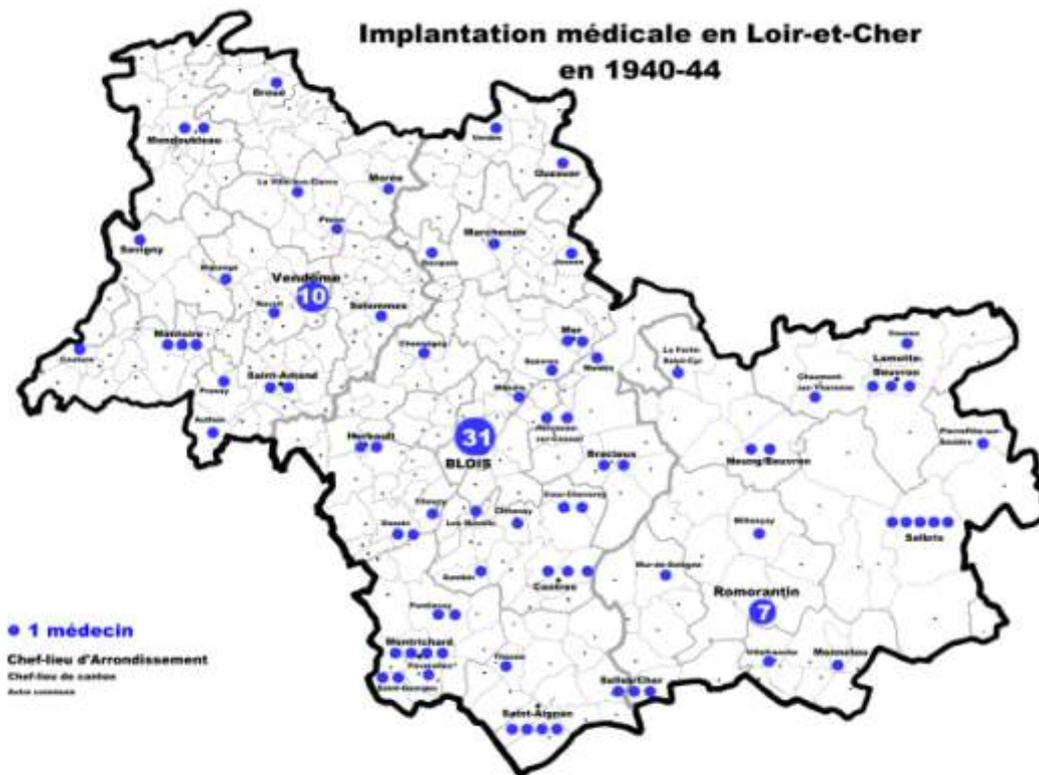


3 -Un corporatisme affirmé

Le corps médical loir-et-chérien est étroit en 1940. Une centaine de médecins –hommes à plus de 90 %– la plupart généralistes¹, figuraient au premier « *tableau définitif* » établi par le Conseil de l'Ordre installé en janvier 1941. Aux 110 praticiens de médecine générale annoncés un peu plus tard dans un compte-rendu s'ajoutaient ceux qui n'exerçaient pas en cabinet et étaient fonctionnaires ou considérés comme tels par l'Ordre –divers médecins conseils, médecins employés en dispensaire, au laboratoire départemental ou directeurs de structure hospitalière. Ainsi, avec un ratio de 54 médecins pour 100 000 habitants (environ 1 pour 2300 h.), le Loir-et-Cher se situait nettement sous la moyenne nationale (62,7 médecins pour 100 000 h.²).



Avec une augmentation très modérée du nombre de médecins généralistes depuis la fin du XIX^e siècle, de 94³ en 1900 à 110 en 1941, la carte médicale ne s'était guère modifiée, les cantons demeurant la structure territoriale principale : il y avait un médecin au moins dans chaque chef-lieu. Les plus nombreux – près de la moitié – étaient installés dans les 3 chefs-lieux d'arrondissement. Dans ces conditions, les visites à domicile l'emportaient sur les consultations en cabinet qui ne dépassaient guère les deux heures quotidiennes. Les conditions de circulation de la période 40-44 dans un département presque totalement occupé ne les facilitaient évidemment pas : restrictions de déplacements imposées par les Allemands, raréfaction des équipements (les pneus en particulier), rationnement drastique de l'essence, le tout communiqué par la seule presse locale sur ordre des autorités allemandes⁴ ; tout cela, auquel s'ajoutait le manque de produits

¹ -On ne compte que 6 chirurgiens et une poignée de spécialistes (psychiatres, ORL, radiologues...)

² - Source : T. Fillaut, *Le système de santé français 1880-1995*, Éditions ENSP, 1997. En 2016, 239 médecins généralistes exercent en Loir-et-Cher à titre libéral (70 pour 100 000 habitants) *source* : www.conseil-national.medecins.fr

³ -90 docteurs en médecine et 4 officiers de santé (praticiens sans doctorat)

⁴ -La Dépêche du Centre, sous censure allemande ; voir, entre beaucoup d'autres, les numéros des 6-7 et 24 septembre 1941 (ADLC – PER 100)

nécessaires à l'hygiène médicale, apparaît fréquemment dans les comptes-rendus. Comme pour les autres activités économiques, la pénurie alimenta les réglementations tatillonnes et les trafics, et le nouveau Conseil y trouva l'occasion d'affirmer son autorité. Seuls les médecins « *en règle avec l'ordre* » seraient par exemple dotés de carburants, avec la menace de voir leur contingent diminuer fortement en cas de retard dans le règlement de leur cotisation. Apparurent alors les « arrangements » et les conflits propres à la période d'occupation : des médecins réfugiés auraient demandé des permis de circuler à seule fin de se procurer de l'essence, le médecin de Mazangé utilisa « *ses moyens de transports pour des réunions familiales* » et celui de Droué profita de sa dotation pour revendre son essence, alors qu'il « *fait exclusivement ses visites à cheval ou à bicyclette* »⁵...

Dans un département très rural, le faible nombre de médecins n'est pas surprenant : la plus importante et, surtout, la plus solvable de la clientèle médicale était à cette époque en ville – et sur les 294 communes du Loir-et-Cher en 1946, une seule, le chef-lieu Blois, dépassait 20 000 habitants. En favorisant l'accès aux soins de la population « *indigente* »⁶, les lois sociales de la III^{ème} République avaient certes solvabilisé une nouvelle demande mais celle-ci ne pouvait à elle seule garantir un revenu compatible avec le « *prestige général du médecin* »⁷. La seule mention chiffrée figure dans un procès-verbal destiné à exclure un médecin de l'Ordre ; le rapporteur, Maurice Luzuy, y estimait à « *7 à 12 000 frs par an* » les honoraires perçus en 1937-38 au titre de l'AMG pour les « *clientèles ouvrières les plus productives du département* »⁸. Dans les campagnes, les revenus liés aux budgets publics d'aide sociale étaient probablement moins élevés. C'est bien sûr un cas limite mais le compte-rendu signale une fois un médecin âgé exerçant en Sologne controise, dont la surdité perturbait la fin de carrière, et à qui il dut être accordé un subside de 1000 Frs. Le constant souci du Conseil fut donc de faire en sorte que les médecins autorisés à exercer aient « *la possibilité de gagner [leur] vie* »⁹. Et, comme il avait gardé dans ce domaine les réflexes d'un syndicat, il s'y employa vigoureusement.

Il convenait naturellement d'abord de traquer les « *illégaux* » qui, parfois, bénéficiaient de la complicité de médecins et de pharmaciens, ou, dans un cas plus délicat, appartenaient au clergé – et on chargea ici l'abbé Charrat, vicaire (second de l'évêque), de régler la question. La loi d'octobre 1940 donnait ici toutes les armes aux Conseils départementaux, qui les utilisèrent en déposant les plaintes adéquates. Mais la revendication corporatiste la plus traditionnelle, jugée aussi la plus efficace, restait la limitation de l'exercice de la profession. Les nouvelles règles édictées par Vichy – et qui parfois prolongeaient celles de la République finissante – confortaient les responsables ordinaires dans leurs résolutions¹⁰. Le 28 octobre 1940, lors de sa dernière réunion avant la création de l'Ordre, deux membres du bureau syndical¹¹ réclamèrent l'application « *sévère* » d'un décret de 1939 réglementant la profession : on ne devait accepter de nouveaux médecins que pour remplacer les médecins âgés « *désireux de se retirer* » et « *les médecins israélites ou étrangers* ». De même, des praticiens installés en zone libre ne pouvaient être que des « *remplaçants* » et « *devr[ai]ent rendre leur clientèle* » aux médecins prisonniers. A peine installé, en février 1941, le nouveau Conseil départemental affirma qu'il était « *nécessaire de limiter d'urgence le nombre de jeunes médecins* », vœu suivi en mai d'un autre pour la « *limitation du nombre des étudiants* ». Et s'il sembla

⁵ -L'un et l'autre, en dépit de leurs dénégations, se voient restreindre leur droit à carburant...

⁶ -Assistance Médicale Gratuite, aide aux vieillards indigents, aux femmes indigentes enceintes, aux anciens combattants 14-18, le tout pris en charge par les budgets publics. S'ajoutèrent pendant l'occupation les « indemnités KVD », participation par les Allemands aux soins pour les familles des ouvriers français en Allemagne.

⁷ -L'expression figure dans le compte-rendu de la séance du 11 octobre 1942 à propos d'un conflit entre le Dr Montagne et le Dr Roy.

⁸ -Soit, en Euros de 2015, d'environ 3500 à 6000 . Séance du 15 juin 1941 ; le procès-verbal en question interdisait l'exercice de la profession médicale au Dr Lucien Breitman. Voir sur ce site

⁹ -Séance du 16 février 1941

¹⁰ -La « loi » du 16 août 1940 réserve l'exercice de la profession médicale aux « Français à titre originaire » (c'est-à-dire non naturalisés) et le statut des Juifs du 3 octobre 1940 légalise la discrimination, avant qu'une autre mesure ne fixe un quota de 2% (arrondis au % supérieur) de « médecins israélites ».

¹¹ -Les Drs Vezin et Penot

tout de même y avoir un débat en son sein entre libéraux (« *que tous les médecins désireux de s'installer le fassent à leurs risques et périls* ») et corporatistes stricts (« *interdire l'installation de médecins dans toutes les régions où ils n'auraient pas de chance de réussir* »)¹², les seconds firent prévaloir leur point de vue, maintes fois rappelé par la suite.

Pris entre le respect de leur code de déontologie, qui garantit à chaque patient le libre choix du médecin, et le refus corporatiste de toute concurrence, les responsables de l'Ordre durent sans cesse gérer d'après conflits de territoire ou de « *clientèle* », de caractère parfois plus commercial que médical, ce qu'ils firent sans réticences, sérieusement, avec le souci maintes fois rappelé de protéger la profession. Sans complaisance non plus pour des pratiques financières douteuses, prohibées par les codes de déontologie, mais dont la condamnation périodique indique qu'elles perduraient : le partage d'honoraires entre médecins –la dichotomie– et l'entente cachée entre professionnels de santé –le compérage. Par deux fois en 1941 (mai et octobre), le Conseil aborda la question de la dichotomie en admettant qu'elle était « *toujours pendante* », qu'elle existerait « *toujours [...] dans le midi de la France* » et que les pratiques différaient à Blois et à Vendôme : les seconds respectaient « *l'esprit* » du code (en l'occurrence, une circulaire du Conseil Supérieur), les premiers « *exclu[ai]ent la clandestinité du partage* » en remettant deux factures distinctes du chirurgien et du médecin qui avait recommandé l'intervention¹³. Dans le même souci de combattre tout esprit commercial dans l'exercice médical, le Conseil, tout en souhaitant la création d'une caisse de retraite régionale pour les médecins, n'acceptait son financement que par les médecins eux-mêmes, sans recours aux laboratoires pharmaceutiques¹⁴.

Cette vigilance anti-commerciale peinait visiblement à s'imposer à tous. Tel médecin évinça ainsi un concurrent parce qu'il pouvait « *payer comptant* » une succession qu'elle n'avait obtenue que verbalement. Tel autre fut accusé de sortir de son territoire (Lamotte-Beuvron) pour aller exercer ailleurs (Neung-sur-Beuvron à une vingtaine de kilomètres) à des « *tarifs dérisoires* ». Le médecin installé à La Ville-aux-Clercs, fut même condamné à un « *blâme* » en Conseil de discipline, la plus forte sanction avant la suspension du droit d'exercer, pour avoir empiété sur la clientèle de son confrère de Pezou¹⁵, grâce à l'installation d'une ligne téléphonique dans un café de cette localité : les patients ainsi recrutés étaient dispensés de frais de déplacement ! Cette dernière affaire est symptomatique de l'extrême vigilance anti-concurrentielle : l'enquête menée pour confondre le médecin déloyal était de nature quasi policière puisqu'elle faisait intervenir la Direction des Postes jusqu'au comptage des appels !

Défendre le corps contre tout empiètement étatique et en même temps assurer aux médecins un revenu conforme à leur « *prestige* » supposait qu'ils fussent seuls en charge de la santé de leurs patients : on rappela donc au médecin du dispensaire blésois, considéré comme fonctionnaire, qu'il ne pouvait avoir de clientèle particulière ni délivrer d'ordonnances et ne devait accepter que les patients envoyés par un praticien. Pas question non plus de confier l'inspection médicale des écoles à des « *médecins fonctionnaires* » quand il « *fonctionn[ait] parfaitement bien* » avec les praticiens¹⁶. Soucieux de préserver le caractère strictement individuel de la relation médecin-patient, et le revenu qui y était attaché, le conseil enregistra sans plaisir les initiatives collectives même si elles émanaient de confrères : le 3 juin 1943, il se rallia à la création d'un service de garde les dimanches et jours fériés, souhaité par une majorité de médecins blésois, mais il

¹² -Séance du 2 février 1941

¹³ - Séances du 18 mai et du 14 septembre 1941

¹⁴ -Séance du 15 juin 1941 ; le Conseil reconnaît d'ailleurs que le financement endogène –par une indemnité versée à l'installation de chaque médecin– est une « *question difficile à résoudre* »...

¹⁵ -Lui-même poursuivi dans une « *affaire du camp de jeunesse de Fort-Girard* » (à La Ville-aux-Clercs), plusieurs fois évoquée sans autres précisions : il aurait utilisé indûment les réserves d'essence du camp ; sa démission fut demandée, sans succès semble-t-il...

¹⁶ - Séances du 26 janvier 1941 et du 31 mai 1942.

encadrerait son accord de deux conditions « bien *spécifié[s]* » : il devait s'agir d'une urgence et seulement en l'absence du « *médecin habituel* ».

Même souci à propos des honoraires : le Conseil départemental insista fréquemment sur la nécessité de tarifs communs, la singularité de la relation médecin-patient n'incluant pas d'arrangements pécuniaires. En 1936 déjà, le Syndicat médical de Loir-et-Cher avait adopté un barème détaillé, à l'époque seulement indicatif, visiblement destiné à uniformiser les pratiques tarifaires et établi régionalement en accord avec les Caisses d'assurances sociales¹⁷. Le Conseil de l'ordre qui lui succéda en 1941, doté d'une autorité désormais quasi-réglementaire, se montra particulièrement vigilant sur la hauteur et l'unicité des honoraires, rappelant à l'ordre les médecins qui y contrevenaient. Ce fut le cas du Dr Luzuy, pourtant membre éminent, qui « *ser[ait] informé que le Conseil ne [pouvait] l'approuver* » : il abandonnait tous ses honoraires du dispensaire à son infirmière et « *cela risqu[ait] de créer un fâcheux précédent* ». Rappel à l'ordre aussi pour les « *nombreux médecins* » qui avaient signé des accords avec la gendarmerie sans aviser le Conseil, et condamnation de la gratuité consentie aux sociétés sportives¹⁸.

Un corporatisme pointilleux amena à demander au Conseil Supérieur de « *protéger la médecine indépendante* » en refusant toute modulation des honoraires par les assurances sociales sous prétexte d'augmentation de taux de remboursement et de « *tiers-payant* ». Ce dernier était particulièrement redouté et combattu, au point de susciter, en août 1941, une protestation contre une décision du même Conseil Supérieur l'introduisant pour les soins aux indigents. Avec le même président et le même secrétaire que le syndicat dissous, le Conseil loir-et-chérien tendait à reprendre les mêmes revendications, à se positionner de la même façon par rapport aux Caisses d'assurances sociales dont il contestait la nomenclature « *trop complexe entraînant souvent une diminution des honoraires médicaux* », et, finalement, à jouer le même rôle.

Toute initiative du pouvoir politique, perçue comme une atteinte à l'indépendance de la médecine, éveillait la défiance ou était purement et simplement ignorée. Organisée par les pouvoirs publics, la prévention, par exemple, les laissa sceptiques. Un vœu syndical de 1936 avait déjà refusé toute structure de prévention, réservant celle-ci au « *médecin de famille à son cabinet* », et relativisé le rôle même de la médecine sociale : la prévention dépendait avant tout de mesures administratives contre les fléaux sociaux qu'étaient l'alcoolisme, les taudis, l'ignorance de l'hygiène... Quant aux consultations prénatales et de nourrissons, que le Dr Grenoilleau souhaitait obligatoires dans le cadre du développement de l'« *eugénique* » et qui apparurent en 1941, elles devraient être confiées aux praticiens à des tarifs établis par le Conseil, et donc cesser à la Croix Rouge où le Dr Marmasse les assurait jusqu'alors gratuitement. Le refus de structures institutionnelles dont ils n'auraient pas été pas les seuls responsables explique aussi la prudence avec laquelle ils avaient accueilli par exemple en 1937-38 la possible naissance d'une « *Caisse chirurgicale mutuelle* » : l'un des chirurgiens était « *d'avis qu'il [valait] mieux ne rien hâter dans l'instabilité actuelle des choses* ».

Les conflits avec les diverses compagnies d'assurance qui cherchaient à limiter les tarifications ou avec les institutions –gendarmerie, municipalités –qui passaient des contrats avec les médecins sans en référer à l'Ordre, relevaient du même souci. Et quand le médecin-conseil de l'Union des Caisses d'assurances sociales s'avisa de modifier d'autorité les coefficients de remboursement, de contester la fréquence et la quantité d'exams radiologiques pratiqués par le radiologue blésois, le Conseil s'anima : il le traduisit en Conseil de discipline devant lequel, circonstance très aggravante, l'accusé s'abstint de comparaître parce qu'il contestait sa compétence ! N'importe, au terme d'un long réquisitoire, il fut condamné à « *l'avertissement public* ».

¹⁷ -Ce barème distinguait 24 actes, de la « *visite en passant* » à « *l'injection de sérum physiologique* » en passant par les 10 cas de réduction de fracture

¹⁸ - Séances du 13 et du 31 mai 1942

avec inscription au dossier personnel». Le texte du jugement exprime à merveille l'exigence d'indépendance des médecins et leur refus radical de tout contrôle exercé par une administration, même représentée par un médecin. Après avoir dénoncé « *le contrôle ainsi exercé* » par le médecin – conseil des Assurances Sociales qui « *a[vait] pour effet de tenter de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'un autre praticien* », le Conseil de Discipline l'accusait de s'être « *arrogé le droit de critiquer et de condamner les traitements prescrits* » et de « *conteste[r] implicitement au médecin radiologiste le droit de choisir et d'appliquer le traitement ou le procédé d'examens jugé par lui convenable* ». Le contrôleur semblait ainsi avoir voulu limiter le rôle du radiologiste « *à celui d'un simple auxiliaire médical* » : il y a dans cette dernière notation toute la réprobation, pour ne pas dire la répulsion, des médecins libéraux contre le risque perçu par eux de médecine étatisée.

La direction de la santé souhaitait-elle créer un service médical de nuit dans les trois villes principales du département ? Le Conseil « *ne juge[a] pas nécessaire de donner suite* » à cette demande institutionnelle. Ainsi encore, quand il s'agit de renouveler le tiers de ses membres, il « *protest[a]* » contre le mode de désignation des futurs membres : c'était le Conseil Supérieur des médecins – des pairs– et non le directeur régional de la santé –un représentant du pouvoir– qui devait proposer des noms au ministre. Rien d'étonnant donc à ce que le Conseil ait adressé des « *félicitations* » au Professeur Leriche, premier président du Conseil Supérieur de l'Ordre des médecins, à l'occasion de sa démission en décembre 1942, interprétée comme « *une protestation contre la tendance à l'étatisation de la médecine* ». Dans le débat qui avait opposé au cours des années 20¹⁹ les tenants d'une médecine strictement libérale à ceux qui souhaitaient s'insérer dans des structures sociales (assurances, mutuelles...), les médecins du Loir-et-Cher se situaient nettement du côté des premiers.

¹⁹ -Voir « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire » de Patrick Hassenteufel (dans Les Tribunes de la Santé, 2008-1, pages 21-28)