Probablement pour sa diplomatie et sa circonspection qui seront utiles dans une histoire aussi délicate, Paul Cibrie en est élu président. Lors de la 17ème session du Conseil de la WMA, en mars 1953, il rapporte que les accusations portées contre les médecins russes juifs sont les suivantes : « *attentats portés par un groupe de médecins à la vie de leurs malades et de certaines autres mesures qui ont violé les traditions et l'éthique professionnelle* »[816]. Paul Cibrie estime ses accusations envers des confrères d'une extrême gravité car elles suggèrent le non-respect du serment d'Hippocrate, d'autant plus que l'affaire semble médiatisée dans la presse soviétique et dans les radios du monde entier. Devant un conflit aussi complexe et politisé où les enjeux dépassent nettement l'avis de la WMA, Paul Cibrie préfère ne pas se prononcer en faveur d'Israël ou de la Russie. Cependant,

[814] Procès-verbal de la 15ème session du Conseil, Athènes, du 5 au 10 octobre 1952. Archives de la WMA. 1953_22_GA_7_OCR. pp. 200-201.
[815] « Le « complot » des blouses blanches », *Le Monde diplomatique*, 1 décembre 1992, pp. 16-17 https://www.monde-diplomatique.fr/1992/12/MARIE/44917.
[816] Procès-verbal de la 17ème session du Conseil, Monte Estoril, du 22 au 27 mars 1953. Archives de la WMA. 1953-22-GA-7-ocr. p. 235.

l'histoire nuit à la confiance de la relation médecin-patient et il ne peut rester sans avis. Comme il le fait toujours, il défend alors le corps médical et estime que cet épisode prouve la vulnérabilité des médecins russes dans leur pays. Il demande qu'à l'avenir, les accusateurs accumulent suffisamment de preuves solides avant d'inculper un médecin. Il s'explique en arguant que « *l'exercice normal de la médecine deviendrait impossible si en cas d'issue fatale ou d'insuccès diagnostique et thérapeutique, le médecin pouvait être trop facilement inquiété et condamné.* »[817]

Le 4 avril 1953, soit seulement trois mois après le début de l'affaire et un mois après la mort de Staline, la *Pravda* publie la déclaration des autorités soviétiques qui reconnaissent que les accusations portées à l'encontre des médecins juifs étaient mensongères[818] et fondées sur des preuves obtenues « par des méthodes d'investigation inadmissibles et très strictement interdites par la loi soviétique. »[819]

Le *British Medical Journal* soutient la WMA qui, dès mars 1953, a exprimé « son anxiété sur le sort réservé aux médecins dans un pays qui ne possède pas d'association médicale »[820]

- **Le comité de rédaction du bulletin de la WMA.**

Le premier bulletin est rédigé en anglais, français et espagnol. Il est édité en avril 1949 en une dizaine de milliers d'exemplaires et envoyé à chaque organisation membre afin de diffuser les travaux de la WMA.[821] Dès septembre 1948, le Conseil de la WMA décide de l'installation des bureaux de publication du bulletin à New-York et nomme Morris Fishbein (USA) comme rédacteur en chef. Certains écrits de Paul Cibrie en tant que secrétaire-adjoint pour l'Europe paraissent dans le bulletin mais il n'est pas réellement rédacteur. Lors de la 7ème AG en septembre 1953, Paul Cibrie et de nombreux confrères européens critiquent vivement la rédaction anglo-saxonne du bulletin. F. A. Sondervost (Belgique) fait allusion au journal de l'APIM « *encore reconnu en raison de son*

---

[817] Ibid.
[818] Thomas Wieder, « Staline et le "complot des bouses blanches" », *Le Monde.fr*, 20 avril 2006, sect. Culture, http://www.lemonde.fr/livres/article/2006/04/20/staline-et-le-complot-des-blouses-blanches_763505_3260.html.
[819] « The Accused Russian Doctors », *British Medical Journal* 1, n° 4814 (11 avril 1953): 824, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2015983/.
[820] Ibid.
[821] Rapport Annuel du Conseil à la 3ème Assemblée générale. 31 août 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 233.

excellente préparation et de sa documentation ».[822] V. A. Fenger (Danemark) propose que le Bulletin soit soumis à « *une nouvelle direction* » afin de « *trouver des rédacteurs qui préparent pour le Bulletin une documentation capable d'intéresser les lecteurs* ».[823]
Paul Cibrie poursuit avec ces mots : « *Le Bulletin de la WMA aurait grand avantage à se modeler sur celui de l'APIM et sans en être une copie, il devrait adopter ses points importants. La présentation du bulletin actuel est défectueuse et il faudrait lui en substituer une autre. Il devrait paraître au moins 10 fois par an et chaque numéro devrait contenir l'étude d'une question intéressante. Les articles scientifiques sont inutiles et devraient être réservés aux journaux scientifiques.* »[824] Très remonté par les invectives faites à son encontre, Morris Fishbein déclare qu'il a « *consacré à la WMA un temps considérable* », qu'il « *n'a pas ménagé ses efforts* » et que « *contrairement à la croyance générale, il n'est pas trop occupé pour poursuivre ses travaux en faveur de la WMA* ».[825]
Les conversations deviennent rapidement houleuses et d'une rare hostilité. Elles forment deux groupes : les anglo-américains d'une part et les européens à l'exception des britanniques d'autre part. Devant la tournure critique des discussions, Dag Knutson, président, demande à Paul Cibrie, vice-président, de tenir la chaire présidentielle, le temps de son intervention. Dag Knutson utilise l'art délicat des conversations diplomatiques, réussit à apaiser les esprits et à faire incliner Morris Fishbein. Le Conseil élit à l'unanimité Austin Smith comme nouveau rédacteur en chef du bulletin et Paul Cibrie est nommé au comité de rédaction avec Hugh Clegg et Lorenzo Garcia Tornel.

6-2.2.8 Autres rôles divers de Paul Cibrie au sein de la WMA

- **Médecine du travail**

La Confédération Internationale des Travailleurs Intellectuels a invité la WMA à se faire représenter à leur réunion de réorganisation à Paris qui a lieu du 31 mai au 1er juin 1949. Peut-être parce qu'il est français et parce qu'il s'intéresse de près à la médecine du travail, c'est Paul Cibrie qui est désigné

[822] Procès-verbal de la 7ème Assemblée générale, La Haye, du 31 août au 5 septembre 1953. Archives de la WMA. 1954_27_GA_8_OCR. p. 188.
[823] Ibid.
[824] Ibid. p. 189.
[825] Procès-verbal de la 19ème session du Conseil, La Haye, 6 septembre 1953. Archives de la WMA. 1954_27_GA_8_OCR. p. 95.

pour assister à la réunion et faire son rapport sur la confédération à la WMA.[826] Simple observateur, il reste passif lors des réunions et son rôle se limite à rapporter les activités de l'organisation. Il conservera sa fonction jusqu'en 1955.

Son intérêt pour la médecine du travail est précoce puisqu'il rédige sa thèse sur les atrophies musculaires consécutives aux accidents de travail. Cela montre que s'il est très corporatiste et défendra toute sa vie les médecins, il n'oublie pas les patients et les devoirs des médecins auprès d'eux. En 1954, l'OMS et la WMA collaborent pour étudier le développement de la médecine industrielle et du travail.[827] L'OMS a alors pour projet de former les médecins généralistes à la médecine du travail. Or, Paul Cibrie estime que la fonction principale du médecin du travail « *consiste à prévenir les maladies et les accidents* » et qu'il *« ne devrait donner de traitement sauf en cas d'urgence. Les soins médicaux sont du ressort des médecins de famille et ne devraient pas être octroyés par les médecins du travail.* »[828] Cette disposition est d'ailleurs toujours d'actualité. Finalement, un comité sur la médecine du travail est créé au sein de la WMA lors de la 21ème session du Conseil en septembre 1954 à Rome mais il n'en fait pas partie.[829]

- **Travail avec l'Organisation Internationale de Standardisation**

En tant que lien avec l'Organisation Internationale de Standardisation, Paul Cibrie travaille sur un accord international relatif à l'identification des bouteilles à gaz médicales et les dispositions à prendre en vue de prévenir les accidents dans l'usage des dites bouteilles.[830]

---

[826] Procès-verbal de la 5ème session du Conseil, Madrid, 20-24 avril 1949. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 58.
[827] Procès-verbal de la 20ème session du Conseil, Zurich, du 22 avril au 1er mai 1954. Archives de la WMA. 1954_27_GA_8_OCR. p. 105.
[828] Ibid.
[829] Procès-verbal de la 21ème session du Conseil, Rome, du 21 au 25 septembre 1954. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR. p. 138.
[830] Procès-verbal de la 5ème Assemblée générale, Stockholm, du 16 au 20 septembre 1951. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. p. 86.

- **Travail avec le comité sur la Pharmacopée Internationale**

A la 14ème session du Conseil de mai 1952, suite à un débat lancé par les membres du comité sur la Pharmacopée Internationale, les idées avancées par Paul Cibrie aboutissent à l'adoption de la résolution suivante : *« l'A.M.M. demande que soit apporté un frein aux dénominations dites «* de fantaisie *» de certains produits pharmaceutiques largement employés. L'A.M.M. estime souhaitable que soit toujours utilisé le nom générique du produit suivi du nom du fabricant (ex : Pénicilline Squibb)* ».[831]

6-2.3 Reconstruction délicate d'une médecine internationale : interventions de Paul Cibrie

Nous venons de voir l'ensemble des travaux effectués par Paul Cibrie à la WMA. Mais dans un but d'exhaustivité, il nous faut encore relater quelques évènements dans lesquels il a joué un rôle important et qui soulignent l'atmosphère parfois pesante des débats. Les deux guerres mondiales ont engendré beaucoup de rancœurs et la nouvelle bipartition du monde qui s'installe effraie les européens des pays latins qui assistent à l'effondrement de la gloire du « Vieux Continent ». Tout le monde désire tirer son épingle du jeu et l'art de manier la rhétorique et la diplomatie sont des atouts certains pour ne pas rester à l'écart des discussions politiques cruciales. Chacun sait que les décisions prises dans les prochaines années, voire les prochains mois, seront capitales pour l'avenir de leur pays et les tensions fleurissent. Bien qu'il bénéficie d'une large expérience dans la négociation politique, Paul Cibrie n'échappe pas à l'agitation ambiante créée par les dissensions naissant au fil des débats. La reconstruction d'une médecine internationale semble compromise plusieurs fois mais les membres de la WMA tiennent le coup. Paul Cibrie réussit parfois à faire preuve d'une conciliation qui l'honore et lui permet de recevoir la sympathie des autres membres, mais il n'hésite jamais à exprimer son opinion et peut aussi être à l'origine de frictions qui auraient pu être évitées. Nous allons rapporter quelques-unes de ses interventions qui reflètent la tension des relations internationales.

[831] Procès-verbal de la 14ème session du Conseil, Bruxelles, du 28 avril au 2 mai 1952. Archives de la WMA. 1952_17_GA_6_OCR. p. 67.

6-2.3.1 Sauvetage de la première Assemblée générale

Selon le *BMJ* du 27 novembre 1947, la première Assemblée générale de la WMA semble s'être déroulée dans un climat très tendu :

« *Bien qu'il ait été ajouté à ses six objectifs louables, le septième* « promouvoir la paix mondiale », *la paix lors de l'Assemblée n'était préservée que difficilement et en de rares occasions. Il faut cependant souligner que c'est une bonne chose que cette organisation soit formée dans une atmosphère libérée de toute illusion. Mais on aurait tort de maquiller les faits ou de prétendre que les gens présents à la réunion l'ont quitté avec le sentiment que les fondations de l'Association soient solides.* »[832]

L'article du *BMJ* décrit :

« *A la fin de la première journée, les conférenciers ont été incapables de finir leurs discussions sur les Articles et les Statuts de la Constitution. Ceci principalement à cause des interventions fréquentes des délégués Sud-Américains qui agissaient comme un bloc derrière leur leader, le délégué de l'Association médicale du Costa-Rica. C'était regrettable que le vote par bloc soit introduit et il semblait que la conférence commençait à imiter quelques-unes des pires caractéristiques de l'ONU.* »[833]

Finalement, et sans donner d'explications plus approfondies, l'article conclut par la phrase suivante:

« *A un moment, tous les délégués sud-américains ont quitté la réunion mais sont revenus par la suite, adroitement raccompagnés par le Dr Cibrie* ».[834]

Que s'est-il passé ? Quel rôle exact Paul Cibrie a joué auprès des délégués sud-américains ? Les archives ne nous permettent pas de le savoir mais on devine qu'il a réussi à apaiser les tensions et la Constitution a pu être signée. Nous savons que le docteur Felix Hurtago, délégué du Costa Rica est celui qui permettra d'obtenir l'espagnol comme langue officielle lors de cette première AG.[835] Est-ce la promesse faite par Paul Cibrie pour faire revenir les délégués sud-américains sur la table des négociations?

---

[832] World Medical Association, Première Assemblée générale, *BMJ*. 27 novembre 1947, pp. 498 à 500.
[833] Ibid.
[834] Ibid.
[835] Procès-verbal de la 1ère Assemblée générale, Paris, du 17 au 20 septembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 24.

6-2.3.2 Frictions au sujet de pédiatres allemands invités à New-York

Le 28 octobre 1947, Paul Cibrie écrit une lettre adressée à Charles Hill, secrétaire général de la WMA, lui signalant « *qu'un groupe de médecins allemands a été invité par les Etats-Unis d'Amérique à assister à un congrès de pédiatrie à New-York* ».[836] Il informe que c'est la première visite d'allemands aux USA depuis leur capitulation et que cela va « *réveiller des sentiments compréhensibles parmi les membres de la WMA* », notamment, ceux qui travaillent au comité sur les crimes de guerre nazis. Il demande à ce que la WMA exprime « *une forte protestation* ».

Le 28 octobre 1947, nous sommes quatre mois après la fondation du comité sur les crimes de guerre auquel appartient Paul Cibrie et quelques semaines après le verdict de « crime contre les êtres humains au nom de la médecine » rendu au procès de Nuremberg contre vingt-trois médecins nazis.[837] Avec ce jugement, l'attitude à adopter envers les médecins allemands ne semble pas sujet à controverses, mais le problème n'est pas si simple. Tous ces médecins ne portent pas la même responsabilité et Paul Cibrie semble faire l'amalgame. Toutefois, il est vrai que dans un contexte où les relations internationales restent fragiles, la décision des américains d'inviter les médecins allemands sans consulter les européens, risque de vexer ces derniers. La lettre de Paul Cibrie est envoyée par Charles Hill à chaque membre du Conseil de la WMA. Voici leurs réponses[838] :

- <u>Jar Stuchlick, Tchécoslovaquie, président-désigné :</u>

  « *L'Association tchécoslovaque aimerait être informée si l'Association Médicale Américaine avait un quelconque rapport avec l'invitation envoyée. Le président informa que seulement trois médecins allemands ont assisté au congrès et que l'un d'entre eux, le Professeur Denkwitz d'Hambourg, était en camp de concentration pendant la guerre et a été condamné à mort.* »

- <u>Dag Knutson, Suède, Vice-Président</u>

[836] Lettre de Paul Cibrie à Charles Hill, le 28 octobre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. p. 359-360
[837] Rapport « La Trahison Allemande et un Re-exposé de l'Ethique Médicale » tel qu'adopté à la 2ème Assemblée générale en septembre 1948. Archives de la WMA. 1949_4_GA_3_OCR. p. 105.
[838] Synthèse des réponses des membres du Conseil à Paul Cibrie concernant l'invitation de pédiatres allemands à New-York. T.C. Routley. 4 décembre 1947. Archives de la WMA. 1947_1_GA_1_OCR. pp. 361 à 363.

« *Il est impossible d'exprimer un avis définitif sur une affaire dont les détails ne sont pas entièrement connus. Je pense qu'une solide protestation contre ces médecins visitant New-York irait à l'encontre de l'esprit que nous essayons d'instaurer à la WMA.* »

- Otto Leuch, Suisse, Trésorier

« *C'était l'Association Américaine de Pédiatrie et pas l'Association Médicale Américaine qui invita quatre célèbres pédiatres allemands, comme ils ont invité des pédiatres de plusieurs autres pays européens… Les allemands ont été scrupuleusement choisis et non seulement n'étaient pas nazis mais l'un d'entre eux avait été condamné à mort par les nazis.* »

- Louis H. Bauer, USA

« *L'Association Médicale Américaine n'a pas pris part à cette réunion et n'a aucun lien avec les invitations envoyées. Il n'y a apparemment rien qui puisse être fait maintenant que la réunion est terminée.* »

- J. A. Pridham, Royaume-Uni

Il « *pense que le Conseil devrait informer les organisations invitées des résolutions prises par l'Assemblée Générale de la WMA et que l'on doit attirer l'attention de l'Association Américaine Médicale sur cette affaire.* »

- Jose Angel Bustamente, Cuba

« *Il n'existe pas de loi internationale interdisant les médecins nord-américains d'envoyer des invitations aux médecins allemands, ni de loi interdisant aux médecins allemands d'accepter de telles invitations… De plus il n'y a aucun besoin à faire une déclaration sur un acte déjà passé… Le congrès des pédiatres a pris part en juillet, soit 2 mois avant la réunion de la WMA à Paris. Si un incident similaire devait avoir lieu maintenant, la WMA devra faire une déclaration sur le sujet car cela concernera une question qui aura été évoquée à Paris et car ce sujet est prévu sur l'agenda de la prochaine session du Conseil.* »

- Alexander Hartwich, Autriche

« *La WMA ne peut prétendre au succès si elle menace de régulations ou de restrictions chaque association scientifique médicale. Ce serait*

nuisible à la réputation de la WMA de faire appel contre une organisation scientifique et de recevoir en retour une objection ou même un refus. »

- Charles Hill, Royaume-Uni, Secrétaire honoraire

« *Le Congrès mentionné par le Dr Cibrie n'est pas le seul à avoir invité des médecins allemands… Dans l'annonce du congrès panaméricain d'ophtalmologie à la Havane qui sera tenu en janvier 1948, la liste des délégués inclut deux professeurs allemands.* »

Après tous ces avis il apparaîtra finalement que l'affaire n'avait aucune gravité car les quatre médecins qui ont participé au congrès n'appartenaient pas au parti nazi et l'un d'eux a même, comme l'ont annoncé certains membres du Conseil, été emprisonné en camp de concentration et condamné à mort. De plus, l'Association Médicale Américaine, membre de la WMA n'avait aucun rapport avec l'invitation de ces médecins allemands.

Mais après la guerre, on découvre le terme « Aktion T4 » qui désigne une vaste campagne d'euthanasie, orchestrée par les médecins nazis, en vue d'éliminer les patients déficients physiques ou intellectuels. Or, l'ampleur de l'entreprise semble si vaste que « *nous en savons peu sur l'étendue du nombre de pédiatres qui ont élargi leurs activités à certains crimes médicaux, tels que la stérilisation forcée […] ou les expérimentations sur sujets humains dans les territoires européens occupés et dans les camps Nazis de concentration et d'extermination afin de prévenir et de contrôler les maladies dans l'Armée.* »[839]

Bien que la question soulevée par Paul Cibrie irrite les membres du Conseil de la WMA, elle ne semble donc pas si hors de propos. D'autant que la population pédiatrique est la première concernée par le handicap, notamment lors des naissances.

Cet épisode montre à quel point certains sujets sont encore très délicats à évoquer pour les représentants du Corps Médical.

---

[839] Sascha Topp, *Silence, Scapegoats , Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics, "Shifting Cultures of Memory : The German Society of Pediatrics in Confrontation with Its Nazi Past".* Volcker ROelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard. V&R Academic; 1 edition (December 1, 2014). 279p, p. 148.

6-2.3.3 Opinions sur la responsabilité du Corps Médical vis-à-vis de la surpopulation mondiale

A force d'éplucher les archives de la WMA, on s'aperçoit que Paul Cibrie est toujours respecté, souvent écouté, parfois craint, rarement effacé et jamais négligé. Orateur né, il hausse souvent le ton et il est rare de le voir admettre une idée contraire à la sienne. Il tranche les discussions en ayant souvent le mot de la fin.

Nous avons choisi un exemple parmi tant d'autres : un débat pendant la 8ème AG en septembre 1954 à Rome[840]. Le Dr W. Von Greyerz de Suède y présente la motion de l'Association Médicale Suédoise touchant la responsabilité du Corps Médical relative à la surpopulation mondiale. Voici quelques-unes de ses assertions :

« *La question se pose si le médecin a le droit et le devoir de combattre et de guérir la maladie pour laisser ensuite le sujet mourir de faim et de misère. Les médecins devraient faire une nouvelle estimation de leurs principes d'Ethique afin de déterminer si une telle mesure est plus préjudiciable qu'avantageuse. Il est évident que la mort provoquée par la pneumonie est préférable à celle causée par la faim et elle survient plus rapidement* »

ou : « *La motion de l'Association Médicale Suédoise déclare que les facteurs influençant la surpopulation mondiale relèvent en grande partie de la Profession Médicale puisqu'ils ont trait à l'hygiène, l'habitat, l'alimentation, l'occupation, l'hospitalisation, la maternité, la protection de l'enfance et le contrôle des naissances* »

ou encore : « *II est un fait que les peuples d'intelligence moindre ont plus d'enfants que ceux qui ont un degré plus élevé d'intelligence. Ceci est une érosion biologique qui ne saurait être méconnue sans conséquences funestes* ».

En d'autres termes, la Suède propose qu'on réfléchisse s'il est bien judicieux de continuer à soigner les pauvres et les sujets fragiles car en allongeant leur espérance de vie, on augmente le nombre de naissances. Or, leurs conditions de vie étant déplorables, les médecins se rendent alors responsables de la précarité de toute cette population. Avec notre mode de vie actuel, ces pensées extrêmes provoquent un vif émoi mais à l'époque, l'idée est

[840] Procès-verbal de la 8ème Assemblée générale, Rome, du 6 septembre au 1er octobre 1954. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR. p. 291.

débattue très sérieusement. Ainsi, le docteur Moran, représentant de l'association médicale irlandaise approuve les paroles du médecin suédois et ajoute même qu' « *un groupe de médecins catholiques se réunit cette année à Dublin pour l'étude de cette question* ».[841]

Cette fois-ci, Paul Cibrie laisse son tact de côté et déclare, en s'appuyant sur le Serment de Genève que « *la WMA est une organisation de médecins et non un groupe d'économistes. Le serment médical est clair, nous devons préserver la vie humaine de la conception à la mort. Notre unique devoir est de chercher à prolonger la vie. La meilleure réponse à cette question est l'ironie, la guerre atomique, la castration obligatoire et enfin les voyages sur la lune. Cette motion ne devrait pas être référée au Conseil mais rejetée d'emblée. Le rôle des médecins est de prolonger la vie et non d'anéantir la population.* »[842]

Son intervention clôt les débats et on propose que la motion soit rediscutée à la 22ème session du Conseil qui a lieu quelques jours après. La motion est alors renvoyée au comité des affaires diverses mais n'aboutira pas.[843]

6-2.3.4 La Conférence d'éthique organisée par l'Ordre des médecins français

Lors de la 23ème session du Conseil de la WMA, en mars 1955, le secrétaire général (Louis H. Bauer) annonce que l'Ordre National des Médecins français prépare une conférence sur la juridiction de la profession médicale, l'éthique médicale et la législation médicale comparée.[844] Il précise que plusieurs associations membres de la WMA ont déjà été invité et signale l'indignation de la WMA devant cette décision de l'Ordre des Médecins français: *« une correspondance avec le Dr P. Cibrie établit que cette organisation essayait de s'immiscer dans un domaine qui ne relevait ni de sa juridiction ni de sa compétence et où la WMA s'était déjà prononcée* ».[845]

---

[841] Ibid. p. 292.
[842] Ibid.
[843] Procès-verbal de la 22ème session du Conseil, Rome, 3-4 octobre 1954. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR. p. 146.
[844] Procès-verbal de la 23ème session du Conseil, Dublin, du 28 mars au 3 avril 1955. Archives de la WMA. 1955_31_GA_9_OCR. p. 156.
[845] Ibid.

Paul Cibrie déclare qu' « *il n'a jamais été invité à aucune réunion de cette organisation qui siège pourtant au même édifice que la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Il précise qu'il ne manquerait pas d'être informé des décisions de cette conférence et estime qu'elle ne méritait pas l'honneur d'y envoyer un représentant officiel de la WMA.* »[846]

Quelques mois plus tard, dans une lettre adressée aux associations membres, Louis H Bauer annonce qu'en octobre 1955, l'Ordre des Médecins Français a finalement organisé un Congrès International sur l'Ethique Médicale et le Droit International Médical. Il déclare qu'il « *serait non seulement contraire aux intérêts de la Profession et du public mais profondément regrettable qu'une nouvelle organisation cherche à s'immiscer dans cette question, provoquant ainsi un chevauchement regrettable des activités et une contravention à son Code d'Ethique Médicale* ».[847] Il demande aux associations membres de faire instance auprès de leur gouvernement afin qu'il *« ne donne aucune reconnaissance officielle aux décisions de ce Congrès qui est nullement qualifié pour formuler des recommandations sur cette question* ».[848]

Pourtant, ce congrès est l'aboutissement, en France, d'une réflexion sur l'éthique médicale initiée avant la Seconde Guerre mondiale, poursuivie avec ferveur après les atrocités nazies et dirigée par le docteur Louis Portes, gynécologue et professeur à la faculté de médecine de Paris, président du Conseil de l'Ordre de 1943 jusqu'à son décès en 1950 et principal auteur du Code français de Déontologie Médicale de 1947.[849]

En 1956, le comité d'Ethique qui vient d'accepter la démission de Paul Cibrie, ne tarde pas à réagir à la tenue de ce congrès. Ainsi, Pierre Glorieux écrit dans un rapport de mai 1956 : « *Le Comité estime que la WMA a un rôle très important sinon dominant à jouer dans l'édification du droit médical et ne peut laisser cette place à d'autres. Nous avons pour remplir cette tâche autorité et compétence. Ajoutons que du point de vue international ce sera un atout majeur.*

---

[846] Ibid.

[847] Lettre de Louis H. Bauer, secrétaire générale de la WMA, aux associations membres sur le Congrès International sur l'Ethique Médicale et le Droit International Médical organisée en octobre 1955 par l'ODM français. Octobre 1955. Archives de la WMA. 1956_39_GA_10_OCR. p. 30.

[848] Ibid.

[849] Pour plus d'informations sur la naissance de ce Congrès, lire : Weisz, George. *The origins of medical ethics in France : The international congress of morale medicale of 1955*, dans Social Science Perspectives on Medical Ethics, Mc Gill University Kluwer Academic Publisher, 1990, 295p.

La WMA doit donc prendre les mesures nécessaires. »[850] Le rapport rédigé à l'occasion de la 27ème session du Conseil de la WMA en octobre 1956 à La Havane, fait part de l'indignation des représentants de la WMA présents au Congrès face à la volonté des français à « encourager l'adoption de leur Code de Moral et de Droit Médical [de 1947] et à l'imposer a toutes les nations en vue d'une reconnaissance internationale. »[851] En effet, les congressistes ont voté le « vœu de voir créer une société internationale d'éthique et de droit médical ayant à poursuivre avec les organisations existantes, les études commencées au Congrès de Paris et de voir créer dans chaque pays une société nationale d'éthique médicale. »[852]

Paul Cibrie se trouve alors entre la WMA qui rejette les conclusions du congrès et ses confrères qui proposent de faire rayonner les intérêts de la France à l'international. Alors que l'on s'attend à une prise de position franche, nous ne retrouvons pas une seule intervention de sa part. Agé de 74 ans en 1955, il n'intervient quasiment plus au sein de la WMA. Mais ce mutisme trouve ses racines ailleurs que dans la fatigue d'un vieil homme. Il n'est que le prologue d'un évènement qui aboutira, un an plus tard au départ définitif de Paul Cibrie.

6-2.4 Démission de Paul Cibrie

Suite au refus réitéré de l'ajout de son chapitre sur « *les devoirs du médecin envers la société* » dans le Code International d'Ethique Médicale, nous avons vu que Paul Cibrie a préféré démissionner de son poste de président du comité d'Ethique en avril 1955. En 1956, il quitte également le comité sur la Sécurité Sociale et quelques mois plus tard, en décembre 1956, il abandonne aussi son poste de secrétaire pour l'Europe. Nous allons revenir sur les raisons de son départ un peu précipité.

Après sa démission du comité d'Ethique qu'il vit comme un réel échec, il se fait plus rare et moins participatif aux réunions. Il commence à être âgé mais il est aussi victime du cumul de ses nombreuses fonctions officielles et son

[850] Rapport du comité d'Ethique Médicale à la 26ème session du Conseil, Cologne, du 29 avril au 5 mai 1956. Archives de la WMA. 1956_38_GA_10_OCR. p. 248.
[851] Rapport du secrétaire général à la 27ème session du Conseil, La Havane, 5 octobre 1956. Archives de la WMA. 1956_38_GA_10_OCR. p. 34.
[852] Rapport du comité d'Ethique Médicale à la 26ème session du Conseil, Cologne, du 29 avril au 5 mai 1956. 1956_38_GA_10_OCR. p. 240.

agenda ne lui permet pas d'assister à toutes ses réunions. Son mandat de président de la CSMF de 1954 à 1956 le retient en France et il est absent de la 26ème et 27ème session du Conseil et de la 10ème AG à La Havane en octobre 1956. Il est alors convoqué par les autorités gouvernementales françaises pour représenter les médecins lors d'une Conférence avec le Ministre du Travail pour débattre du système de rémunération des médecins.[853] Lors de la 10ème AG, le Conseil de la WMA apporte tout son soutien moral « *au président de la CSMF et aux médecins français luttant dans l'intérêt des malades pour le maintien d'une saine médecine, du respect de la charte médicale et spécialement les dérogations légales pour les malades aisés.* »[854] Ne parvenant plus à assumer correctement ses multiples fonctions, Paul Cibrie remet sa démission de président de la CSMF car il *« ne peut compter sur l'avis unanime de tous les membres de la Confédération en matière de Juridiction régionale des questions relevant de la Sécurité Sociale* ».[855] Il donne « *sa démission afin de permettre à la Confédération de grouper ses forces sous l'autorité de son successeur.* »[856]

En décembre 1956, un scandale éclate : le Conseil de la WMA apprend que le numéro de décembre 1956 du *Médecin de France* publie un rapport présenté par Paul Cibrie à la CSMF qui indique une *« tendance à vouloir rétablir l'APIM et une possibilité que la Confédération envisage de se retirer de la WMA* ».[857] Quelques jours après la parution de ce numéro, le 17 décembre 1956, Jean Maystre envoie au secrétaire de la WMA (Louis H. Bauer) la copie du compte-rendu d'un rapport sur la WMA présenté par Paul Cibrie au Conseil d'Administration de la CSMF. Il y explique entre autres que :

- La cotisation s'élève chaque année et que cela devient trop cher pour la CSMF.
- « *La WMA est une affaire purement anglo-saxonne à direction américaine.* »[858]
- La CSMF gagnerait à recréer l'APIM qui « *coûterait moins chère* » et qui « *connaîtrait bien les préoccupations majeures du Corps Médical de la vieille Europe surtout dans le domaine de la Sécurité Sociale,*

[853] Procès-verbal de la 10ème Assemblée générale, La Havane, du 9 au 14 octobre 1956. Archives de la WMA. 1956 GA 10 minutes. p. 25.
[854] Ibid. p. 30.
[855] Lettre d'information du secrétaire général, Louis H. Bauer, 6 juillet 1956. Archives de la WMA. 1956_37_GA_10_OCR. p. 50.
[856] Ibid.
[857] Rapport intitulé « La CSMF présente sa démission à la WMA », 26ème session du Conseil, 21 janvier 1957. Archives de la WMA. 1957_44_GA_11_OCR. p. 35.
[858] Ibid.

préoccupations qui sont absentes de l'autre côté de l'Atlantique Nord. »[859] Il affirme même qu'à la 9ème AG à Vienne, les représentants turcs, italiens, belges, grecs et luxembourgeois « *ne tenaient pas non plus pour des raisons identiques à rester à la WMA* » et « *ont demandé de rétablir l'ancienne APIM* ».

- L'Association Médicale Américaine « *ne paye que 45% environ* » de ses cotisations *« parce qu'elle prélève le surplus sur les comités de soutien qui, là-bas, sont constitués d'industriels, de commerçants, de fabricants de produits pharmaceutiques, etc…* »[860]

Paul Cibrie n'a toujours pas accepté le nouvel Ordre mondial et la bipartition qui s'est mise en place à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Il reste accroché à la splendeur passée de la Vieille Europe.

Le 18 décembre 1956, Louis H. Bauer écrit une lettre au docteur Poumailloux (autre représentant de la CSMF à la WMA) pour tenter de clarifier la situation. Il écrit :

- « *L'établissement d'une organisation, telle qu'elle a été proposée par le Dr Cibrie, serait aux yeux des groupements qui s'efforcent de dominer le Corps Médical et de détruire sa liberté, une preuve concrète d'un manque de cohésion au sein de la Profession.* »[861]
- Seulement 16 des 53 pays membres de la WMA et 7 des 14 membres du Conseil peuvent être considérés anglo-saxons.
- « *Le procès-verbal de l'Assemblée Générale s'étend sur la question de la sécurité sociale plus que sur aucune autre.* »[862]
- L'Association Médicale Américaine a toujours versé sa pleine cotisation, conformément au plafond maximum fixé par les Assemblées Générales.[863]

Le 21 décembre 1956, Poumailloux écrit alors un article dans le *Concours Médical* où il souligne l'importance pour la France de maintenir son adhésion à la WMA. Il suggère que « *si la France et d'autres associations membres de pays d'Europe désiraient se grouper pour étudier des questions particulières à leurs*

[859] Ibid.
[860] Ibid. p. 36.
[861] Ibid.
[862] Ibid. p. 37.
[863] Ibid.

pays, elles devaient le faire dans le cadre de la WMA et former une organisation semblable à celle de la Confédération Médicale Panaméricaine. »[864]

Le 23 décembre 1956, Pierre Glorieux écrit une lettre « *déclarant que les représentants de la Fédération Médicale Belge n'avaient jamais rien dit ni rien écrit pouvant être interprété par le Dr Cibrie comme une indication de son désir de se retirer de la WMA et de rétablir l'APIM.* »[865]

Le 28 décembre 1956, la WMA reçoit deux lettres de Paul Cibrie. La première, datée du 20 décembre, informe que la CSMF a décidé de se retirer de la WMA car la « *cotisation à la WMA est infiniment trop lourde pour continuer à prendre place dans leur budget, et ils n'ont pas l'impression de retirer de 1'action de la WMA d'avantages très perceptibles* ».[866] Après avoir participé à la création de la WMA et y avoir autant travaillé pour aboutir aux résultats concrets que nous connaissons, il est difficile de croire que ce sont là les paroles de Paul Cibrie. La deuxième lettre présente sa démission de son poste de secrétaire pour l'Europe.[867]

Les membres du Conseil proches de Paul Cibrie et qui le connaissent depuis longtemps annoncent leur « *surprise et leur regret* »[868], notamment Lorenzo Garcia Tornel (Espagne) et Pierre Glorieux (Belgique).

Le 3 janvier 1957, Louis H. Bauer écrit deux lettres à Paul Cibrie. Il lui demande de retirer sa démission et il exprime tout le respect et la reconnaissance que la WMA éprouve à son égard et pour la CSMF :

- « *Tout en respectant profondément l'absence du Dr Cibrie à leurs réunions, l'Assemblée Générale et le Conseil ont remarqué que ses vastes connaissances et sa grande expérience en matière de sécurité sociale, jointes à sa diplomatie pour prendre en main les situations difficiles, donnaient bon espoir que le problème du Corps Médical Français serait résolu de la manière la plus satisfaisante ; établissant ainsi des techniques pouvant servir de guide aux associations moins expérimentées sur ce point, et en proie aux mêmes difficultés. On ferait appel à la force*

[864] Ibid. p. 38.
[865] Ibid.
[866] Ibid.
[867] Ibid.
[868] Ibid. p. 39.

conjuguée des 53 associations-membres pour garder au Corps Médical Français, son caractère de profession indépendante. »[869]

- « *On espérait sincèrement que le Dr Cibrie réussirait à convaincre le Conseil d'Administration de la CSMF de revenir sur sa décision. La CSMF et la WMA ont besoin l'une de l'autre pour atteindre leurs objectifs. La direction que le Dr Cibrie a donnée durant neuf années à tous les projets de la WMA, et tout particulièrement à ceux relevant du cadre de la sécurité sociale et de l'éthique médicale, a été remarquable. Elle est un exemple concret, non seulement de l'importance, mais de la nécessité qu'il y a de maintenir le Corps Médical du monde entier uni en une seule organisation.* »[870]
- « *Le concours prompt et inestimable de la CSMF et le concours personnel du Dr Cibrie ont toujours été extrêmement utiles.* »[871]

En février 1957, grâce aux efforts conjugués du Conseil de la WMA, de Poumailloux et de Jean Maystre, une réunion est organisée en vue de permettre aux représentants de la CSMF et aux Membres du Conseil de trouver une solution. La CSMF reste finalement membre de la WMA mais Paul Cibrie ne revient pas sur sa démission et quitte définitivement la WMA.

Le maintien de la CSMF aurait pu l'inciter à rester mais ses départs successifs du comité d'éthique et du comité sur la Sécurité Sociale ont amorcé son éloignement avec la WMA. A cela s'ajoute le malaise récent entre la CSMF et la WMA et son engouement pour une renaissance de l'APIM. Ces évènements lui prouvent qu'il n'a plus sa place au sein de la WMA et il préfère s'en écarter définitivement en février 1957. Il a alors 76 ans.

7 Paul Cibrie de 1957 à 1965

Nous avons peu d'informations sur les dernières années de sa vie.

Depuis 1906, il vit toujours à la même adresse parisienne où il exerce la médecine générale. Il ne déménagera jamais.

Il quitte la WMA en février 1957. Il siège encore au poste de président d'honneur de la CSMF en février 1965, un mois avant son décès.[872]

---

[869] Ibid.
[870] Ibid.
[871] Ibid.

Il décède à 84 ans le 7 mars 1965 dans son appartement parisien.[873] Il repose dans sa ville natale, à St Cyprien en Dordogne.[874]

Dans sa lettre d'avril 1965, le secrétaire général de la WMA publie les éloges funèbres de Paul Cibrie :

« *La mort du Dr. Paul Cibrie a privé la médecine française et mondiale d'un de ses membres les plus distingués. Le Dr. Cibrie eut une longue carrière dans la médecine internationale et fut un véritable pionnier de l'A.M.M. Au cours des négociations de 1945, il déploya tous ses efforts en vue de la cession à l'A.M.M. des travaux et des fonds de l'Association Professionnelle Internationale des Médecins. Dans l'A.M.M. elle-même, il déploya vigoureusement l'intérêt qu'il portait à la médecine internationale et devint membre et Vice-Président de son Conseil. Il remplit également très activement ses fonctions de Secrétaire Régional pour l'Europe.*

La mort du Dr. Cibrie est très ressentie par tous les membres de l'A.M.M. qui s'en souviennent avec respect et affection. »[875]

Un hommage posthume lui est adressé lors de la 53ème session du Conseil de la WMA à Santiago au Chili. (Voir Annexe 4)

Dans sa nécrologie, *La Presse Médicale* écrit : « *Sa haute personnalité s'est imposée longtemps dans les grandes commissions ministérielles où il était écouté pour la clarté de ses exposés, la sagesse de ses interventions et la pondération dans l'expression de sa pensée.* »[876]

---

[872] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[873] Ibid.
[874] Archives Nationales de France, base Leonore des anciens décorés de la Légion d'Honneur.
[875] Lettre de H. S. Gear, secrétaire général de la CSMF, " Feu le dr Cibrie", avril 1965. Archives de la WMA.
[876] *La Presse Médicale*, 1965, p. 995.

Synthèse et perspectives

L'objectif de notre travail était d'appréhender l'organisation de notre médecine actuelle qui s'est dessinée dans la première moitié du vingtième siècle, en retraçant le parcours de l'un de ses principaux fondateurs : le docteur Paul Cibrie.

Après plus de deux ans d'investigations sur les traces d'un homme, il survient un processus étrange de rapprochement idéique avec notre sujet. Rencontrer des proches qui ont partagé des moments avec lui, lire tous ses écrits, découvrir ses engagements et ses combats, faire sa généalogie,… chaque étape de notre progression nous a permis d'approcher l'identité politique de Paul Cibrie, d'entrer dans l'intimité de sa prose et d'en reconnaître sa signature.

Né en 1881 à St Cyprien en Dordogne d'une famille de médecins[877], il fait ses études médicales à Toulouse et passe le concours d'externe des hôpitaux de Paris[878] qu'il réussit brillamment puisqu'il est admis dans les 40 premiers (sur 429 reçus).[879] Il commence son service militaire en novembre 1902 et passe dans la réserve de l'armée active en septembre 1903. [880] En 1906, il soutient sa thèse pour le doctorat en médecine[881] et la même année, il installe son cabinet de médecine à l'endroit où il vit, dans le 7è arrondissement de Paris.[882] Il y restera toute sa vie. A côté de son activité au cabinet, il est également chef de service à l'hôpital Péan[883] à Paris de 1906 à 1933[884]. Pendant la Grande Guerre, il est mobilisé du 1er août 1914 au 27 février 1919, d'abord à l'Hôpital mixte d'Orléans puis à Oujda et Cap de l'eau, deux villes marocaines. Son engagement lui vaut plusieurs récompenses dont la nomination au grade de Chevalier de la Légion d'Honneur à titre militaire en décembre 1918. Il est promu Officier de la Légion d'Honneur en décembre 1933. Il participe également à la Seconde Guerre mondiale d'octobre 1939 à juillet 1940. Il est de nouveau promu en mars 1952 et obtient le grade de Commandeur de la Légion d'Honneur.

---

[877] Un de ses aieüls, le baron Gorsse était chirurgien dans les armées de la Révolution Française et so grand-père exerçait la médecine à Sarlat. CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[878] Honor for Secretary of French Medical Association. *BMJ*. 1952 Apr 26; 929.
[879] *Le Rappel*, n° 12357, 10 janvier 1904, p. 2.
[880] Archives Militaires de Dordogne, Fiche de M. Cibrie Pierre Paul.
[881] Cibrie Paul. Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail. Thèse de médecine. Paris; 1906, 72p. Notice n° : FRBNF36866791.
[882] CSMF, *Le Médecin de France*, 1998, n° 883, p. 14.
[883] *La Presse*, n°5906, 14 décembre 1921, p. 1.
[884] Base Léonore, Archives Nationales de France.

Paul Cibrie commence à s'investir dans le milieu syndical français avant la Première Guerre mondiale puisqu'il appartient déjà au Syndicat des Médecins de la Seine (SMS) en 1911. Dès 1919, il est membre de l'Union des Syndicats des Médecins Français (USMF), par l'intermédiaire du SMS. Seule union des professionnels médicaux de l'époque, l'USMF est représentative de l'ensemble des médecins syndiqués de France.

Au début des années 20, l'Etat prend conscience des besoins collectifs en santé et souhaite inclure les médecins dans une prise en charge organisée et à coûts réfléchis. Il faut créer une loi qui modifiera en profondeur la médecine française en incluant la médecine sociale. L'Etat propose alors la création d'un contrat collectif pour imposer aux médecins des obligations de santé publique et pour établir des règles de bonne pratique en médecine libérale. En échange, il protège la profession contre des pratiques de soins non orthodoxes (charlatanisme) et contre une concurrence interne résultant surtout d'abus tarifaires. La rémunération des médecins et le contrôle de celle-ci sont les principaux sujets des débats et la source majeure de mésentente entre les syndicalistes. Lucides sur la nécessité de transformer la séculaire relation exclusive médecin-patient en prise en charge globale et généralisée, les médecins syndiqués ne sont cependant pas disposés à subir ce qu'ils appellent une fonctionnarisation forcée par l'Etat. Afin de préserver l'autonomie et l'indépendance du médecin, Paul Cibrie refuse tout contrat avec l'Etat. Sa position extrême n'est pas suivie et le contrat collectif est adopté par l'USMF en 1923. Mais véritable chef de file des protestations, cet épisode lui permet de sortir de l'ombre en exposant ses idées au grand jour.

Or, si le contrat collectif est accepté, la question de la rémunération des médecins reste en suspens. Paul Cibrie profite alors de sa notoriété acquise en quelques années pour faire pencher le vote des syndicats en faveur d'un contrat collectif avec entente directe sans tiers payant et avec une tarification acceptable pour le médecin. Sans être un homme politique, son charisme et son habileté rhétorique en font un véritable professionnel de la politique médicale. Il expose clairement ses grands concepts qu'il défendra toute sa vie :

- autonomie et indépendance du corps médical vis-à-vis de toute institution
- unité professionnelle
- liberté tarifaire
- défense d'un corporatisme absolu

- défense de valeurs professionnelles sans vouloir une élite médicale mais plutôt le respect d'un certain honneur de la profession

Les partisans aux idées de Paul Cibrie se multiplient et la scission de l'USMF devient inévitable en 1925. D'accord décrié, Paul Cibrie s'acharne à défendre ses principes et réussit à fédérer les médecins syndiqués autour de la Charte Médicale votée en novembre 1927 par les syndicats. Cette Charte reprend tous les principes de l'entente directe :

- Libre choix du médecin par le patient
- Respect du secret professionnel
- Liberté d'honoraires
- Paiement libre à l'acte
- Liberté thérapeutique et de prescription
- Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat

Egalement nommée charte de la médecine libérale, elle est l'œuvre syndicale majeure de Paul Cibrie. A l'exception de la liberté d'honoraires, chaque item sera repris et respecté lors de la Création de Sécurité Sociale en 1945 et reste aujourd'hui d'acualité. La Charte Médicale est le socle sur lequel s'est construite la pratique de la médecine libérale française. Ainsi, par exemple, la raison de l'exception française du paiement des consultations à l'acte est à chercher dans le combat acharné qu'ont mené les médecins syndicalistes français dont le chef de file est Paul Cibrie.

Symbole de l'unité retrouvée des syndicats médicaux français, la Charte permet deux évènements majeurs :

- La réunification des syndicats médicaux et la création de la CSMF le 6 décembre 1928. Paul Cibrie est nommé au poste le plus influent de secrétaire général.
- Le vote de la première loi sur les Assurances Sociales votée le 15 mars 1928. Elle jette les bases de la prise en charge sociale de la population en permettant l'accès aux soins pour tous, y compris les plus démunis.

Ainsi, l'analyse de seulement dix années des travaux syndicaux de Paul Cibrie montre déjà son importante implication dans le façonnement de notre système actuel de santé.

A l'aube des années 30, il est devenu une figure emblématique du syndicalisme français très respectée et écoutée. Il s'impose alors comme le

représentant des médecins auprès du Gouvernement et développe ses qualités d'orateur au service de la défense de la profession médicale. Secrétaire général de la CSMF et rédacteur en chef du journal de l'association, il rallie facilement les médecins syndiqués à ces idées.

Néanmoins, lorsque l'Etat évoque de nouveau le tiers payant dans ses propositions de loi, il s'offusque d'abord mais accepte rapidement un compromis afin de ne pas diviser la CSMF. Il demande que le tiers payant ne soit pas systématique mais qu'il soit réservé aux patients bénéficiant de l'Aide Médicale Gratuite (équivalent de l'actuelle Couverture Médicale Universelle). Sa requête est acceptée et la deuxième loi sur les assurances sociales est promulguée le 30 avril 1930. Mais son application n'est pas facile car il faut mettre en place toutes les infrastructures nécessaires. Des caisses départementales d'assurance éclosent partout en France. Leur fonctionnement balbutiant retarde la signature des conventions avec les syndicats et menace la confiance de ces derniers envers les caisses. De plus, dans une période où la paix se trouve menacée, les français voient se succéder de 1930 à 1940, ving-huit gouvernements différents. On comprend qu'il est alors très compliqué de discuter avec les ministres des difficultés rencontrées au sein de la profession et de mettre en place de nouvelles réformes. Mais la loi de 1930 est trop onéreuse dans une France qui subit la Grande Dépression et une réforme est cependant obligatoire. Elle vient sous forme d'un décret-loi du 28 octobre 1935 qui respecte l'entièreté de la Charte Médicale si chère à Paul Cibrie. Avec l'avènement du front populaire en 1936, l'application du décret-loi de 1935, apportant une aide sociale à la population est plutôt facile cette fois.

Les difficultés économiques provoquées par le Krash boursier de 1929, entraînent une concurrence accrue entre les médecins qui a plusieurs conséquences pour Paul Cibrie. D'abord, il se pose en moralisateur de la profession afin de défendre un code d'honneur du médecin et le maintien de pratiques sérieuses. Il dénonce le charlatanisme et conspue les médecins qui s'engagent dans les dispensaires pour des salaires très peu élevés. Ensuite, il encourage l'entraide et la solidarité professionnelle en créant des Offices d'aide aux médecins syndiqués (retraite, secours syndical,…). Enfin, il souhaite mieux organiser la profession et la rendre plus indépendante. Ainsi il accueille favorablement le développement de la médecine sociale des années 30 au cabinet et à l'hôpital mais insiste pour qu'elle soit gérée par les médecins contre une rémunération adéquate. Dans le milieu des années 30, devant le bilan

comptable positif des caisses, Paul Cibrie réussit à instaurer l'établissement de tarifs minimum de remboursement par les caisses, appelés « tarifs limites de responsabilités ». Il se bat pour que les honoraires médicaux suivent l'inflation de l'époque mais tout en préservant les intérêts du patient. L'application de ce tarif apporte au médecin un revenu minimum, assure au patient un remboursement constant par les Caisses et empêche certains médecins d'appliquer des honoraires trop élevés.

Mais avec l'arrivée de la Seconde Guerre mondiale de nombreux projets sont suspendus.

De 1930 à 1939, Paul Cibrie est donc devenue une figure autoritaire omniprésente impliquée dans toutes les grandes discussions et décisions médicales. Il s'accroche fidèlement aux principes de la Charte Médicale et à ses propres concepts déjà évoqués ci-avant. L'analyse de dix années supplémentaires de l'œuvre syndicale de Paul Cibrie nous plonge donc au cœur de la tourmente des années 30. En cette période troublée, il réussit malgré tout à maintenir l'entente directe sans tiers payant (sauf pour les plus démunis) et à développer l'organisation d'une médecine traditionnellement moderne. Profondément libéral et véritable précurseur empli d'une volonté de changement, il bouleverse la pratique médicale par des idées qui nous laissent un héritage important aujourd'hui : création d'une caisse autonome de retraite, lutte contre l'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme, développement de l'hygiène et de la santé publique en abordant la lutte contre l'alcoolisme et le taudis, organisation des centres de santé, surveillance des produits alimentaires,… Avec le recul dont on dispose à présent, on peut affirmer qu'il a véritablement « préparé le terrain » pour la naissance de la Sécurité Sociale.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, il tente de poursuivre l'action syndicale mais le maréchal Pétain dissout la CSMF le 7 octobre 1940.

Cette date marque un autre évènement majeur pour la médecine française actuelle : la création de l'Ordre des Médecins français. Les raisons de l'empressement par l'Etat français de Vichy à créer cet organisme restent débattues. En revanche, il est évident que cette rapidité n'a été possible qu'en raison des nombreuses discussions et projets de loi déjà présentés depuis plus de vingt ans en France. En effet, l'application de la loi sur les Assurances sociales de 1928 nécessite la mise en place urgente de systèmes de contrôle aussi bien du patient que du médecin. Paul Cibrie se bat depuis la fin des années 20 pour créer

un Ordre des médecins et pour en faire une instance juridictionnelle professionnelle et non étatique. Lors de ses rencontres avec les membres du gouvernement, il réclame le contrôle des médecins par les médecins et non par l'Etat ou par des juristes. Ses exigences se heurtent à l'avis du gouvernement qui souhaite imposer des juristes dans la composition de l'Ordre. Les propositions sont rejetées soit par l'une des Chambres de l'Assemblée Nationale, soit par Paul Cibrie et la CSMF. En conséquence, l'Ordre ne voit pas le jour avant la Seconde Guerre mondiale. Celui né en 1940 ne plaît pas à Paul Cibrie qui appelle les syndicats départementaux à ne pas les reconnaître. Vivement critiqué l'Ordre de 1940 laisse place à celui de 1942 proposé par Pierre Laval qui correspond aux volontés de Paul Cibrie. Mais il devient obsolète après l'occupation totale de la France par l'Allemagne. Il réapparaît en 1945 mais la composition de l'Ordre proposée par l'Etat comprend plusieurs juristes. Cette fois-ci, Paul Cibrie réussit à obtenir la démission du Conseil de l'Ordre fraîchement élu et organise de nouvelles élections qui placent essentiellement des médecins syndiqués aux sièges décisionnels importants du Conseil de l'Ordre.

Si notre juridiction professionnelle est encore aujourd'hui composée uniquement de médecin, c'est donc une nouvelle fois une conséquence des travaux de Paul Cibrie.

La fin de la Seconde Guerre mondiale marque l'évènement le plus important pour notre système de santé : la création, en 1945 de la Sécurité Sociale dont la promulgation officielle se fera le 22 mai 1946. Malgré des combats acharnés où il se pose en véritable fer de lance des idées de la profession, Paul Cibrie perd la bataille contre le gouvernement car c'est la fin des honoraires libres. L'entente directe, si importante pour lui, n'existe donc plus et la Charte Médicale est amputée. Il se console en obtenant deux choses :

- la fixation du barème des honoraires par les syndicats et non par l'Etat. La CSMF créé en avril 1946, les principaux tarifs encore en vigueur aujourd'hui : C (Consultation), V (Visite), VD (Visite le Dimanche), VN (Visite de Nuit), PC (Petite Chirurgie), K (coefficient multiplicateur), IK (Indemnités Kilométriques) et Accouchements.

- la création d'un secteur libre où l'entente directe est respectée. S'il accepte d'appliquer les honoraires syndicaux à tous les assurés sociaux qui ne sont pas dans une situation notoirement aisée, il souhaite pouvoir appliquer des

honoraires plus élevés en cas de patients aux revenus supérieurs. Il a donc tout simplement créé l'existence des deux secteurs proposés encore aujourd'hui aux médecins, lors de leur installation.

Un autre combat secoue le corps médical dans les années 30 : la pléthore médicale. La peur d'une concurrence importante qui abaisserait leurs revenus entraîne les médecins dans une spirale de xénophobie et d'antisémitisme qui ne s'arrêtera qu'à la fin de la guerre et qui sera lourde de conséquences. Paul Cibrie est une nouvelle fois aux premières loges. La situation financièrement pénible dans laquelle se retrouvaient, réellement ou théoriquement, ses confrères est insupportable pour ce défenseur de la profession. Il fait alors sien le combat contre la pléthore médicale. Il appelle les jeunes bacheliers français à ne s'inscrire en médecine que s'ils ont « l'âme bien trempée », sont « patients, bons et courageux » et « sont décidés à faire passer les satisfactions d'ordre moral avant les bénéfices d'ordre matériel. » [885] En faisant preuve d'une avance manifeste sur son époque, il tente en vain d'instaurer un numerus clausus aux études médicales. Mais l'entrave à l'accès des étrangers aux professions médicales par le durcissement de l'obtention de leur diplôme en France est la solution majeure qu'il défend pour résoudre le problème de la pléthore médicale. Elle trouve une large approbation auprès du corps médical parisien qui rejette la faute de leurs supposées difficultés économiques principalement sur les médecins étrangers. Paul Cibrie joue un rôle important dans la création de la loi Armbruster du 21 avril 1933 qui rend très difficile l'accès aux études médicales pour les étudiants étrangers. Mais les médecins ne s'en contentent pas et se plaignent de l'afflux massif de médecins étrangers en France. Ils sont rapidement rejoints par les étudiants en médecine en 1935 qui lancent un mouvement de grève sans précédent. Paul Cibrie fait alors pression sur le gouvernement et une révision de la loi Armbruster, votée le 27 juillet 1935, complique encore la possibilité d'exercice pour les médecins étrangers en France. Il dément toute accusation de xénophobie mais participe au climat de haine contre les médecins étrangers et spécifiquement les médecins juifs. Il n'hésite pas à écrire : « *Ils nous apportent un état d'esprit et des façons de procéder qui ne sont pas les nôtres ; qu'ils fassent du négoce ou de la banque, peu nous importe, mais pas la médecine.* » [886] A tous les maux qui leurs sont déjà reprochés, il ajoute la peur qu'ils prennent la place des médecins français

[885] Jules Laurent, article rapportant les propos de la CSMF, *Le Figaro*, n°310, 6 novembre 1930, p. 8.
[886] CSMF, *Le Médecin de France*, 1938, pp. 431-432.

partis au combat en cas de guerre et s'accaparent leur patientèle. Il demande et obtient du gouvernement en septembre 1939, une ordonnance qui stipule qu'en temps de guerre, la mobilisation civile des médecins étrangers se fasse hors de leur domicile habituel et qu'ils s'engagent à retourner à leur ancienne résidence, une fois la guerre terminée.

Ainsi, dans l'une des périodes les moins glorieuses pour notre profession, Paul Cibrie écrit une page sombre de son histoire en se ralliant aux idées xénophobes du corps médical et en participant à leur propagation. Sans savoir s'il en a été influencé, nous avons découvert qu'il entretenait une amitié importante avec Pierre Laval. Il est même celui qui permet sa tentative de suicide en lui fournissant une capsule de cyanure en prison afin d'échapper à son exécution.

Après la Seconde Guerre mondiale, Paul Cibrie s'engage sur la scène internationale, au sein de la World Medical Association (WMA), dans un souci d'éthique médicale qui peut sembler troublant en raison de ses positions antérieures : empêcher les futurs médecins de reproduire les exactions perpétrées par leurs confrères nazis. Sa légitimité à mener des discussions éthiques est discutable mais il s'éloigne de la polémique en fournissant un travail colossal à l'origine des lois actuelles sur l'éthique médicale.

Dans un élan de patriotisme, il essaye d'abord de faire renaître l'Association Professionnelle Internationale des Médecins (APIM) suspendue en 1939. De gouvernance française, elle permettait à la France de tenir une position privilégiée dans les conférences sanitaires internationales et d'imposer ses idées au reste du monde médical. De 1944 à 1947, il intervient pour défendre l'APIM lors des réunions du Comité Organisateur chargé de créer les bases d'une nouvelle association. Mais confronté à une nouvelle bipartition du monde où la vieille Europe n'est plus souveraine, il échoue là où les britanniques s'imposent. L'une des conséquences directe aujourd'hui de cet échec est la disparition de l'allemand et du français en tant que langue officielle des revues et des conférences médicales pour laisser place à l'anglais.

La WMA est créée en septembre 1946 et reconnue officiellement en septembre 1947. Paul Cibrie, en tant que secrétaire associé du restreint Comité Organisateur, est responsable, avec le médecin britannique Charles Hill, de rédiger la constitution de la future WMA et de promouvoir l'association à

l'étranger et auprès des autres instances internationales (UNESCO, OMS, …). Il est donc l'un des fondateurs principaux de la WMA.[887]

Puissante organisation représentant 111 associations médicales nationales, la WMA se donne toujours pour mission aujourd'hui de « servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde. »[888] Elle réagit à chaque instant où elle repère une atteinte à l'éthique médicale. Au moment de l'impression de notre thèse, la dernière intervention de la WMA en date du 4 août 2016 concerne les arrestations en masse en Turquie qui frappent des médecins et d'autres personnes travaillant dans des hôpitaux militaires. La WMA exprime son inquiétude auprès du président Erdoğan et rappelle les autorités turques à respecter pleinement le droit international en matière de droits de l'homme et autres obligations internationales. Si l'influence de la WMA en matière d'éthique médicale est si grande et ses avis respectés et écoutés, c'est qu'elle est à l'origine du texte fondateur de l'éthique médicale moderne : la Déclaration d'Helsinki. Adoptée à la 18ème Assemblée générale de la WMA à Helsinki en juin 1964, la Déclaration énonce les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Amendée depuis à sept reprises, elle reste la référence mondiale du code d'éthique médicale à respecter en ce qui concerne la recherche scientifique faite sur l'être humain. Or, elle découle de toute la réflexion éthique initiée au sein de la WMA depuis sa création et dont Paul Cibrie a pris une part très active.

Paul Cibrie appartient d'abord au comité sur les crimes de guerre. Le comité condamne solennellement les crimes commis par les médecins nazis et réussit à imposer aux syndicats médicaux allemands un repenti et une déclaration publique sur leurs agissements depuis 1933. Mais surtout, à une époque où le serment d'Hippocrate est devenu obsolète, le comité propose de le moderniser et de le rendre obligatoire pour tout étudiant en médecine au moment

---

[887] Cette position de représentation internationale de Paul Cibrie est d'autant plus étonnante qu'il l'occupe non pas en tant que représentant de l'Ordre des médecins français mais en tant que président du syndicat médical majoritaire. Ceci s'explique en partie par deux choses : d'une part il est introduit aux réunions de fondation de la WMA par le Dr Fernand Decourt, ancien secrétaire général de l'APIM et membre de la CSMF. D'autre part, à la conférence de septembre 1946 où est fondé le Comité Organisateur pour mettre en place la WMA, Paul Cibrie propose que seules les associations médicales nationales puissent adhérer à la WMA. Etant donné l'existence dans certains pays de plusieurs associations médicales de caractère national, Paul Cibrie suggère que seules celles comptabilisant au moins 50% des médecins de leur pays puissent adhérer. Il permet ainsi à la CSMF d'être le représentant de la France au détriment de l'Ordre des médecins trop jeune pour comptabiliser suffisamment d'adhérents.

[888] « About the WMA », 2 juin 2009, http://www.wma.net/fr/60about/index.html.

du passage de sa thèse. Créé en septembre 1948 à Genève, il est appelé Serment (ou Déclaration) de Genève et de nombreuses associations médicales nationales, membres de la WMA, l'adoptent. Il s'impose aujourd'hui encore dans un grand nombre de pays. Une fois encore, le quotidien des médecins trouve son héritage dans les travaux de Paul Cibrie.

Ensuite, lors de la deuxième session du Conseil à New-York en avril 1948, Paul Cibrie demande la création d'un comité d'Ethique en vue d'établir un Code international d'éthique médicale.[889] Il en est immédiatement nommé président. Validé le 12 octobre 1949, lors de la 3ème Assemblée générale à Londres, le Code énonce les devoirs généraux des médecins, les devoirs des médecins envers les malades et les devoirs des médecins entre eux. Paul Cibrie rentre en conflit direct et violent avec plusieurs associations internationales de juristes qui souhaitent eux-mêmes établir un code d'éthique médical. Il reste toujours un ardent défenseur de la profession et estime que le droit médical international doit rester entre les mains des médecins. Les membres du comité approuvent sa position. En revanche, malgré ses demandes réitérées pendant plusieurs années, ils refusent sa volonté d'adjoindre au Code un chapitre sur le devoir des médecins envers la société. Mécontent et blessé, il préfère alors démissionner. Avant de partir, il a juste le temps d'énoncer les principes de l'expérimentation humaine qui serviront de socle à la Déclaration d'Helsinki.

Paul Cibrie est aussi membre influent du comité sur la sécurité sociale de la WMA. Après avoir fait adopter les douze principes de la Sécurité Sociale selon la WMA, il défend le respect des principes de la Charte Médicale dans les différents systèmes de santé à travers le monde, notamment la liberté d'honoraires que les médecins français ont perdue en 1945. On note que dès 1952, Paul Cibrie met en garde contre le déficit budgétaire des systèmes de santé de beaucoup de pays. Il rejette la faute sur les médecins qui abusent des prescriptions, sur les patients qui sont trop exigeants et utilisateurs du système et sur l'administration dont les frais de gestion sont trop importants. Dans l'ensemble, Paul Cibrie a anticipé les enjeux du développement de la médecine sociale de la seconde moitié du vingtième siècle. Cependant, en plaçant le médecin comme autorité absolue des décisions sanitaires et non comme un pivot autour duquel s'articulent d'autres instances décisionnaires, il propose des solutions trop conservatrices pour être acceptées par les gouvernements et les

[889] Procès-verbal de la 2ème session du Conseil, New-York, du 27 au 29 avril 1948. 1948_2_GA_2_OCR, GA2. p. 100.

citoyens. De plus, il se heurte à la complexité de trouver une solution applicable à tous les systèmes de santé, si différents d'un pays à l'autre.

Paul Cibrie est également nommé secrétaire pour l'Europe de la WMA. Il fera plusieurs rapports, essentiellement sur les différences entre les systèmes de santé en Europe. Il est également l'observateur et le représentant officiel de la WMA lors des Conférences importantes de l'UNESCO. Avec cette organisation, il crée le Council for International Organizations of Medical Sciences(CIOMS), conseil chargé de planifier l'agenda des différentes conférences sanitaires à travers le monde.

En octobre 1955, l'Ordre des Médecins Français organise un Congrès International sur l'Ethique Médicale et le Droit International Médical. La WMA s'insurge contre cette initiative française qui empiète sur les fonctions et la raison d'être de la WMA. Ajoutée à sa démission du comité d'Ethique, cette anicroche est le début de la prise de distance de Paul Cibrie avec la WMA. En décembre 1956, il publie un article dans *le Médecin de France* qui indique une « *tendance à vouloir rétablir l'APIM et une possibilité que la Confédération envisage de se retirer de la WMA* ».[890] Les choses s'enveniment et si finalement la CSMF reste au sein de la WMA, Paul Cibrie, qui admet difficilement la nouvelle hégémonie anglosaxonne, s'en retire définitivement en février 1957.

Il décède à 84 ans le 7 mars 1965 dans son appartement parisien. Il repose à St Cyprien, [891] sa ville natale.

Il est présomptueux de prétendre connaître un homme par la simple étude de ses travaux. Cette affirmation prend tout son sens avec Paul Cibrie, qui après deux années consacrées à l'analyse de son œuvre, nous laisse parfois encore perplexe. A la fois autoritaire et fin diplomate, attaché aux valeurs traditionnelles mais proposant constamment des solutions en avance sur son temps, intègre et transfuge, courageux et arriviste, antisémite et à l'origine du code international d'éthique médicale, Paul Cibrie est un personnage énigmatique. Son ambiguité se retrouve même jusqu'à son identité puisque les documents officiels affichent tantôt Cibrié avec un accent sur le 'e', tantôt Cibrie sans accent. De même, son prénom est souvent Paul mais parfois Pierre-Paul ou plus rarement Pierre.

---

[890] Rapport intitulé « La CSMF présente sa démission à la WMA », 26ème session du Conseil, 21 janvier 1957. Archives de la WMA. 1957_44_GA_11_OCR, p. 35.

[891] Archives Nationales de France, base Léonore des anciens décorés de la Légion d'Honneur.

Mais toutes ses actions sont menées dans un seul but : respecter l'autonomie et l'indépendance du médecin. Pour lui, ces deux concepts ne s'approchent pas de la liberté mais plutôt de l'autogestion. Il souhaite que le médecin soit l'acteur principal de son exercice et qu'il réfléchisse par lui-même à pratiquer une médecine fidèle aux principes corporatistes de la profession. En insistant pour rendre obligatoire la validation du serment par tout futur médecin, Paul Cibrie cherche à redonner des valeurs déontologiques à une profession humiliée par les agissements des médecins nazis. La récitation du serment d'Hippocrate par l'étudiant en médecine est toujours d'actualité. Elle marque symboliquement l'instant où il devient membre de la confrérie médicale avec tous ses droits et devoirs. Or l'histoire de ce serment n'est pas si idyllique que le corps médical le voudrait. « La ré-interprétation et la réinvention d'Hippocrate depuis plus de deux millénaires n'ont jamais cessé et ne connaissent guère de limites »[892] L'exemple du médecin SS Fritz Klein qui légitime son action à Auschwitz par une interprétation du serment d'Hippocrate[893] est riche d'enseignement. Il semble que celui qui prête le serment devrait s'interroger sur les origines du texte. Il « devrait comprendre le serment, et non pas le considérer comme un standard universel auquel il convient de jurer obédience de manière lointaine. »[894] Respecter la déontologie d'une profession n'est pas seulement se plier passivement et par obligation à une contrainte imposée il y a longtemps par quelques confrères. D'autant plus que les règles de déontologie médicale varient et se modifient selon l'endroit et l'époque. Il faut donc sans cesse les questionner et les réactualiser. Paul Cibrie n'évoque que rarement le terme de déontologie, bien que celui-ci existe depuis plus d'un siècle déjà.[895] Mais à l'époque, la déontologie médicale française était « un instrument de promotion corporatiste »[896] défini par le progrès apporté par les médecins à la société permettant le recul des infections, l'amélioration de l'hygiène, la réduction de la

---

[892] Bonah, Christian. *La profession médicale à travers l'histoire*, étude 7 dans *Médecine, santé et sciences humaines*, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, Paris, Les Belles Lettres, 2014, 708p, p. 90.

[893] En 1943, quand la prisonnière et médecin Ella Lingens Reiner montre à son médecin-chef SS Fritz Klein du camp d'Auschwitz les cheminées des fours crématoires, en lui demandant comment il peut concilier cela avec le serment d'Hippocrat qu'il a prêté, le médecin répond : "Bien sûr je suis un médecin et je veux préserver la vie. Par respect de la vie humaine j'enlèverai un appendice gangréneux d'un corps malade. Les juifs sont l'appendice gangréneux du corps de l'humanité" R. J. Lifton, *The Nazi DOctors : Medical Killing and the psychology of Genocide*, New York, 1986, p 16. Repris par Christian Bonah dans *La profession médicale à travers l'histoire*. op.cit. p. 90.

[894] Bonah, Christian. *La profession médicale à travers l'histoire*, op.cit. p. 90.

[895] Mouillie, Jean-Marc. *La déontologie médicale et son ambiguïté éthique*, étude 28 dans *Médecine, santé et sciences humaines*, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, Paris, Les Belles Lettres, 2014, 708p, pp. 225.

[896] Ibid. p. 226.

mortalité infantile,… Aujourd'hui elle s'entremêle avec les notions complexes d'éthique et de morale médicales. Le Professeur Jean-Marc Mouillie nous enseigne qu' « il faut s'efforcer de distinguer le plus rigoureusement possible entre ce que ressent le praticien en son « âme et conscience » (son sentiment), ce qui l'oblige rationnellement en fonction d'une fonction universalisable (l'éthique), ce que commande la norme juridique du moment (la loi), ce qu'invitent à faire les mœurs et coutumes (la morale commune), et la façon individuée dont il conçoit son devoir de médecin (éthos professionnel) et de personne (sa morale). »[897]

Notre approche de l'œuvre de Paul Cibrie nous a permis d'appréhender la naissance d'évènements et de textes importants et fondateurs de notre médecine moderne. La plupart sont nés dans une période charnière de métamorphose du système de santé. Or, nous sommes persuadés de vivre aujourd'hui une nouvelle phase de transition sanitaire. Si l'on veut participer ou même simplement comprendre les enjeux de la médecine d'aujourd'hui, il semble avisé de regarder les travaux de Paul Cibrie qui, en étant un véritable acteur de son époque, a approché d'une façon troublante, les interrogations encore actuelles du corps médical : rémunération forfaitaire, par capitation ou à l'acte, médecine salariée ou non, suppression ou maintien du secteur 2, tiers-payant généralisé, plafonnement du numerus clausus pour les étrangers, liberté du choix du médecin par le patient remise en cause par la loi Le Roux de janvier 2014,[898] autonomie du médecin vis-à-vis des institutions, déficit budgétaire de la Sécurité Sociale,… Mais si certains enjeux restent les mêmes qu'à l'époque de Paul Cibrie et se sont simplement contextualisés, la profession doit aujourd'hui prendre en compte toutes les dimensions de la pratique médicale telles qu'évoquées ci-avant dans la citation de Jean-Marc Mouillie. Le médecin a perdu l'image de figure autoritaire qu'il occupait encore au début du XXème siècle. Il est devenu l'un des maillons d'une prise en charge globale faisant intervenir de nombreux acteurs (de santé ou autre). Il commence à s'adapter à sa nouvelle place en préférant l'installation en cabinet pluridisciplinaire et en s'ouvrant à de nouvelles pratiques médicales. Mais à l'instar de Paul Cibrie, le médecin d'aujourd'hui défend des principes d'autonomie et d'indépendance en combattant récemment certains aspects de la proposition de loi Santé de 2015 et en faisant grève pour la première fois depuis plusieurs dizaines d'années.

[897] Ibid. p. 228.

[898] La loi Le Roux permet aux mutuelles de différencier les remboursements selon que les assurés s'adressent ou non aux professionnels conventionnés de leurs réseaux de soins.

L'avenir de la médecine et des médecins dépendra des combats que ces derniers choisiront de mener. Or, le passé révèle parfois des solutions à qui veut le relire et le retravailler. C'est ce que nous avons essayé d'entreprendre dans ce travail.

Frédéric Bizard, économiste de la santé et enseignant à faculté de Sciences Politiques de Paris a publié en 2015 un ouvrage intitulé *Politique de Santé, réussir le changement*[899] dans lequel il propose une refonte du système de santé à partir des fondamentaux de 1945 et qui fait référence à Paul Cibrie. Lors d'une interview pour *Le Concours Médical*,[900] Frédéric Bizard répond en ces termes à la question du journal « Pourquoi suggérer d'organiser des états généraux de la refondation de la médecine libérale ? » :

« *La charte de l'exercice libéral, conçue en 1927 par le Dr Paul Cibrié[sic], en réaction à la création des assurances sociales (entérinée en 1928), est presque devenue une coquille vide, car ses cinq grands principes fondamentaux sont battus en brèche : le paiement direct par le patient est enterré par le tiers payant généralisé de la loi Touraine ; la liberté de choix du professionnel de santé par le patient est remise en cause par les réseaux de soins ; la liberté d'installation l'est du fait des déserts médicaux, le secret professionnel par l'ouverture de l'accès aux données de santé, et la liberté de prescription par la régulation des pratiques. C'est aux professionnels de santé eux-mêmes de réfléchir à une nouvelle charte, de se réorganiser, comme ils ont su le faire en 1927. Le passage à un modèle médical chronique, l'indispensable virage ambulatoire et l'avènement des nouvelles technologies, trois évolutions parmi d'autres, nécessitent de repenser l'organisation de la médecine libérale.* »

Frédéric Bizard développe 40 propositions pour permettre au système de santé français de réussir son adaptation aux défis sanitaires, économiques et éthiques du XXIème siècle. Des solutions sont donc proposées. Maintenant, c'est à nous, médecins, de suivre (autrement peut-être mais néanmoins) les pas de Paul Cibrie, en devenant acteurs de la transformation de notre système de santé, afin de continuer à pratiquer quotidiennement une médecine dans laquelle nous trouvons une raison d'être médecin.

---

[899] Frédéric Bizard, *Politique de santé - Réussir le changement* (Dunod, 2015).
[900] *Le Concours Médical*, novembre 2015, consulté le 19 août 2016, http://www.leconcoursmedical.fr/refondation/1528-entretien-de-frederic-bizard-de-lacces-aux-soins-pour-tous-lacces-la-sante-pour.

L’étude de l’ensemble des travaux de Paul Cibrie n’est pas terminée car il manque l’analyse de son action au sein de la CSMF de 1946 à 1965. Ceci fera l’objet d’une recherche ultérieure.

Conclusions

Marquée par deux conflits d'ampleur internationale, la première moitié du 20ème siècle est une période de bouleversements majeurs dans de nombreux domaines. L'exercice de la médecine ne fait pas exception.

Les grands fléaux sanitaires de l'ère industrielle et de la Première Guerre mondiale menacent les modèles économiques de l'époque et incitent les gouvernements à considérer les besoins en santé de leur population de manière collective. La notion de santé publique apparait avec toutes les préoccupations qu'elle engendre. De cette réalité, va surgir un grand nombre de questions. Peut-on organiser la prise en charge des soins de la totalité des individus d'une nation? Qui seront les acteurs de ce système de santé et comment le financer ? Quel est le rôle de l'Etat, des médecins, du secteur privé et des patients dans un tel système ? En quelques décennies l'avènement de la médecine qualifiée de « sociale » essaiera d'apporter des réponses.

En nous penchant sur les travaux effectués sur cette époque et notamment la thèse de Thomas Blanck intitulée « la place du corps médical français face au développement des assurances sociales dans l'entre-deux guerres », nous avons constaté qu'un nom apparaissait fréquemment : celui du docteur Paul Cibrie. Ce médecin semblait d'une influence considérable dans les décisions prises par l'Union des Syndicats Médicaux de France (USMF) puis la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) qui lui a succédé. La présence de Paul Cibrie se retrouve également au sein de la World Medical Association (WMA), association médicale internationale créée après la Seconde Guerre mondiale qui a mené des initiatives capitales pour la construction d'une éthique médicale d'après-guerre. Ce cumul de fonctions importantes a motivé notre projet de mieux connaître la vie et l'œuvre de ce médecin français.

L'objectif de notre travail a consisté d'abord à retracer la vie personnelle de Paul Cibrie, puis à définir quels rôles il avait réellement joués dans la transformation sanitaire de l'entre-deux guerres en France au sein de l'USMF et de la CSMF et enfin d'éclaircir sa participation aux actions de la WMA.

Nous avons donc d'abord essayé de retracer la biographie de Paul Cibrie grâce aux Archives Nationales et aux archives familiales (entretien avec une de ses cousines). Puis, nous avons exploité les archives de l'USMF et de la CSMF de 1918 à 1945, ce qui représente plus de 20000 pages issues des publications *le Médecin Syndicaliste* jusqu'en 1927 puis *Le Médecin de France* à partir de

1928. Enfin, nous avons recueilli et analysé les archives de la WMA qui totalisent plus de 7000 pages en français et en anglais.

Médecin généraliste français né en 1881, Paul Cibrie est formé à Toulouse puis à Paris. Il s'engage tôt dans la voie syndicale auprès du syndicat des médecins de la Seine puis de l'USMF. Rapidement, il participe aux débats importants sur la création d'un système social d'accès à la santé pour tous. Profondément corporatiste il défend des idées d'indépendance absolue du médecin vis-à-vis de toute institution. Au début des années 20, il ne réussit pas à fédérer les médecins autour de son refus du contrat collectif sans entente directe proposé par le gouvernement qui engendre des honoraires par capitation (salaire fixe annuel par patient). Trop controversée, la loi reste sous forme de projet et n'est pas votée. Les débats se poursuivent entre le gouvernement et les syndicats médicaux sur la mise en place d'un éventuel tiers payant. L'ingérence d'un tiers entre le médecin et ses patients est intolérable pour Paul Cibrie qui s'oppose sans surprise à cette nouvelle proposition. Cette fois-ci de nombreux médecins syndiqués suivent ses idées et cela accentue des dissensions déjà présentes au sein de l'USMF qui se scinde en décembre 1925. Par quelques stratégies, Paul Cibrie réussit à accorder les médecins sur l'idée d'un contrat collectif mais avec entente directe (honoraires établis à l'avance mais modulables et payés par le patient à chaque consultation sans tiers payant). Cette entente aboutit le 30 novembre 1927, au vote par les syndicats médicaux de la Charte Médicale et à la première loi sur les assurances sociales votée en 1928. La Charte Médicale pose les bases de la pratique médicale idéale pour Paul Cibrie et qui sera celle de la France au 20ème siècle : libre-choix du médecin par le malade, secret professionnel, honoraires libres payés directement par le patient sans ingérence de tiers, liberté thérapeutique et de prescription et contrôle des médecins par les médecins. Il bataillera toute sa vie pour faire respecter les principes de cette charte. Le 6 décembre 1928, est créée la CSMF qui entérine la réunification des syndicats médicaux. Véritable meneur, Paul Cibrie est nommé au poste le plus important de secrétaire général qu'il gardera jusqu'en 1954 quand il deviendra président pour deux ans.

Le crash boursier de 1929 frappe de plein fouet la France et les problèmes économiques imposent à l'Etat une quête acharnée de diminution des dépenses. Le secteur de la Santé n'est évidemment pas épargné et Paul Cibrie défend coûte que coûte ses convictions corporatistes énoncées dans la Charte Médicale. Il fustige le tiers-payant qui revient dans les projets de loi, il dénonce l'existence de médecins rémunérés par les caisses d'assurance-maladie qui remettent en

cause le libre choix, il alerte contre les dispensaires privés subventionnés par l'état pour leurs soins gratuits et qui constituent une concurrence déloyale et il obtient plusieurs réformes fiscales.

L'arrivée du front populaire en 1936 et le bilan-comptable positif des caisses d'assurance maladie permettent à Paul Cibrie d'obtenir l'application d'un tarif limite de responsabilité (tarif minimum de remboursement par les caisses) et d'interpeler l'Etat sur la médecine sociale : lutte contre l'alcoolisme et les taudis, surveillance des produits alimentaires, lutte contre le charlatanisme, En 1940, la CSMF est dissoute par le maréchal Pétain, laissant certains projets de loi inachevés.

Dès le début des années 30, Paul Cibrie propose, au sein de la CSMF, la création d'une organisation constituée de médecins chargés du contrôle professionnel de leurs confrères. Il s'offusque du risque encouru par les médecins si l'Ordre était sous la tutelle de juristes qu'il juge trop éloignés pour traiter des affaires disciplinaires médicales. Mais avec 28 gouvernements en 10 ans (1930-1940), il est difficile de faire voter une loi et le projet d'Ordre des Médecins avorte. Puis vient la Seconde Guerre mondiale et Paul Cibrie est appelé sous les drapeaux une deuxième fois. L'Etat de Vichy crée la loi du 7 octobre 1940 qui dissout les syndicats et crée l'Ordre des Médecins afin d'organiser les affaires médicales sous la houlette de l'Etat. Avec la défaite de la France et la scission du pays en deux zones, l'Ordre des Médecins devient vite obsolète et est dissout en 1943. Paul Cibrie saisit l'occasion en participant activement à la réélection des membres de l'Ordre dès 1945. Il permet ainsi que les membres soient votés principalement parmi les médecins syndiqués à la CSMF. Il obtient donc enfin l'Ordre qu'il désirait : le contrôle des médecins par les médecins.

La guerre imprime des marques indélébiles dans les esprits : les images choquantes des atrocités nazies font réagir la communauté médicale. Très vite, avant même la fin de la guerre, les médecins du monde entier se réunissent pour discuter de l'avenir des relations professionnelles internationales. Membre le plus influent de l'organe le plus représentatif de la profession médicale française, Paul Cibrie s'impose pour représenter son pays lors de ces réunions. Il insiste avec force sur la renaissance de l'Association Professionnelle Internationale des Médecins (APIM) de direction française créée en juillet 1926. L'APIM offrait à la France une position très privilégiée dans les décisions médicales internationales. Mais les temps ont changé et bien que victorieuse, la France où résonnent encore des murmures vichystes n'arrive pas à s'imposer

face aux anglais résistants et aux américains libérateurs. Les débats aboutissent à la création officielle de la World Medical Association (WMA) en septembre 1947. Paul Cibrie devient membre du Conseil de l'association. L'objectif principal de la WMA est de promouvoir des liens entre les médecins du monde entier et les organisations médicales nationales afin de permettre l'accès au plus haut niveau de santé pour tous. Elle s'engage aussi à défendre les intérêts de la profession à l'échelle internationale. Paul Cibrie lutte contre un véritable plan Marshall de la WMA mais le combat est vain devant la bipartition nouvelle du monde : l'association, basée à Paris puis à Londres quitte la vieille Europe pour rejoindre New-York.

Paul Cibrie s'engage corps et âme dans plusieurs comités de la WMA.

Il s'occupe de l'épineuse question des crimes de guerre perpétués par les nazis. Partant du constat que le serment d'Hippocrate est délaissé des facultés de médecine, les membres du comité proposent de le reformuler et de le rendre obligatoire à l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Ce nouveau serment est appelé Déclaration de Genève et est adopté par l'ensemble des pays membres de la WMA. Le comité parvient également à imposer aux syndicats médicaux allemands un repenti et une déclaration publique sur leurs agissements depuis 1933 et les conséquences de ces agissements.

En tant que président du comité d'éthique, Paul Cibrie est à l'origine du Code International d'Ethique Médicale énonçant les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les patients et envers eux-mêmes. Avec la Déclaration de Genève, ce Code d'Ethique est le préambule à la rédaction de la Déclaration d'Helsinki approuvée en 1964 qui énonce les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains.

Enfin, Paul Cibrie apporte son expérience au sein du comité sur la Sécurité Sociale. La naissance de la Sécurité Sociale en France, en 1945, donne l'occasion à Paul Cibrie de poursuivre à l'international, son action de défense et de valorisation des médecins face aux organisations gouvernementales, aux organismes privés et aux sociétés d'assurance. Il défend avec succès les principes de la Charte Médicale de la CSMF auprès des autres nations.

Paul Cibrie décède le 7 mars 1965. Il avait quitté la WMA en 1956 et siégeait encore au Conseil de la CSMF comme président d'honneur, un mois avant son décès. Tout au long de sa carrière, il aura fait preuve d'un déroutant modernisme traditionnel. Il est tellement difficile de caractériser l'individualité du personnage qu'il est plus facile d'en extraire une dualité qui gomme probablement certains aspects de l'homme mais qui a le mérite de s'en

approcher : à la fois caractériel et fin diplomate, intègre et transfuge, courageux et opportuniste, antisémite et à l'origine du code international d'éthique médicale, Paul Cibrie est un personnage énigmatique. Comble du paradoxe, il est à la fois l'auteur principal du Code International d'Ethique Médicale et l'ami qui en fournissant à Pierre Laval une capsule de cyanure, l'assiste dans son geste suicidaire, lui permettant, si ce suicide avait abouti, d'échapper à son exécution le 15 octobre 1945.

Au terme de cette reconstruction historique du parcours de Paul Cibrie, son combat semble clair : corporatiste acharné, il a défendu toute sa vie l'indépendance de la profession médicale vis-à-vis de toute institution. Il détestait être qualifié de politicien et ne s'est jamais engagé dans un parti, mais il a mené une véritable politique de la profession médicale. Son œuvre est influente et notre pratique médicale quotidienne est encore aujourd'hui marquée de son travail : Serment d'Hippocrate obligatoire pour toute délivrance du diplôme de docteur en Médecine, création de la Sécurité Sociale, rémunération des médecins libéraux à l'acte, Ordre des Médecins de composition entièrement médicale, Déclaration d'Helsinki pour encadrer de règles d'éthique les recherches chez l'être humain.

VU
Strasbourg, le 30 juin 2016
Le président du Jury de Thèse
Professeur Anne DANION-GRILLIAT
(Signature)

VU et approuvé
Strasbourg, le 11 JUIL. 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA
(Signature)

Iconographie

WMA, Première Assemblée générale, Paris, France, septembre 1947

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Deuxième session du Conseil, Chicago, USA, avril 1948

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

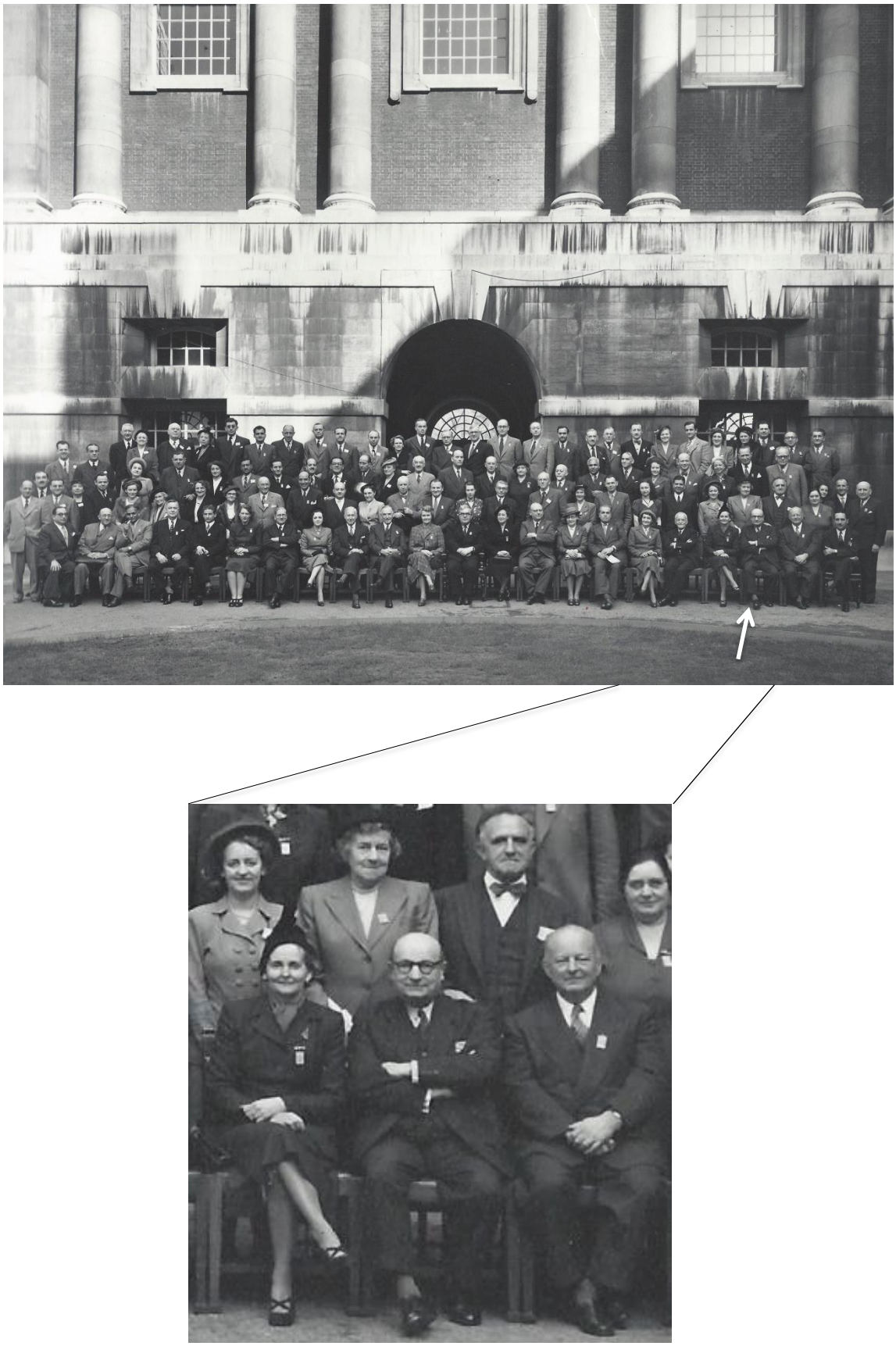
WMA, Cinquième session du Conseil, Madrid, Espagne, avril 1949

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Huitième session du Conseil, Copenhague, avril 1950

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Troisième Assemblée générale, Londres, Royaume-Uni, octobre 1949



© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Quatrième Assemblée générale, New-York City, USA, octobre 1950

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Quatrième Assemblée générale, New-York City, USA, octobre 1950
De gauche à droite : J.A. Bustamente (Cuba), Georges Mouthon (France), Elmer L.Henderson (USA, président de la WMA), E. A. Sharp (USA), Paul Cibrie (France), Pierre Glorieux (Belgique)

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Cinquième Assemblée générale, Stockholm, Suède, septembre 1951

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Quatorzième session du Conseil, Bruxelles, Belgique, avril 1952

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Dîner lors de la quatorzième session du Conseil, Bruxelles, Belgique, avril 1952.

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

WMA, Vingtième session du Conseil, Zurich, Suisse, avril 1954

© World Medical Association, Inc. All Rights reserved.

De bas en haut et de gauche à droite :

L. A. Hulst (Pays-Bas), Dag Knutson (Suède), A Spinelli (Italie)

Sir Lionel Whitby (Royaume-Uni), Leon Gerin-Lajoie (Canada), J. A. Pridham (Royaume-Uni), T.C. Routley (Canada)

Lorenzo Garcia-Tornel (Espagne), L.R. Mallen (Australie), ? (USA)

Bauer (USA), ? (USA), Jose Angel Bustamente (Cuba)

Paul Cibrie (France), S. C. Sen (Inde)

Pierre Glorieux(Belgique), Hugh Clegg (Royaume-Uni), ? (BMA), Otto Leuch (Suisse), Otto Rasmussen (Danemark), A Mantellos (Grèce), Jean Maystre (Suisse)

Bibliographie

Bibliographie de Paul Cibrie

Auteur :

1. Thèse de doctorat en médecine générale : *Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail*, Paul Cibrie ; Président M. Debove / Paris : Impr. F. Levé , 1906.

2. *Le secret professionnel médical : étude juridique : étude professionnelle*, Maître de Moro-Giafferri et Paul Cibrie ; préf. du Professeur Balthazard, Paris : La Proveinase Midy , 1934.

3. *L' Ordre des médecins*, Paul Cibrie, préf. de Me de Moro-Giafferri, Paris : Laboratoires Midy, 1935.

4. *Médecine et communauté*, docteurs R. de Véricourt, Paul Cibrie, Rémy Collin, J. Sanseigne, P. Malgras, P. Brodin , [et al.] ... ; préf. de François Perroux, Paris : Librairie de Médicis, 1943.

5. *Syndicalisme médical*, Paul Cibrie, Paris : Confédération des syndicats médicaux français , DL, 1954.

6. *Le statut juridique, fiscal et social des médecins*, Paul Cibrie et André Toulemon, Paris : J. Delmas , 1958.

7. Rédacteur en chef du magazine de la CSMF, *Le Médecin de France*, de 1932 à 1962. Auteur d'un article bimensuel dans l'éditorial *Les Propos de la Quinzaine* où il donne des avis tranchés sur l'actualité syndicale médicale, répond à ses détracteurs et commente les décisions politiques du moment.

Préfacier :

1. *Prolégomènes à une déontologie médico-sociale*, Petre Trisca ; préf. De Victor Balthazar et de Paul Cibrie, Paris : F. Alcan , 1922.

2. *Aide-mémoire de thérapeutique*, Pierre Bouchet ; préf. de Paul Cibrie, 4e éd., Pau, Lescher-Moutoué, 1934.

3. *Le Médecin de campagne causerie*, Dr. Louis Robert ; préf. De Paul Cibrie, Issoudun : impr. de H. Gaignault, 1938.

Bibliographie de la thèse

1. Amiel, Philippe ; Vialla, François. *La vérité perdue du "code de Nuremberg" : réception et déformations du "code de Nuremberg" en France*, Revue de droit sanitaire et social, Dalloz, 2009, pp.673-687. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00845957/document>

2. Archives de la World Medical Association, Ferney-Voltaire, France. 1947 - 1956.

3. Archives départementales de la Dordogne— Registres paroissiaux et d'état civil du canton de Saint-Cyprien. <http://archives-num.cg24.fr/pleade330/ead.html?id=Etat-civil-canton-St-Cyprien&c=Etat-civil-canton-St-Cyprien_e0043104&qid=sdx_q3>

4. Archives Nationales de France, Base Léonore des anciens décorés de la Légion d'Honneur. <http://www.culture.gouv.fr/documentation/leonore/recherche.htm>

5. Battesti, Georges. *Historique du syndicalisme médical en France*. Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Limoges, 1979, 84p.

6. Bizard, Frédéric. *Politique de santé - Réussir le changement*. Dunod, 2015.

7. Blanck, Thomas. *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*. Thèse d'exercice, faculté de médecine, Strasbourg, 2015, 664p.

8. Bonah, Christian. *La profession médicale à travers l'histoire*, étude 7 dans *Médecine, santé et sciences humaines*, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, Paris, Les Belles Lettres, 2014, 708p, pp. 79 - 91.

9. *British Medical Journal*, Annual report of Council. International Relations, 20 avril 1946, pp. 85-86.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2058781>

10. *British Medical Journal*, Avis de J. A. Pridham, représentant de la BMA à la WMA, 8 novembre 1947. pp. 103-104.

11. *British Medical Journal*, BMA, Foreign doctors : a meeting at B.M.A. House, 2 décembre 1944, p. 732. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2286949>

12. *British Medical Journal*, Honor for Secretary of French Medical Association, 26 avril 1952, p. 929.

13. *British Medical Journal*, International Code of Medical Ethics, 22 octobre 1949, p. 176.

14. *British Medical Journal*, International Relations, 16 juin 1945, p. 117.

15. *British Medical Journal*, The Accused Russian Doctors, n° 4814,11 avril 1953, p. 824. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2015983/>

16. *British Medical Journal*, The BMA and World Organizations, W.H.Spoort, 9 août 1947, p. 228

17. *British Medical Journal*, Work of the Central Medical War Comittee, Henry Willink, Minister of health, 7 juillet 1945, p. 22.

18. *British Medical Journal*, World Medical Association, 5 octobre 1946, p. 496 et pp. 503-506 ; 3 mai 1947, p. 94 ; 27 septembre 1947, pp. 498-499 ; 25 septembre 1948, pp. 605-606 ; 15 octobre 1949, pp. 854-855.

19. *British Medical Journal*, World Medical Association, Continental Opinion, 22 octobre 1949, p. 179.

20. Cibrie, Denise. Echanges épistolaires (2015) et propos recueillis en entretien (19 février 2016).

21. Cibrie, Paul. *Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail*. Thèse d'exercice, faculté de médecine. Paris, 1906, 72p. Notice n° : FRBNF36866791.

22. Cibrie, Paul. *L'Ordre des médecins*. Paris, France: Laboratoires Midy, 1935.

23. Comité international de la Croix-Rouge, site internet disponible sur <https://www.icrc.org/fr/qui-nous-sommes/histoire>

24. *Concours Médical*, 20 mars 1946, p. 25.

25. Crouzatier Jean-Marie. Droit International de la Santé, 2009, éditions des archives contemporaines, p. 66.

26. CSMF, *Le Médecin de France*, Paris, 1929 - 1940 et 1945-1946 et 1998 n°883.

27. Dreyfus, Michel ; Voldman Danièle ; Ruffat Michèle ; Viet Vincent. *Se protéger, être protégé: Une histoire des assurances sociales en France*, Presses Universitaires de Rennes, 2006, 352p.

28. Dreyfus Michel. *Liberté, égalité, mutualité: mutualisme et syndicalisme*, 1852-1967, Editions de l'Atelier, 2001.

29. Evleth, Donna. *La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950, Le Mouvement Social*, n° 229.4 (2009), ISSN 0027-2671.

30. Evleth, Donna. *The French Medical Association (l'Ordre des Médecins) and the Nazi Past,* dans *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics.* Volcker Roelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard, V&R Academic, 1st edition (December 1, 2014). 279p, . pp. 183 à 194.

31. 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.

32. Guillaume, Pierre. *Mutualistes et médecins: conflits et convergences (XIXe-XXe siècles)*. Editions de l'Atelier, 2000.

33. Halioua, Bruno. *Blouses blanches, étoiles jaunes : L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*. Liana Levi, 2000, 285p.

34. *L'Action Française*, n° 31, 31 janvier 1935, p. 2.

35. *L'Action Française*, n° 160, 9 juin 1939, p. 2.

36. *L'Action Française*, n° 351, 17 décembre 1939, p. 3.

37.*La Lanterne*, 24 novembre 1911, p. 4. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k7514105j>

38.*La Presse Médicale*, 1965, p. 995.

39.*La Presse*, n° 5906, 14 décembre 1921, p. 1.

40.*La Vie Médicale*, Helme, F. “La propagande médicale à l’étranger”, 9 mars 1923.

41.*L’Echo de Paris*, n° 7446, 24 octobre 1904, p. 4.

42.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.

43.*Le Concours Médical*, novembre 2015. <http://www.leconcoursmedical.fr/refondation/1528-entretien-de-frederic-bizard-de-lacces-aux-soins-pour-tous-lacces-la-sante-pour>

44.Lecureur Bertrand. *Enseigner le nazisme et la Shoah. Une étude comparée des manuels scolaires en Europe.* V&R unipress. 2012.

45.Lederer, Suzanne. *Twentieth century ethics of human subjects research.* Par Volker Roelcke,Giovanni Maio, 2004, 361p.

46.*Le Figaro*, n° 310, Laurent, Jules. Article rapportant les propos de la CSMF, 6 novembre 1930, p. 8.

47.*Le Figaro*, n° 359, 25 décembre 1931, p. 2.

48.*Le Journal*, n° 14800, 25 avril 1933, p. 5.

49.*Le Journal*, n° 14801, 26 avril 1933, p. 4.

50.*Le Matin*, n° 18586, 8 février 1935, p. 8.

51.*Le Médecin Français* n°31, J. Garrigue, « Ordre d’hier et de demain », 25 décembre 1944, p. 3.

52.*Le Monde.f*, Wieder, Thomas. Staline et le “complot des bouses blanches”, 20 avril 2006, sect. Culture.

<http://www.lemonde.fr/livres/article/2006/04/20/staline-et-le-complot-des-blouses-blanches_763505_3260.html>

53. *Le Monde diplomatique*. Le « complot » des blouses blanches, 1 décembre 1992. <https://www.monde-diplomatique.fr/1992/12/MARIE/44917>

54. *Le Rappel*, n° 12357, 10 janvier 1904, p. 2.

55. *Le Temps*, n° 25481, 30 mai 1931, p. 5.

56. *L'Intransigeant*, n° 19654, 20 août 1933, p. 2.

57. Mouillie, Jean-Marc. *La déontologie médicale et son ambiguïté éthique*, étude 28 dans *Médecine, santé et sciences humaines*, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé, Paris, Les Belles Lettres, 2014, 708p, pp 225 - 229.

58. Organisation Internationale du Travail. Origines et histoire. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--fr/index.htm>

59. Organisation Mondiale de la Santé. *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1958. Livre téléchargeable, <http://www.who.int/global_health_histories/who_history/en>

60. Organisation Mondiale de la Santé, Constitution. <http://www.who.int/about/mission/fr/>

61. Querrioux, Fernand, *La Médecine et les Juifs*, Les Nouvelles Editions françaises, 1940.

62. *Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale* n°30, novembre 1935, pp. 32 à 57.

63. Ternon, Yves. *Coupables, complices, victimes*. Les Belles lettres, 2008, 224p.

64. Topp, Sascha. *Shifting Cultures of Memory : The German Society of Pediatrics in Confrontation with Its Nazi Past*, dans *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics, ""*. Volcker Roelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard. V&R Academic; 1 edition (December 1, 2014). 279p, pp. 147 à 182.

65.n, Yves. *Coupables, complices, victimes*. Les Belles lettres, 2008, 224p.

66.UNESCO, Histoire de l'UNESCO. <http://www.unesco.org/archives/new2010/fr/histoire_unesco.html>

67.USMF, *Le Médecin Syndicaliste*, 1921 - 1928.

68.Vergez-Chaignon, Bénédicte. *Le docteur Ménétrel, éminence grise et confident du maréchal Pétain*, éditions Perrin, 2002, 420p.

69.Weindling, Paul. *Care and Commemoration : The Nuremberg Medical Trial and Its Legacies for Victims of Human Experiments*, dans *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics.* Volcker Roelcke, Sascha Topp, Etienne Lepicard, V&R Academic, 1st edition (December 1, 2014). 279p. pp 29-46.

70.Weindling, Paul. *John W. Thompson: Psychiatrist in the Shadow of the Holocaust*. University Rochester Press, 2013, 456p.

71.Weindling, Paul. *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials, From Medical Warcrimes to Informed Consent.* Palgrave Macmillan UK, 2004, 482p.

72.Weisz, George. *The origins of medical ethics in France : The international congress of morale medicale of 1955*, dans Social Science Perspectives on Medical Ethics, Kluwer Academic Publisher, 1990, 295p.

73.Wiesing, Urban ; Parsa-Parsi Ramin W. ; Kloiber Otmar ; *The World Medical Association, Declaration of Helsinki, 1964-2014, 50 years of evolution of medical research ethics*, WMA, 2014, 94p.

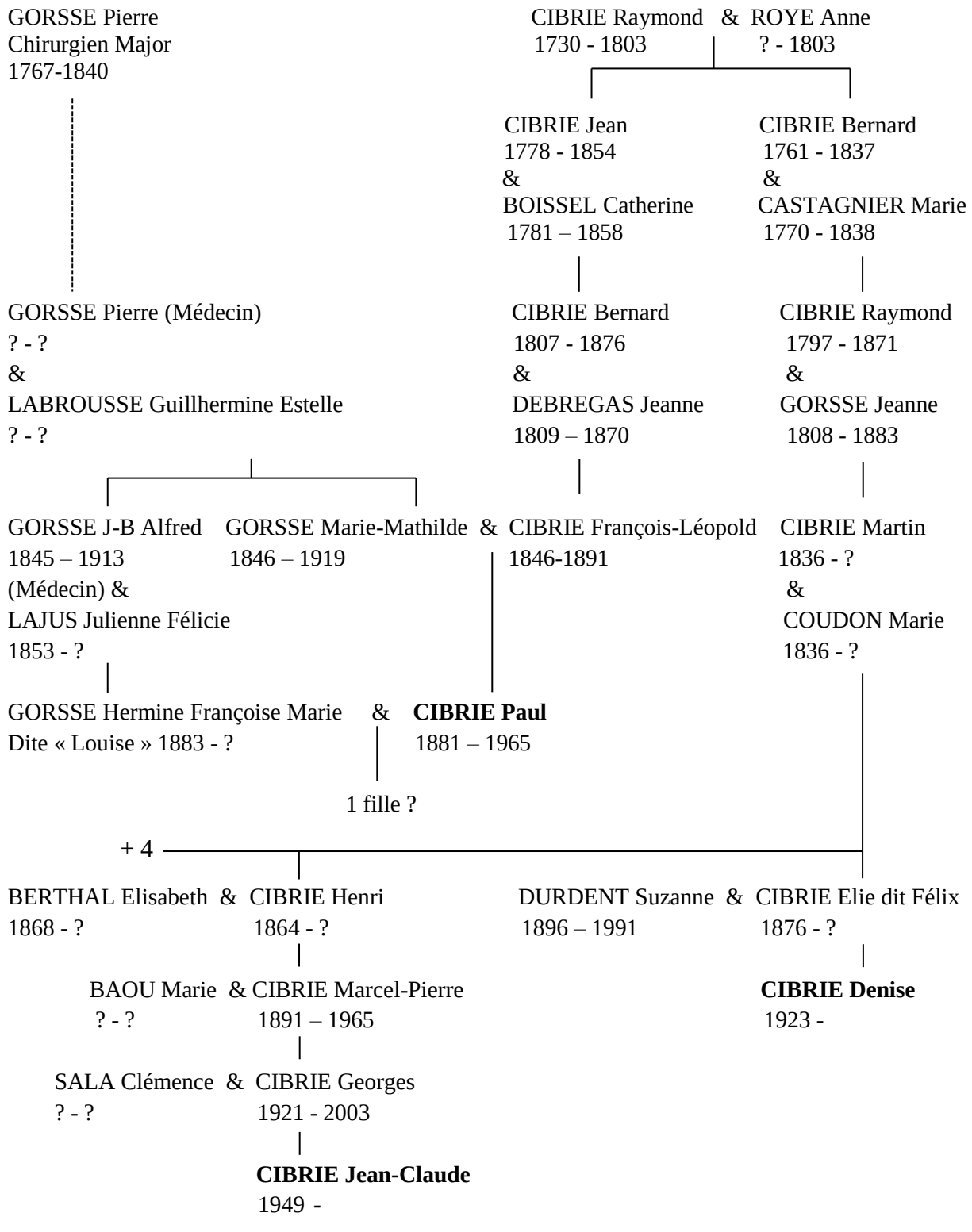
74.World Medical Journal, n°3, Octobre 1949, vol. 1. p. 82.

75.World Medical Association, site de l'association disponible sur <http://www.wma.net/fr>

Annexes

Annexe 1

Arbre généalogique simplifié de la famille Cibrie



Annexe 2

Constitution de la WMA, composée de 21 articles et de 54 arrêtés. Elle est adoptée le 18 septembre 1947 lors de la première Assemblée générale et signe l'existence officielle de la WMA.

I. ARTICLES

RELEVANT BY-LAWS

NAME

1. The Association shall be established to succeed the Association Professionnelle Internationale des Médecins. Its name shall be "The World Medical Association."

OFFICES

2. The business of the Association shall be conducted from the offices of the Secretariat.

OBJECTS

3. The objects of the Association, in pursuit of which it shall use every means available to it, shall be:

(i) To promote closer ties among the national medical organisations and among the doctors of the world by personal contact and all other means available.

(ii) To maintain the honour and protect the interests of the medical profession.

(iii) To study and report on the professional problems which confront the medical profession in the different countries.

(iv) To organise an exchange of information on matters of interest to the medical profession.

(v) To establish relations with, and to present the views of the medical profession to, the World Health Organisation, U.N.E.S.C.O., and other appropriate bodies.

(vi) To assist all peoples of the world to attain the highest possible level of health.

(vii) To promote world peace.

RELEVANT BY-LAWS

MEMBERSHIP

4. The unit of membership shall be the national medical association as defined in Article 5.

5. The following national medical associations shall be eligible for membership:

(i) Those medical associations which sent delegates or observers to the International Medical Conference in London in September, 1946 (*see* Appendix);

(ii) Any other national or territorial medical association which is fully representative of the medical profession in its country or territory or of the members of the medical profession of a recognised ethnic group in its country or territory. 1, 2, 15

Termination

6. A Member-association shall cease to be a member in any of the following ways:

(i) By resignation, subject to such notice as may be prescribed by the By-laws and to the provisions of paragraph (iii) below; 8

(ii) By default in the payment of subscriptions to the Association for such period as may be prescribed by the By-laws; 7

(iii) If, after consideration of a report from the Council, the General Assembly decides by a two-thirds majority of the Delegates present and voting that a Member-association shall be expelled from membership on the grounds that its conduct or policy is detrimental to the honour and interests of the medical profession or the Association, or is calculated to bring the profession into disrepute. 5

SUBSCRIPTIONS

7. Each Member-association shall pay to the Association an annual subscription of such amount 6 15

RELEVANT BY-LAWS

as may for the time being be prescribed by the General Assembly.

GENERAL ASSEMBLY

8. The general control and direction of the policy and affairs of the Association shall be vested in the "General Assembly", which shall be composed of the Officers of the Association, *ex officio*, the members of the Council, and Delegates from the Member-associations. 14

Delegates and Alternates

9. Each Member-association shall be entitled to appoint two Delegates, who shall *ipso facto* be members of the General Assembly. Each Member-association shall also be entitled to appoint Alternate Delegates, who may attend meetings of the General Assembly and may also act as Delegates, provided that a Member-association is not represented in the Assembly at any time by more than two speaking and voting Delegates. 41-44

Meetings

10. The General Assembly shall meet annually. 9, 15

11. The mode of convening meetings of the General Assembly and the proceedings thereat and relating thereto shall be such as may from time to time be prescribed by the By-laws. 10-28

Decisions

12. Resolutions carried in accordance with the following provisions shall be deemed to be decisions of the Association:

(i) Notice to submit to the General Assembly a resolution relating to any amendment of or addition to the Articles shall be given to the Secretariat not less than nine months before the meeting at which it is to be considered. Such resolution shall be deemed a decision of the Association if it is carried by a majority of not less than two-thirds of the votes given thereon in the manner prescribed by the By-laws. 17

RELEVANT BY-LAWS

(ii) Notice to submit to the General Assembly a resolution relating to the funds of the Association or to the policy of the Association in matters affecting the honour and interests of the medical profession shall be given to the Secretariat not less than four months before the meeting at which it is to be considered. Such resolution shall be deemed a decision of the Association if it is carried by a simple majority of the votes given thereon in the manner prescribed by the By-laws. 17

(iii) Notice to submit to the General Assembly a resolution relating to any amendment of or addition to the By-laws shall be given to the Secretariat not less than one day before the meeting or session at which it is to be considered. Such resolution shall be deemed a decision of the Association if it is carried by a simple majority of the votes given thereon in the manner prescribed by the By-laws.

OFFICERS

13. There shall be the following officers of the Association: A President, a President-Elect, a Chairman of Council, and a Treasurer. The Officers shall be elected in such manner and shall hold office for such term and shall have and enjoy such duties, powers and privileges as may be determined from time to time by the By-laws. 15 49 31 50 51

OFFICIALS

14. There shall be a Secretariat and such officials as may be determined by the General Assembly. 15 53-54

COUNCIL

15. The General Assembly shall appoint at each Annual Meeting a Council which shall be composed of the President, the President-Elect, and the Treasurer, all *ex officio*, and ten members of the General Assembly elected in the manner and for the period prescribed in the By-laws. 15 29, 30

RELEVANT BY-LAWS

16. It shall be the duty of the Council to carry into execution the resolutions passed by the General Assembly and to administer the affairs of the Association in accordance with the Articles and By-laws. 32-40

COMMITTEES

17. Committees may be appointed in such manner and have such powers as may be prescribed by the By-laws or as the General Assembly or the Council may think proper.

LANGUAGES

18. The English, the French, and the Spanish languages shall be the official languages of the Association. 25-27 39

JOURNAL

19. A Journal (or Bulletin) under the title of the Journal (or Bulletin) of the World Medical Association, may be published periodically by the Association, in the official languages. 48

ANNUAL AND FINANCIAL REPORTS

20. The Council shall annually publish and submit to the General Assembly for adoption and approval a report on the general state and proceedings of the Association for the past year, a Balance Sheet and Financial Statement for the past year audited by a professional accountant, and an Estimate of the probable income and expenditure of the Association for the coming year. 15 45-47

DISSOLUTION

21. A decision to dissolve the Association shall require the consent of at least two-thirds of the Member-associations. It shall be taken at a meeting of the General Assembly specially called for the purpose. If two-thirds of the Member-associations are not represented at that meeting a referendum of Member-associations shall be taken on the question of dissolution and on the method of dealing with the funds of the Association in the event of dissolution.

BY-LAWS

RELEVANT ARTICLES

Membership Applications

1. An association desiring to become a constituent Member of the World Medical Association shall apply for election in writing to the Council, which, after appropriate inquiry, shall make a recommendation for the admission or rejection of the application to the next meeting of the General Assembly. 4, 5

2. Only one national medical association shall be recognised in each country, unless the General Assembly by a majority of two-thirds of the Delegates present and voting shall decide to accept an additional association as a Member. 5

Register

3. A Register of Member-associations shall be maintained by the Council at the Association's offices.

Obligations

4. Each Member-association shall:

(i) do all in its power to promote a knowledge of, and an active interest in, the objects and work of the Association;

(ii) reply to all inquiries and questionnaires from the Council as quickly as possible or within the time limit specified by the Council;

(iii) keep the Council informed of any events or developments in its country of interest to the Association.

Expulsion

5. On receipt of a complaint that the conduct or policy of a Member-association is detrimental to the honour and interests of the medical profession or the Association, or is calculated to bring the profession into disrepute the Council shall submit 6 (iii)

RELEVANT ARTICLES

it to the Member-association concerned for an explanation or observations. The complaint and the reply received shall be considered at the next meeting of the Council, at which a hearing shall be given to the complainant or a representative and to a representative of the Member-association of whose conduct or policy complaint is made. At least four months' notice shall be given to each of the parties concerned of the time and place of the meeting of the Council when the matter is to be considered. The proceedings of the meeting, however, shall not be invalidated by the absence of a representative of the defendant association, if due notice has been given. After due consideration of all the facts the Council shall make a report to the General Assembly with a recommendation, if in the opinion of the Council the facts are considered to justify expulsion, that the Member-association be expelled from the Association.

SUBSCRIPTIONS

6. Subscriptions shall be due in advance on the first day of January in each year, or, in the case of members joining during the year, from the date of joining. They shall be paid promptly by all Member-associations to the Treasurer.

Arrears

7. If the subscription of a Member-association for any year shall not have been paid on or before 31st December of that year it shall *ipso facto*, but without prejudice to its liability to the Association, cease to be a member as from that date, provided that, upon payment before 31st March in the succeeding year of all subscriptions due from it, it shall, if eligible, be restored to membership without re-election. 6 (ii)

Termination of Membership

8. No Member-association shall, except in the case of expulsion or of default in payment of subscription, cease to be a member without having given six months' previous notice in writing of its 6 (i)

RELEVANT ARTICLES

intention to the Council and without having paid all arrears of subscriptions, if any, due from it.

GENERAL ASSEMBLY

Convening of Meetings

9. The annual meeting of the General Assembly shall take place not less than nine months and not more than fifteen months after the holding of the last preceding annual meeting. 10

10. The annual meeting of the General Assembly shall be convened in every year by the Council, and it shall be held at such time and place as shall be prescribed by the Assembly in the previous annual meeting, and if no time or place shall have been so prescribed these shall be determined by the Council. The annual meeting shall as far as possible be held in a different country each year. The Council shall have power to alter the venue appointed by the General Assembly if circumstances so demand. 11

Special Meetings

11. A special meeting of the General Assembly shall be convened at any time by the President on the requisition of the Council or on the requisition of not less than twelve Member-associations.

12. At least three months' notice of special meetings shall be given to the members of the General Assembly. The notice shall state the place and purpose of the meeting.

13. No business shall be dealt with by a special meeting of the General Assembly other than that for which it is specifically convened.

Observers

14. Member-associations shall have the right to send observers, without privileges of speaking or voting, to meetings of the General Assembly. The Council shall have power to invite, at its discretion, other organisations to send observers.

Business

15. The business of the annual meeting of the General Assembly shall be:

(i) To elect ~~or~~ instal a President of the Association; 13

RELEVANT ARTICLES

(ii) To elect a ~~President Elect~~, a Treasurer, and such other officers as by the Articles or the By-laws may require to be so elected; 13

(iii) To appoint, when necessary, such officials of the Association as may be determined under Article 14 and fix their remuneration; 14

(iv) To elect members of the Council as required by By-law 29 and in accordance with procedure laid down in Standing Orders; 15

(v) To appoint a place and time at which the next annual meeting shall be held; and to elect a President-elect 11

(vi) To consider and determine applications for membership; 5

(vii) To fix the annual subscription; 7

(viii) To consider the Annual Financial Statement and the Balance Sheet presented by the Council and to arrange for such action to be taken thereon as may seem appropriate; 20

(ix) To consider Reports of the Council and Committees and motions relating to the adoption of such Reports in whole or in part and to arrange for such action to be taken thereon as may seem appropriate;

(x) To instruct the Council concerning investigations to be taken in the pursuit of the objects of the Association;

(xi) To consider such resolutions as can properly be considered by the General Assembly having regard to the objects of the Association and as have been submitted by Member-associations with the appropriate period of notice as laid down in Article 12; 12

(xii) To appoint an auditor and to fix his remuneration. 20

RELEVANT ARTICLES

Agenda

16. The agenda for the General Assembly shall be prepared by the Council, which shall have power to decide whether or not a resolution submitted by a Member-association falls within the objects of the Association.

Notice of Motions

17. Resolutions requiring a period of notice as laid down in Article 12 (i) and (ii) shall be circulated by the Council before the meeting to all Member-associations for their consideration. 12

Presiding Officer

18. The President of the Association shall preside at meetings of the General Assembly. In the absence of the President the meeting shall appoint a presiding officer from its own number. 13

Voting

19. All members of the General Assembly shall be entitled to vote at meetings of the Assembly provided that, except in the election of officers, a member of Council shall not be entitled to vote in the Assembly unless he is also a Delegate. Each Delegate shall have one vote, provided that if a Member-association is represented in a meeting of the General Assembly by only one Delegate that Delegate shall have two votes. 12 9

20. Voting shall be by show of hands, unless, before the vote is taken, ten members present request that the vote be taken by secret ballot.

21. In speaking and voting upon any matter, the Delegate of a Member-association shall have regard, and so far as may be conform, to the preponderance of opinion in his association.

22. The presiding officer shall in the case of an equality of voting have a vote, but shall not otherwise be entitled to vote.

Referendum

23. If one-third of the Member-associations, whether represented or not at the meeting, request within two months of the date of the meeting that

RELEVANT ARTICLES

a decision of a meeting of the General Assembly which was carried by a simple majority and less than two-thirds of the Member-associations shall be submitted to a referendum of all Member-associations, the Council shall take steps to obtain by correspondence the votes of each Member-association.

24. A decision which is the subject of a referendum shall have no operation unless and until it shall have been approved on the referendum by at least three-quarters of the Member-associations who have answered the referendum, provided that in no case shall the operation of the decision be delayed for more than eight months from the date of the meeting.

Languages

25. The discussions at the meetings of the General Assembly shall be conducted in the official languages, that is, English, French, and Spanish, each Delegate speaking in the language of his choice. It shall be the duty of the Council to arrange for interpretation at each meeting. 18

26. If a Delegate wishes to speak in the Assembly in any language other than English, French, or Spanish, he shall be permitted to do so provided that an immediate translation into one of the official languages be arranged.

Minutes

27. The Secretariat shall keep Minutes of each meeting of the General Assembly, which shall, after confirmation by the presiding officer, be transmitted to the Council. The Minutes shall be kept in each of the official languages.

Adjournment

28. The presiding officer shall have power to adjourn the meeting from time to time and from place to place.

RELEVANT ARTICLES

COUNCIL

Term of Office

29. Each elected member of the Council appointed by the General Assembly shall hold office for three years and at the end of that term shall be eligible for re-election. Members shall retire in rotation. At the first annual meeting four members shall be elected for three years, three for two years, and three for one year. 15

30. Each term of office shall be calculated from the close of the annual meeting of the General Assembly at which the election is made.

Chairman and Vice-Chairman

31. The Council shall elect a Chairman and a Vice-Chairman from its own number. The Chairman, or in his absence the Vice-Chairman, shall preside over meetings of the Council. If the Chairman and the Vice-Chairman are both absent, the members of the Council shall elect one of their own number to preside over the meeting. 13

Meetings

32. The Council shall meet at least twice a year and at such other times as it may deem necessary. Meetings shall be held at such place and upon such notice as the Chairman may appoint.

Quorum

33. No business shall be transacted at any meeting of the Council unless at least five members be present.

Business by Correspondence

34. The Chairman shall have power to decide what business may be conducted by correspondence and what by meetings of the Council.

Special Meetings

35. The Chairman of the Council may if he thinks fit and shall upon receiving a requisition signed by not less than five members of the Council and specifying the business for which a special meeting is required call together a special meeting of the Council. The place at which the special meeting shall be held and its purpose shall be specified in the notice calling the meeting. At least one month's notice of such meetings shall be given to the members of the Council.

RELEVANT ARTICLES

36. No business shall be transacted at a special meeting other than that for which such meeting is called.

Vacancies

37. The Council shall have power to fill casual vacancies among its number until the next election of members of the Council.

Voting

38. Voting shall be by show of hands, and a simple majority shall be sufficient to carry a resolution.

Minutes

39. The Secretariat shall keep Minutes of the proceedings of each meeting of the Council. The Minutes shall be kept in each of the official languages and shall be circulated to the members of the Council within two months of the meeting and be confirmed by the Council at its next meeting.

Expenses of Members

40. Expenses incurred by members of Council in attending meetings of the Council or of Committees shall be defrayed by the Association.

DELEGATES

Notification of Names

41. Each Member-association shall notify the Secretariat of the names and addresses of its Delegates and alternate Delegates appointed in accordance with Article 9, and shall also notify any subsequent changes. 9

Qualifications

42. A Delegate shall be a person who is medically qualified and a member of the association he represents, and he shall be ordinarily resident in the territory of that association.

Duties

43. On returning from a meeting of the General Assembly Delegates shall report to their respective associations on the proceedings of the meeting. The Council may from time to time issue instructions to Delegates.

Expenses

44. The expenses of Delegates attending meetings of the General Assembly shall not be a charge upon the funds of the World Medical Association.

RELEVANT ARTICLES

FINANCE

Accounts

45. The Treasurer shall receive all moneys payable to the Association, discharge all accounts which have been ordered by the Council to be paid, and keep accounts and submit them to the Council at each of its meetings. He shall invest available funds in first-class stocks. 20

46. The accounts of the Association shall be kept at the offices of the Treasurer. Any Member-association, through its Delegates, may inspect the accounts.

47. The financial year of the Association shall be the calendar year. 20

Secretarial and Editorial Expenses

48. The expenses of the Secretariat and editorial expenses shall be defrayed out of the general funds of the Association on the periodical production to the Treasurer of vouchers stating the expenses incurred.

OFFICERS

President President-Elect

49. The President of the Association shall be elected annually at the annual meeting of the General Assembly and shall enter upon the duties of his office at the next annual meeting, and until then shall bear the title of President-Elect. 13

Chairman of Council

50. The Chairman of the Council elected under By-law 31 shall be eligible for re-election from year to year. For one year after the end of his period of office he shall be a member of the Council *ex officio*. 13

Treasurer

51. The Treasurer shall be elected at an annual meeting of the General Assembly. He shall hold office for three years and be eligible for re-election. During his term of office he shall be a member of the Council *ex officio*. 13

Vacancies

52. In the event of the death or resignation of an officer during his term of office the Council shall

RELEVANT ARTICLES

make such appointment or other provision as it may deem expedient for the discharge of the duties of the office concerned until the next annual meeting of the General Assembly.

53. Officials of the Association appointed by the General Assembly under Article 14 shall be medically qualified. They shall hold office for such period and receive such remuneration as the General Assembly may from time to time determine, and may be dismissed by the General Assembly. 14

54. In the event of the death or resignation of an official the Council shall make provision for the discharge of the duties of the office concerned until a fresh appointment is made by the General Assembly.

Annexe 3

Rapport définitif du Comité d'Ethique Médicale présenté à la 2ème Assemblée générale à Genève (8 - 11 septembre 1948)

C.4/49

A S S O C I A T I O N M E D I C A L E M O N D I A L E

CRIMES DE GUERRE ET MEDECINE

(Amendement du document C.2/48 tel qu'adopté par l'Assemblée Générale, Septembre 1948)

La Trahison Allemande et un Re-Exposé de l'Ethique Médicale

(PROJET DE MEMORANDUM)

Parmi les objectifs de l'Association Médicale Mondiale figure le maintien de l'honneur de la profession médicale, l'avancement de la paix mondiale et l'aide à tous les peuples, afin qu'ils puissent atteindre le plus haut niveau de santé possible. La première réunion de l'Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale eut lieu au mois de Septembre 1947, peu après que le Tribunal Militaire International siégeant à Nürmberg eût prononcé son verdict contre vingt-trois médecins nazistes, grands criminaux de guerre allemands, en les trouvant coupables de crimes horribles contre des être humains, souvent commis au nom de la science médicale. L'Assemblée Générale avait donc agi d'une manière fort appropriée en consacrant une partie de son temps à la considération de cette trahison des traditions de la médecine et en autorisant la publication d'un exposé de l'attitude des représentants de la profession médicale. Pourquoi ces médecins manquaient-ils de conscience professionnelle et morale, et pourquoi ont-ils oublié ou ignoré les principes humanitaires et l'idéal qui animent le service médical? Comment peut-on évitar une répétition de crimes semblables?

Les Crimes

Les vingt-trois médecins allemands jugés à Nürmberg n'étaient point seuls coupables; de nombreux médecins non mentionnés qui ont exécuté des ordres inhumains, qui ont agi comme techniciens et qui ont fermé les yeux devant ces actes criminels, l'étaient également. Depuis la fin de la Deuxième Guerre Mondiale des preuves démontrant l'étendu de la conduite criminelle de la profession médicale allemande à partir de 1933 ont été publiées dans plusieurs pays. Un groupe de médecins Tchécoslovaques, par exemple, a publié dans la "Science Médicale Abusée" un compte rendu des atrocités commises par des médecins allemands dans leur pays; trois médecins suisses, les Drs G. Menkes, R. Herrmann et A. Miege, ont décrit dans "Cobayes Humains" leur visite aux camps de concentration de Dachau et de Struthof. Un sommaire de crimes médicaux allemands fut récemment préparé par la Commission des Nations Unies pour Crimes de Guerre. De plus, l'Association Médicale Juive en Palestine a soumis a l'A.M.M. une liste de crimes contre les Juifs, commis depuis 1933 par les médecins allemands dans les ghettos, camps de concentration et camps d'extermination en Allemagne et en Europe Orientale. Parmi les articles parus dans la presse médicale on en trouve un du Dr K. Mellanby, dans le British Medical Journal du 25 Janvier 1947, décrivant les "Expériences Médicales sur des Etres Humains dans les Camps de Concentration de l'Allemagne Nazisto".

Il serait de répéter ici les détails macabres et incroyables révélés par celui-ci et les autres témoignages. Les crimes commis par ces médecins ont été classifiés par la Commission des Nations Unies pour Crimes de Guerre de la manière suivante:

Expériences sur des êtres humains sans leur consentement, autorisées sous prétexte de recherche scientifique dans l'intérêt de la guerre.

Expériences entreprises dans les camps de concentration sans le consentement des sujets, par des officiers médicaux et de leur propre initiative, afin de gagner de l'expérience.

Sélection des prisonniers, suivie de leur assassinat délibéré soit par suite de la négligeance médicale soit au moyen d'injections mortelles.

Assassinat délibéré d'infirmes ou de malades mentalement déficients ainsi que d'enfants dans les hôpitaux et maisons d'aliénés.

Les témoignages indiquent que les soi-disant expériences comprenaient:

l'effet du vide et des chambres de compression.

Stérilisation: chimique, opératoire et radiologique, suivie du contrôle par insemination artificielle.

Transfusion du sang.

Immersion dans l'eau froide avec essais périodiques de diverses méthodes de résurection.

Ponction du foie.

Infection septique délibérée.

Excision des parties du corps.

Chirurgie opératoire expérimentale - opérations non-indiquées dans des buts d'enseignement.

Exposition aux gaz et à d'autres substances chimiques pendant des périodes variables, avec vérification des résultats à l'autopsie.

Méthodes de "coup de grâce", gaz, injections de benzène crémation des moribunds etc.

Il existe également des preuves que certains médecins ont pris part à la préparation des moyens pour faire la guerre ou bien ont mis leur connaissances médicales à la disposition d'autres personnes qui préparaient ces moyens.

On a allégué également que certains médecins allemands ont participé aux projets de guerre bactériologique. La Commission des Nations Unies pour Crimes de Guerre rapporte que les informations concrètes à ce sujet sont très limitées, probablement parceque la plupart de preuves avait été détruite. On peut conclure, en se basant sur les témoignages du procès de Nürmberg que depuis 1942 des recherches sur les méthodes de guerre bactériologique furent conduites en Allemagne par un personnel médical spécialisé sous la direction de hautes autorités nazistes, et que le plus grand secrêt fut maintenu à ce sujet.

La Commission Soviétique Extraordinaire établit que les Allemands avaient pris des mesures délibérées afin de diffuser le typhus parmi la population soviétique et dans les rangs de l'Armée Rouge. S'il en est ainsi, on peut assumer logiquement que leur plans avaient été établis avec les concours des experts médicaux.

Condamnation Solennelle

Après avoir considéré ces témoignages et les déclarations faites à l'Assemblée Générale par des représentants médicaux des pays qui avaient été occupés par les Allemands et par des médecins qui avaient souffert personnellement des effets de la brutalité allemande, l'A.M.M. endosse l'action judiciaire entreprise afin de punir ces membres de la profession médicale qui avaient participé aux crimes, et condamne solennellement les crimes et les actes inhumains commis par des médecins en Allemagne et ailleurs contre des êtres humains pendant la Deuxième Guerre Mondiale et au cours des années qui l'ont précédé.

Essence des Crimes

Ces crimes cependant, si vifs et répugnants qu'ils apparaissent à notre imagination et aussi persistants qu'ils soient dans leurs effets, appartiennent maintenant à l'histoire; les médecins du monde entier, après avoir exprimé leur indignation, doivent à présent

rechercher les moyens d'en prévenir la répétition. Pour en arriver à une conclusion, il faut d'abord considérer en qui consistait l'essence de la criminalité des médecins qui se trouvent condamnés par leur confrères. Le Conseil de l'Association Médical Britannique, dans une déclaration présentée à l'A.M.M., résume l'offense morale et professionnelle de la manière suivante:

> Il est clair que certains médecins exécutèrent leurs expériences inhumaines à la fois pour seconder l'effort de la guerre et pour l'étude des maladies.
> Au cours de leurs expériences et à la suite de l'application des résultats de celles-ci ils tuèrent délibèrement des personnes politiquement indésirables au régime qui était au pouvoir. Ils abusèrent de leur connaissances médicales et prostituèrent la recherche scientifique. Ils ignorèrent la sainteté et l'importance de la vie humaine en exploitant des êtres humains individuellement et collectivement. Ils trahirent la confiance que la société avait placé en eux en qualité de membres de la profession médicale.
>
> Les médecins qui participèrent à ces actes ne devinrent pas criminels d'un moment à l'autre. Leurs méthodes amorales furent le résultat d'entrainement et de formation, destinés à faire regarder la science comme un instrument dans les mains de l'Etat, prêt à être utilisé selon le désir des hommes au pouvoir. Il faut assumer qu'au début ils ne se rendirent pas compte du fait, que les idées des hommes au pouvoir politique conduiraient à la négation de valeurs fondamentales sur lesquelles reposait la Médecine. Ainsi, l'administration des soins aux malades individuels cessa d'être le but primaire du médecin et l'objectif humanitaire de la science médicale fut subordonné aux nécessités de la guerre.

La réhabilitation du corps médical allemand ne pourra devenir effective que lorsque les médecins allemands auront reconnu l'iniquité de leur conduite et annoncé leur détermination de revenir aux traditions et idéaux séculaires de la pratique médicale. On s'était étonné à l'Assemblée Générale de l'A.M.M. que les médecins d'allemagne n'aient montré par aucun signe qu'ils aient honte d'avoir participé à ces crimes ni même qu'ils se rendent entièrement compte de l'énormité de leur conduite. Les trois médecins suisses, qui ont visité les camps de concentration, écrivent:

> Interrogés après la défaite allemande, plusieurs de ces professeurs et de ces savants qui avaient travaillé dans les laboratoires d'expérimentation n'ont pas eu la force de soutenir leur point de vue. La seule excuse qu'ils se donnaient était celle d'un pitoyable enfant pris en faute: nous ne faisions qu'obéir à nos ordres, ou en d'autres termes "ce n'est pas moi", ce qui est lamentablement vrai, en partie du moins. Mais ce qui nous répugne dans cette démission, c'est qu'elle n'est pas un aveu de faiblesse réelle, encore moins l'expression d'un regret, d'un remords.

Invitation au Corps Médicale Allemand

Les médecins allemands ont eu plus de deux ans pour réfléchir à leur conduite et il est possible qu'il existe un désir latent parmi eux, particulièrement peut-être parmi les jeunes, de se réhabiliter aux yeux du monde. Une formelle déclaration solennelle faite par une organisation représentative des médecins allemands à l'Association Médicale Mondiale, port-parole des associations médicales nationales du monde entier, offrirait au corps allemand l'occasion de donner un gage de son futur bon comportement. L'Assemblée Générale de l'A.M.M. a approuvé la déclaration suivante qu'elle présente au corps médicale allemand pour endossement et signature:

> "Nous, représentants accrédités de la profession médicale allemande organisée, reconnaissons par les présentes la participation ~~de certains~~ médecins allemands, individuellement

et collectivement, aux actes nombreux de cruauté et d'oppression, ainsi que l'organisation et l'exécution d'expériences brutales sur des êtres humains sans leur consentement Nous reconnaissons qu'en effectuant ces actes et ces expériences, qui ont provoqué la mort des millions d'êtres humains, le corps médical allemand a violé les traditions éthiques de la Médecine, avili l'honneur de la profession médicale et prostitué la science médicale en la mettant au service de la guerre et de la haine politique.

"Nous exprimons notre regret qu'aucune protestation n'ait été préférée par la profession médicale organisée en Allemagne contre le vil usage qu'à notre su on avait fait de connaissances médicales et nous enregistrons ici notre condamnation et notre horreur de crimes commis par des membres de notre profession en Allemagne et ~~en Europe Orientale~~ dans d'autres pays depuis 1933.

"Par les présentes nous promettons au corps médical du monde entier par intermédiaire de l'A.M.M. de ne plus jamais participer à une telle trahison de la Médecine ni jamais la permettre. Nous nous engageons à expulser de notre organisation les membres coupables de crimes mentionnés ci-dessus ou ceux qui ne s'engageraient pas à l'avenir à maintenir haut le niveau de leur conduite professionnelle. Nous exigerons de tous nos membres que cette conduite comporte la reconnaissance de la sainteté, de la liberté morale et de la dignité personnelle de tout être humain".

Depuis la publication de ce rapport il est venu à l'attention de l'A.M.M. une déclaration probablement faite par les médecins de l'Allemagne de l'Ouest.

"Les médecins allemands et leurs organisations professionnelles savent bien que les crimes commis contre l'humanité par un nombre de médecins allemands ont détruit leur réputation ~~partout~~ le monde."

"Le comité des Chambres allemandes de Médecins de l'Allemagne ~~de l'Ouest~~ occidentale a pris les actions suivantes:

1. Depuis le 14 Juin 1947, tout médecin en recevant sa licence prête serment à Hippocrate tel que le serment a été revisé par ce groupe.

2. Le 18 Octobre 1947, une résolution fut passée condamnant tous crimes contre l'humanité et tous médecins allemagnes qui ont participé dans les crimes de guerre contre l'humanité.

3. Le 29 Novembre 1947, le Comité a demandé au gouvernement de réinstaler aussitôt que possible les droits de tous médecins dépourvus des mêmes par le gouvernement national-socialiste pour raisons de race, religion ou politique."

<u>Résolution des Chambres des Médecins de l'Allemagne de l'Ouest Concernant les Procès de Nuremberg</u>

"La profession médicale allemande avec les peuples du monde furent épouvantés d'apprendre des actions qui furent la base des procès de Nuremberg des médecins. La profession médicale allemande comme une entité pleure les victimes sacrifiées par un régime despotique lequel se servit de la science comme un de ses instruments et fut assisté dans ceci par des médecins. Les médecins regrettent profondément que des hommes de leur propre profession, ont commis tels crimes horribles.

"Maintenant que le procès est fini, chaque médecin recevra une copie des conclusions formulées par ces médecins allemands nommés comme des observateurs au procès, et après il peut formé ses propres opinions. On peut dire que comparé au nombre des médecins pratiquant en Allemagne, seulement un très petit nombre des membres de la profession médicale a pris part dans ces crimes.

C'est part d'un régime despotique qu'une minorité criminelle est chargé du pouvoir sur la vie et la mort.

"La profession médicale allemande sait les grands dangers qui sont engendrés dans les erreurs de quelques-uns. La profession veut formuler des principes basiques pour le présent et l'avenir

"La science moderne ne peut pas se passer de la machine complexe de la recherche laquelle est souvant incompréhensible aux médecins individuels. De ceci nous concluons que les intérêts privés des médecins érudits (tel que leur quête pour la priorité dans les découvertes) doivent assumer un rôle secondaire dans les situations où des méthodes nouvelles et incisives sont en procès d'être éprouvées, tels expériences pour soumission à un corps d'experts pour leur consentement. Ce corps aussi expliquerait la signifiance de telles expériences au public avant de que ces expériences se pratiquent sur les être humains.

"Le procès a montré aussi le danger d'intervention par les autorités du gouvernement, puisque les bureaucraties n'ont pas de contact avec les problèmes des médecins quant à leurs patients. Ils furent l'N.S.D.A.P. et l'armée qui ont essayé d'intervenir avec la liberté de la profession médicale et la détruire. Il serait possible pour les pouvoirs étrangers ou la bureaucratie des services sociales d'agir d'une telle manière. Il est alors fondamental conserver l'individualité et la responsabilité indépendante des médecins dans les activités médicales. La Société doit garantir le souveraineté du médecin dans sa propre branche. En donnant des soins médicaux, le médecin ne doit pas être soumis aux ordres du gouvernement mais il doit se guider par ses connaissances scientifiques et les régulations professionnelles de bon comportement.

"Les médecins, avec l'exception des membres des Services Médicaux de l'Etat et les professeurs des universités doivent être interdits de devenir des officiels, puisque la position du service civile n'est pas compatible avec le droit de détermination de soi-même, ce qui est le code de la profession médicale. Ceci s'applique surtout à tous les travaux médicaux pour les organisations militaires. Les activités des médecins dans les services de la santé publique et dans les cliniques ou hôpitaux publiques doivent aussi être soumis à soigneuse inspection.

"Après les expériences résultant de la dictature Nazi, la profession médicale le considère son devoir de considérer d'une manière critique les effets sur la profession médicale des conditions politiques et sociales actuelles, ce qui peut indiquer le retour des dangers similaires à ceux du régime Nazi. Cette attitude critique est indispensable à la préservation d'une liberté fondamentale professionnelle d'intérêt publique.

"Les médecins saient bien leur devoir pour le bien-être de leur profession dans tous ses aspects.

"Bad Nauheim, le 18 Octobre 1947."

L'A.M.M. a décidé accepter ceci comme un rapport préliminaire des médecins de l'Allemagne du l'Ouest et de leur informer qu'aussitôt qu'ils aient exécuté les prommesses exprimées dans leur exposé, et aussitôt qu'il soit établi une association médicale reconnue, l'A.M.M. sera très contente de traiter avec eux.

Médecine et Société

L'acte de signer la déclaration ne sera, bien entendu, que le premier pas que le corps médical allemand aura à faire, afin de regagner la confiance du reste du monde. Les médecins allemands, et même les médecins de tous les pays, où il existe la tendance au développement des doctrines politiques et sociales au détriment de la responsabilité individuelle, doivent toujours avoir présent à leur esprit l'aspect moral de la recherche et de la pratique médicales. Et voici une autre citation du memorandum de l'Association Médicale Britannique:

"La recherche en Médecine aussi bien que l'exercice de

celle-ci ne doivent jamais être séparées de valeurs morales éternelles. Les médecins doivent être les premiers à signaler aux membres de la société dans laquelle ils vivent les conséquences probables des procédés politiques qui dégradent ou nient les droits humains fondamentaux. La profession doit veiller afin de percevoir et de combattre des développements qui pourraient de nouveau enchaîner ses membres et avilir la noble poursuite de ses buts. Les crimes médicaux commis au cours de la dernière guerre ont montré d'une façon plus que convaincante comment les connaissances médicales et le progrès scientifique, si ils ne sont pas guidés par des principes humanitaires, peuvent devenir instruments de destruction sauvage.

"L'influence de la médecine sur la nation entière est souvent sous-estimée. Individuellement le médecin est plus qu'interprète de l'opinion médicale ou expert-technicien. Il est confident, ami et conseiller fidèle et exerce une influence dépassant les limites immédiates du domaine des nécessités physiques. Collectivement le corps médical peut contribuer dans le monde entier à l'accroissement de l'amitié internationale."

L'A.M.M. qui représente 500,000 médecins devrait avoir la possibilité d'exercer son influence dans les pays des Associations-Membres afin d'y maintenir un haut niveau professionnel. Par ce moyen les responsabilités communes des médecins du monde entier envers l'humanité, et leurs aspirations communes sur le terrain de l'amitié internationale revêtiraient une forme utile d'expression. L'Association offre un moyen permettant l'échange d'informations et d'idées, ainsi que le contact personnel entre les médecins représentatifs de divers pays. Des résolutions de l'Assemblée Générale devraient, d'une part, accorder le support moral aux associations nationales dont les membres se trouveraient en conflit entre leur intérêt matériel et leur devoir professionnel et, d'autre part, avertir les médecins qui se trouveraient en danger d'être detournés du chemin de leur devoir.

Education des Etudiants

Une responsabilité considérable incombe aux professeurs des étudiants en médecine. Leur enseignement doit être pénetré de l'idéal de la médecine. Ils doivent aider leurs étudiants à honorer les traditions de la médecine et à faire leurs les buts humanitaires de celle-ci; satisfaire les besoins corporels et mentaux de l'individu, quelque soit sa classe, sa race ou sa foi; soigner le malade; sécourir le souffrant; prolonger la vie humaine et prévenir la maladie. Bref, le but final de l'exercice de la Médecine doit être celui qui figure sur la liste des objectifs de l'A.M.M.: "aider à tous les peuples afin qu'ils puissent atteindre le plus haut niveau de santé possible". Il faut enseigner au futur médecin par les paroles et par les actes que ce but doit être poursuivi par des méthodes scientifiques alliées à l'esprit de charité et de service.

Retour à Hippocrate

C'était la coutume que tout médecin au moment de recevoir son diplôme ou son droit d'exercer devait prononcer le Serment d'Hippocrate. Dans plusieurs écoles de médecine, cependant, cette coutume est tombée en désuétude ou bien elle est devenue une simple formalité. L'A.M.M. croit que le rétablissement du Serment d'Hippocrate ou d'une version moderne appropriée de celui-ci, comme partie sérieuse de la cérémonie de réception au doctorat ou de concession du droit d'exercer, aiderait à imprimer dans l'esprit de jeunes médecins les principes fondamentals de l'éthique médicale et à élever le niveau général de la conduite professionnelle.

Les formes de la pratique médicale peuvent changer et de nouvelles connaissances peuvent s'ajouter aux anciennes, mais l'esprit du Serment d'Hippocrate demeurera; en tout temps et dans tout pays il peut être accepté comme le fondement de la conduite de tous médecins. Il enjoint:

la fraternité des hommes exercant la médecine;

le motif du service pour le bien des malades;

le devoir de soigner, le crime le plus grand étant la co-opération à la destruction de la vite par assassinat, suicide ou avortement;

vie pure et procédés honorables;

secrêt professionnel destiné a protéger les patients;

diffusion des connaissances médicales et des découvertes pour le plus grand bien de l'humanité.

Il est désirable qu'une promesse uniforme soit élaborée et soumise aux médecins de tous les pays au moment de leur accorder le droit d'exercer. L'Association a étudié plusieurs formes d'engagement employées dans divers pays et recommandé aux universités et autorités qui accordent le droit d'exercer la médecine l'adoption de la promesse suivante ou une semblable:

"Au moment d'être admis au nombre des membres de la Profession Médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'Humanité.

"Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dûs.

"J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

"Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

"Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

"Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

"Mes collègues seront mes frères.

"Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

"Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

"Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

"Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur."

En vue de récents crimes de guerre et de la situation toujours troublée du monde, cette promesse, faite par tout jeune médecin, aurait un effet salutaire sur son attitude à l'égard de l'exercice de la Médecine et des obligations qu'il comporte. A la longue, la promesse commune faite par tous les médecins créerait un puissant lien mondial, les unissant au service commun de l'humanité.

Sommaire

1) L'A.M.M. condamne solennellement les crimes commis contre l'humanité depuis 1933 par des médecins allemands. Elle endosse la punition judiciaire de tels crimes.

2) L'Association a invité une organisation représentative des médecins allemands à faire une déclaration reconnaissant la participation du corps médical allemand aux crimes d'avant guerre et de guerre, et promettant de respecter à l'avenir la personnalité, la dignité et la liberté de l'être humain. (voir la page 3)

3) La vigilance éternelle de tous les médecins et la complète reconnaissance de l'influence de la Médecine sur la société sont nécessaires afin de prévenir le retour des crimes semblables à ceux commis en Allemagne.

4) Les études de médecine doivent être pénétrées des buts et de l'éthique traditionnels de la Médecine.

5) Il est désirable qu'un serment ou une promesse uniforme basé sur l'esprit du Serment d'Hippocrate, soit souscrit par tout médecin au moment de recevoir son titre ou son droit d'exercer.

L'Association après avoir considéré plusieurs formes de promesses a adopté à son Assemblée Générale la promesse telle qu'elle est écrite à la page 7.

Annexe 4

Hommage posthume à Paul Cibrie lors de la 19ème Assemblée Générale de la WMA (19-25 septembre 1965)

HOMMAGE POSTHUME

AU

DR. PAUL CIBRIE

ATTENDU que le Dr. Paul Cibrie s'est acquis une très grande réputation dans le dornaine de la médecine en France et dans le monde entier,

ATTENDU qu'il fut un pionnier dans l'association professionnelle internationale des médecins et dans la fondation de l'Association Médicale Mondiale,

ATTENDU qu'il a travaillé sans relâche à la réalisation des idéaux les plus élevés de la médecine et de l'exercice de sa profession,

ATTENDU qu'il a servi loyalement l'Association Médicale Mondiale pendant de nombreuses années dans ses assemblées, à titre de Membre du Conseil, de Vice-Président du Conseil et de Secrétaire Régional pour l'Europe,

ATTENDU qu'il s'est dépensé inlassablement au service de tous,

QU'IL SOIT DONC RESOLU que la XIXème Assemblée Médicale Mondiale réunie à Londres en Septembre 1965, note dans les Actes de l'Association Médicale Mondiale cet hommage de profonde appréciation, d'affection et d'estime,

QU'IL SOIT EN OUTRE RESOLU qu'un exemplaire de cette Résolution soit adressé comme marque de sympathie à la famille de feu le Dr. Paul Cibrie.

Résumé :

La première moitié du 20ème siècle est marquée par les grands fléaux sanitaires de l'ère industrielle et de la Première Guerre mondiale qui menacent l'équilibre économique des états et incitent les gouvernements à considérer les besoins en santé de leur population de manière collective. Le nom du docteur Paul Cibrie apparait régulièrement dans les débats autour de la santé publique et de la profession médicale entre 1920 et 1960. Ce médecin généraliste français exerce une influence considérable dans les décisions prises par l'Union des Syndicats Médicaux de France (USMF) puis par son successeur, la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF). Après 1945, il se manifeste au sein de la World Medical Association (WMA), association qui a mené des initiatives capitales pour la construction d'une éthique médicale professionnelle d'après-guerre.

L'objectif de notre travail est de retracer la vie personnelle de Paul Cibrie, de définir quels rôles il a réellement joués dans la transformation sanitaire de l'entre-deux guerres en France au sein de l'USMF et de la CSMF et enfin d'éclaircir sa participation aux actions de la WMA.

La biographie de Paul Cibrie a été retracée grâce aux Archives Nationales et aux archives familiales. Pour son œuvre politique, nous avons exploité de manière exhaustive et systématique, les archives de l'USMF et de la CSMF de 1918 à 1945 et les archives de la WMA de 1944 à 1957.

Né en 1881 en Dordogne, Paul Cibrie s'installe médecin généraliste à Paris où il s'engage très tôt dans la voie syndicale. Tout au long de sa carrière, il fait preuve d'un déroutant modernisme traditionnel : à la fois autoritaire et fin diplomate, intègre et transfuge, courageux et opportuniste, il affiche une personnalité équivoque. Comble du paradoxe, il est à la fois un médecin se ralliant aux idées xénophobes du corps médical dans l'entre-deux guerres, l'auteur principal du Code International d'Ethique Médicale et l'ami qui en fournissant à Pierre Laval une capsule de cyanure, l'assiste dans son suicide, lui permettant, si ce suicide avait abouti, d'échapper à son exécution en octobre 1945.

Au terme de notre reconstruction historique, le combat de Paul Cibrie se dessine clairement : corporatiste acharné, il a défendu toute sa vie les intérêts de la profession médicale sur la scène française et internationale en axant son combat sur l'indépendance des médecins vis-à-vis de toute institution. Ainsi, bien qu'il détestait être qualifié de politicien et ne s'est jamais engagé dans un parti, il a mené une véritable politique de la profession médicale. Son œuvre est influente et les conditions de notre pratique médicale quotidienne en sont toujours imprégnées : Serment d'Hippocrate obligatoire pour toute délivrance du diplôme de docteur en Médecine, mise en place de la Sécurité Sociale, rémunération à l'acte des médecins libéraux, Ordre des Médecins de composition entièrement médicale, Déclaration d'Helsinki pour encadrer de règles d'éthique les recherches sur l'être humain.

Paul Cibrie quitte la WMA en 1957 et siège encore au Conseil de la CSMF comme président d'honneur, un mois avant son décès, le 7 mars 1965.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Paul Cibrie, Assurances sociales, Sécurité Sociale, CSMF, Association Médicale Mondiale, Code International d'Ethique Médicale, serment d'Hippocrate, Déclaration de Genève, Ordre des Médecins, antisémitisme médical

Présidente : Professeur Anne DANION-GRILLIAT

Assesseurs : Professeur Christian BONAH (Directeur de thèse)

Professeur Georges KALTENBACH

Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

Adresse de l'auteur : Fabrice NOYER, 31 rue des foulons, 67200 STRASBOURG