

Les Relations entre le corps médical et les instances administratives locales en France de 1803 à 1892 *

Jacques LÉONARD **

Comment une profession libérale, jalouse de son indépendance et soucieuse d'endiguer les empiètements du pouvoir, va-t-elle se laisser gagner par l'évolution du siècle, par l'ampleur des tâches que suggèrent les doctrines hygiénistes et par l'extension du droit à la santé en faveur des masses ? Pour mesurer le chemin parcouru entre le début et la fin du XIX^e siècle où s'inscrivent les points de repère des deux lois de police médicale de 1803 et de 1892, il ne suffit pas d'analyser la nature des rapports, obligés et concrets (1), qui se nouent entre les médecins civils et les instances administratives locales ; il convient aussi de mettre en lumière les forces profondes qui expliquent les changements intervenus, au risque d'effleurer des sujets immenses.

I. — Une situation initiale marquée par le libéralisme et la faible importance des liens entre médecins et administration locale.

« *Un minimum d'obligations...* »

En face de l'administration locale, le médecin libéral ressent, dans les premières décennies du XIX^e siècle, un isolement ambigu, assorti d'un minimum d'obligations. L'article 24 de la loi du 10 mars 1803 impose à chaque médecin de présenter son diplôme, dans le délai d'un mois après la fixation de son domicile, au greffe du tribunal de première instance et au bureau de la sous-préfecture de son arrondissement. Cet enregistrement des titres permet de dresser les listes départementales, théoriquement annuelles, des hommes de l'art, et de définir, par différence en quelque sorte, les coupables du délit d'exercice illégal de la médecine. L'appartenance à ces listes officielles assujettit, sauf exceptions (2), au paiement de la patente. Certains débutants, on l'a observé, tardent beaucoup à faire viser leur parchemin, tant qu'ils ignorent si la clientèle du pays est bien disposée à leur égard.

* (Le Pr J. Léonard nous avait envoyé le texte de son exposé en vue de la séance du 25 juin 1988. M. Léonard, malade, n'a pu venir à Paris, si bien que son étude a été présentée par le Pr Sournia le 25 juin 1988. Le Pr Léonard est décédé le 1^{er} août 1988.

* Professeur à l'université de Rennes II.

Après son installation, un contrat tacite avec l'autorité civile doit garantir la tranquillité d'exercice du praticien : il est censé avoir fait, par des examens, la preuve de sa compétence ; il a payé des droits ; il se tient pour quitte envers l'État qui lui doit en retour le « bouclier du monopole », c'est-à-dire la répression du charlatanisme. Or, la profession médicale se lamente, en toute région, de l'indulgence, voire de la complaisance des pouvoirs publics envers ses concurrents illégaux. Personne n'ose porter le fer dans cet abcès (3). Situation d'autant plus pénible que, dans le même temps, le corps médical perçoit douloureusement les sarcasmes cinglants, et parfois justifiés, dont certains maires et préfets abreuvent les premières générations d'officiers de santé.

Pour sauvegarder des intérêts collectifs essentiels, le législateur a pris quelques précautions qui ébrèchent à peine la liberté du médecin civil. C'est ainsi que les Codes promettent de lourdes sanctions à tout médecin qui aurait l'audace de rédiger de faux certificats destinés à dispenser quelqu'un d'une comparution en justice, ou d'un service public et notamment du service militaire. Dans le même esprit, la notion d'urgence confère à des responsables de l'administration, de la police ou de la justice (préfets, maires, commissaires de police, officiers de gendarmerie, juges de paix, procureurs et juges d'instruction) le droit décisif de réquisitionner l'homme de l'art, « dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités. »

Au premier rang de ces calamités, s'imposent évidemment les invasions et les épidémies dont les plus graves mobilisent même des étudiants en médecine.

« *Des interlocuteurs privilégiés...* »

Il est des médecins qui, dès le début du siècle, font figure d'interlocuteurs privilégiés des préfets, sous-préfets et maires. Très peu nombreux à être honorés d'une confiance officielle qu'ils ont d'ailleurs généralement sollicitée, ils se plient aux contraintes de leurs missions consultatives ou actives, sans élever d'exigences pécuniaires excessives. Pour simplifier, disons que les uns y gagnent de l'argent et les autres, de la considération.

Est bénévole, par exemple, la présence de certains médecins dans le conseil de préfecture ou dans les premières commissions municipales de santé — rares et souvent éphémères —, ou dans les Conseils de santé des Ports (1802), ou encore dans le Conseil de Salubrité de Paris (1802) ; est pareillement gratuite la participation aux enquêtes *de commodo et incommodo* prescrites par le décret du 15 octobre 1810 relatif aux établissements insalubres. Avec le service des épidémies (à partir de 1805) s'engrène un mécanisme plus dispendieux : chaque arrondissement possède son médecin des épidémies dont les maires et sous-préfets commandent les interventions et font donc honorer, sans difficulté majeure, les notes de frais. Le médecin du bureau de charité, enfin, dont les indemnités aléatoires dépendent de l'élasticité du budget municipal, s'efforce souvent, lui aussi, de procurer aux nécessiteux des soupes, du pain, des couvertures, etc.

En règle générale, les autorités s'en remettent à un petit nombre de personnalités médicales connues dont le patrimoine familial s'avère assez confortable pour accepter une part de bénévolat.

Le seul domaine où l'hygiénisme préventif requiert beaucoup de bonnes volon-

tés, c'est la vaccination antivariolique, organisée sur une grande échelle dès 1800. Là encore on se bornera, au mieux, à dédommager les vaccinateurs par des allocations qui couvrent mal leurs tournées ; et si les conseils généraux négligent de voter les subventions *ad hoc*, on est vite réduit à ne récompenser que les vaccinateurs les plus actifs présentant des tableaux statistiques triomphants.

II. — Les principaux facteurs d'évolution.

Diverses considérations viennent, au fil du XIX^e siècle, multiplier les occasions de relations plus étroites entre le corps médical et les autorités locales. L'État moderne imagine de nouvelles missions de statistique et de prévention dont le succès repose sur la collaboration des médecins civils. A la préfecture s'entassent des rapports d'hygiénistes. Maires et sous-préfets prennent l'habitude de recueillir à tout propos les avis des médecins de leur entourage. La médicalisation des Français les plus pauvres et de différentes catégories de patients engendre des modalités d'organisation qui s'éloignent de la médecine libérale classique. La profession médicale elle-même, emportée par un courant qui l'inquiète tout en l'enrichissant, met une sourdine à son individualisme pour constituer des associations corporatives prêtes au dialogue avec le pouvoir. Les développements de l'assistance et de la prévoyance bouleversent donc les positions respectives du corps médical et de l'administration locale.

« La piétaille médicale est de plus en plus sollicitée... »

Les lois nouvelles, dont l'abondance défie l'énumération, mettent à contribution les médecins ordinaires pour quantités de déclarations, d'interventions et de certificats. A une époque où la doctrine contagionniste séduit les hautes sphères dirigeantes et où la fièvre jaune menace l'Europe, la Restauration (5) prend, en 1822, des mesures de police sanitaire extrêmement strictes et prévoit des pénalités sévères à l'égard de tout médecin qui, « ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle, aurait négligé d'en informer qui de droit », ou à l'encontre du médecin qui refuserait « d'obéir à des réquisitions d'urgence pour un service sanitaire. » Les épidémies de choléra auraient dû donner lieu à des poursuites de ce type ; l'énormité des sanctions envisagées a pu simultanément tempérer les risques de défaillances médicales et paralyser toute enquête à leur sujet. Le contagionnisme étant relayé par le pasteurisme, la III^e République éprouve le besoin de brandir au-dessus des consciences médicales, en écornant un peu le dogme du secret, le devoir de déclarer aux autorités municipales certaines maladies épidémiques (7). C'est chose faite en 1892-1893.

On pense aussi à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés : non seulement le « placement volontaire » suppose un certificat médical, sur papier timbré, et répondant à certaines conditions (Art. 8), mais le préfet est également habilité à relancer un ou plusieurs médecins pour qu'ils visitent un malade mental hospitalisé et qu'ils fassent un rapport immédiat sur son cas.

Accroissement des missions d'hygiène.

Toutes les mesures sanitaires qui s'échelonnent dans le siècle fournissent matière à investir des médecins du pays de nouvelles missions d'hygiène. Le nombre

des interlocuteurs médicaux que se donnent ainsi les instances administratives locales va donc augmenter.

Reprenons notre distinction du gratuit et du lucratif. Aucune rétribution ne s'attache aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité, créés en 1848-1849 dans chaque arrondissement et chaque département ni à ceux des commissions des logements insalubres, formées à partir de 1850 (8), non plus qu'à ceux des comités départementaux et autres commissions locales de surveillance qu'institue la loi Théophile Roussel de 1874 pour la protection des enfants du premier âge en nourrice. Perçoivent au contraire des indemnités les médecins-inspecteurs départementaux des enfants trouvés (1839), les médecins qui visitent, sans avoir à les soigner, les nourrices et leurs petits pensionnaires (1874), et les médecins-inspecteurs des écoles (1886) (9).

Accroissement des tâches de médicalisation sociale.

Les administrations locales continuent de choisir des médecins libéraux, jaloux de leurs confrères, pour des tâches toujours plus nombreuses de médicalisation sociale ou catégorielle. Voici venir le médecin du collège, celui de l'école normale, celui du théâtre municipal, celui du dispensaire antivénérien, et aussi le médecin des gendarmes ou des pompiers ou des douaniers, etc... (10).

Toute avancée sociale ouvre carrière à de nouveaux emplois qui enrôlent davantage de praticiens dans la médicalisation des pauvres, sans les faire renoncer pour autant à l'exercice libéral en clientèle payante... C'est vrai des bureaux de charité devenus bureaux de bienfaisance ; c'est vérifiable pour les secours à domicile de l'Assistance Publique de Paris, réorganisés après 1849-1850 (11). C'est patent avec le service médical gratuit en faveur des indigents des campagnes qui se déploie, à partir de 1855, non sans peine, dans certains départements dont toutes les communes ne sont d'ailleurs pas concernées (12). Ce vaste mouvement, imparfaitement réparti, est couronné par l'Assistance médicale gratuite, votée le 15 juillet 1893.

La percée de l'associationnisme médicale (13).

On comprend que, dans ces conditions, certains médecins, surtout après le congrès de 1845, désirent promouvoir des associations capables de discuter avec les pouvoirs publics. Ils y parviennent, en 1858, quand est fondée l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France ; mais elle ne regroupe en 1863 que le tiers du corps médical et n'atteint la moitié qu'en 1880. Caractérisées par un amicalisme débonnaire, les sociétés locales qui la composent sont en partie relayées, dans leur combat corporatif, par les premiers petits syndicats médicaux, apparus en 1881, d'abord illégaux, pragmatiques et provinciaux, à la fois plus offensifs et plus minoritaires que l'A.G.M.F. La loi Waldeck Rousseau de 1884 n'est pas applicable aux médecins, et une décision de la cour de cassation (1885) interrompt l'essor de leur syndicalisme jusqu'à la loi du 30 novembre 1892.

III. — Esquisse d'un bilan « à la Belle Époque. »

Tout se passe comme si les médecins de la Belle Époque étaient piégés par les séductions et les corvées qu'offre l'administration locale.

« *Il est gratifiant de se sentir de plus en plus indispensable...* »

Ces fonctions sont accaparées avec empressement par des médecins qui recherchent, pour diverses raisons, une publicité flatteuse : soit qu'ils veuillent ouvrir les yeux d'une clientèle boudeuse, soit qu'ils aient besoin d'attirer sur leurs mérites l'attention et les suffrages de leurs concitoyens, soit qu'ils quêtent à Paris un ruban longuement convoité, ou tout simplement qu'ils désirent faire crever de rage des confrères et rivaux.

Colères et négociations.

A côté de ces nantis qui tirent agréablement leur épingle du jeu, s'agitent des militants, encore peu nombreux, présidents ou secrétaires de sociétés locales de l'A.G.M.F. ou de syndicats médicaux, qui se posent en avocats de la plèbe des praticiens. Tout comme le paysage social lui-même, l'atmosphère des négociations entre l'administration et les médecins s'est chargée de nuages revendicatifs. Leurs délégués s'autorisent de « l'après Pasteur » pour parler haut et fort.

L'A.G.M.F. et l'Union des Syndicats médicaux battent l'estrade pour que leurs mandants ne s'engluent pas dans les tâches sanitaires et sociales, aux dépens de leur clientèle solvable ; mais elles préconisent à leurs adhérents une tactique opportuniste plutôt que cassante (14). La médicalisation du peuple et l'hygiénisme social, qui impliquent des procédures collectives de rémunération des médecins, alimentent, chez certains, une telle hantise de la fonctionnarisation que, dans le vif des négociations, il leur arrive de mettre un frein à leurs revendications, par crainte que l'exagération des intérêts mercantiles ne renvoie le législateur à la nécessité de recruter des médecins salariés et dociles. D'une ville à l'autre, d'un département à l'autre, sans grande harmonisation chronologique, de nouvelles directives se font jour.

Associations amicales et syndicales caressent l'espoir d'être représentées dans toutes les commissions locales où ces questions se traitent. Elles adressent des vœux aux conseils généraux, aux conseils d'arrondissement et aux conseils municipaux ; elles interviennent pour que soient débloquées des subventions suffisantes, majorées les indemnités kilométriques de déplacement, ou rétribués à part les accouchements et opérations ; elles obtiennent des budgets municipaux de certaines villes la prise en charge partielle du service médical de nuit ou de celui du dimanche (15). Elles négocient pied à pied avec les bureaux de bienfaisance ou avec les commissions de « contrôle des honoraires de l'A.M.G. », tout comme elles le font avec les sociétés de secours mutuels ouvrières et avec les compagnies d'assurance.

Le souci humanitaire et civique de garantir au mieux la santé publique est une exigence de l'administration que ratifie aisément le corps médical, autant par dévouement altruiste que dans l'espoir d'en tirer un surcroît de prestige. Le zèle généreux de quelques-uns peut rejaillir sur toute une profession désireuse de conquérir et de conserver l'estime et le respect de la société. Mais le coût de la médicalisation des masses et de la médecine sociale préventive est évidemment une autre préoccupation de l'administration qui blesse souvent les intérêts immédiats et pécuniaires d'une corporation, inquiète de l'avenir de son autonomie intellectuelle et économique, même si, dans les faits, la manne des rétributions de provenance publique commence à compléter avantageusement les revenus puisés dans la clientèle solvable. Les missions de la médecine publique bâtissent pour le corps médical un piédestal magnifique. Elles préparent, dans les mentalités, une transformation profonde :

l'accoutumance progressive des populations aux recours médico-pharmaceutiques et aux précautions hygiénistes.

Notes

(1) Les rapports « obligés » entre médecins et administration s'étudient dans les livres de déontologie comme : Trébuchet (A.) *Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France*, 1834, Baillière, 756 p. ; Léchopié (A.) et Floquet (Dr Ch.), *Droit médical ou Code des médecins*, 1890, Doin, 530 p. ; Martin (Étienne), *Précis de déontologie et de médecine professionnelle*, 1914, Masson, 316 p. Les rapports « concrets » apparaissent dans des études d'histoire socio-culturelle comme : Léonard (Jacques). *Les Médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Thèse de doctorat d'État de 1976, reproduction atelier de Lille III, 1978, diffusion Honoré Champion, 3 vol.

(2) Entre 1844 et 1850, les médecins sont exemptés de la patente. Avant 1844, en sont dispensés les médecins des pauvres et des hôpitaux ; ce n'est plus le cas après 1850. Cf. Léonard, *Les Médecins de l'Ouest*, p. 755-761.

(3) Léonard (Jacques) : *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs, histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, 1981, Aubier, 386 p. ; Cf. p. 73-79.

(4) § 12 de l'article 475 du Code pénal.

(5) Léonard (Jacques) : La Restauration et la profession médicale, dans *La Médicalisation de la Société française (1770-1830)*, éd. Historical Réflexions/Réflexions historiques, Spring and Summer 1982, vol. 9, p. 69-81.

(6) Articles 10, 12 et 13 de la loi du 3 mars 1822.

(7) Voici les maladies épidémiques dont la déclaration est rendue obligatoire par les articles 15 et 21 de la loi du 30 novembre 1892 et par l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893 : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole ou varioloïde, scarlatine, diphtérie (croup et angine couenneuse), suette miliaire, choléra et maladies cholériques, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales « lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclaté », ophtalmie des nouveau-nés. On remarque l'absence de la tuberculose et de la syphilis.

(8) A propos des conseils d'hygiène et des commissions des logements insalubres, Cf. *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, p. 151 et 155.

(9) Les médecins-inspecteurs des enfants du premier âge sont créés par l'article 5 de la loi Théophile Roussel-Augustin Morvan du 23 décembre 1874. Des aperçus sur l'action édilitaire des médecins dans : Léonard S. : *La Vie quotidienne du médecin de province*, p. 222-226 3^e éd. ; 1982.

(10) L'État emploie de plus en plus de salariés ; aussi doit-il définir le rôle du médecin « assermenté » qui vérifiera, par exemple, l'état de santé d'un fonctionnaire ou assimilé, supervisant ainsi les soins et certificats du médecin traitant, et surtout inspectera l'intégrité physique et mentale d'un candidat à la fonction publique. Décret du 9 novembre 1853, arrêté du 25 avril 1854, circulaire du 31 août 1854, puis loi du 29 mars 1897.

(11) La loi du 10 janvier 1849 et le décret du 24 avril 1850 (modifié par celui du 28 mars 1896) organisent l'Assistance Publique de Paris qui englobe, avec les hôpitaux et hospices civils de Paris, les bureaux de bienfaisance dont les médecins, recrutés par concours, sont assez bien payés.

(12) Les circulaires du 15 août 1854 et 22 août 1855 du ministre de l'Intérieur invitent les conseils généraux à créer des services médicaux gratuits en faveur des pauvres des campagnes.

(13) Sur l'associationnisme médical, Cf *Les Médecins de l'Ouest*, chapitres XIII, XIV et XV, p. 1003-1123. En résumé, dans *La Vie quotidienne du médecin de province*, p. 176-189.

(14) Cette tactique est clairement exposée par le Dr Gassot, in *Martin (Étienne), Précis de déontologie*, p. 154-155.

(15) *Les Médecins de l'Ouest*, p. 1079.

