



UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
HEIDELBERG

---

**Francia. Forschungen zur westeuropäischen Geschichte**  
Herausgegeben vom Deutschen Historischen Institut Paris  
(Institut historique allemand)  
Band 8 (1980)

DOI: 10.11588/fr.1980.0.49935

---

#### Rechtshinweis

Bitte beachten Sie, dass das Digitalisat urheberrechtlich geschützt ist. Erlaubt ist aber das Lesen, das Ausdrucken des Textes, das Herunterladen, das Speichern der Daten auf einem eigenen Datenträger soweit die vorgenannten Handlungen ausschließlich zu privaten und nicht-kommerziellen Zwecken erfolgen. Eine darüber hinausgehende unerlaubte Verwendung, Reproduktion oder Weitergabe einzelner Inhalte oder Bilder können sowohl zivil- als auch strafrechtlich verfolgt werden.

JEAN-PIERRE GOUBERT

LA MEDICALISATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
A LA FIN DE L'ANCIEN RÉGIME\*

Jusqu'à une date très récente l'histoire de la médecine est restée en France le «domaine réservé» des médecins, comme l'histoire de l'Église est longtemps demeurée le champ clos des évêques et des théologiens. Cette tradition, encore puissante aujourd'hui, produit des travaux spécialisés et érudits, essentiellement consacrés à l'histoire de la science médicale, des épidémies et aux biographies des «grands» médecins. Son péché mignon demeure l'égoïsme, quand ce n'est pas l'autosatisfaction. Un second courant, lui aussi typiquement français, tient au monopole qu'entendent – eux aussi! – exercer les philosophes, seuls aptes – paraît-il – à manier l'histoire des idées et celle des sciences. Pour que l'historien ait voix au chapitre, d'abord par le biais de la démographie historique, puis par les traverses de l'histoire anthropologique et sociale, enfin grâce à la percée de l'histoire culturelle, il aura fallu attendre la veille ou le lendemain de l'actuel mouvement de contestation quant à la médecine, aux médecins et au «Pouvoir médical». Le coup de frein, les attaques aussi, lancés par les économistes de la santé, et par certains sociologues en proie à la tautologie et au vague à l'âme, ont cependant permis à l'historien d'aujourd'hui de sortir de la tour d'ivoire où, en homme de cabinet, il se complait souvent. Par conséquent, une révolution se produit sous nos yeux. Les pesanteurs institutionnelles et sociologiques, les résistances – traditionnelles, j'oserais dire rituelles – dans chaque groupe professionnel ne sont pas parvenues à empêcher son éclosion. Dans ce mouvement devenu irréversible, le rôle de ce qu'on est convenu d'appeler «l'École des Annales» n'aura pas été mince. Pourtant, il faut le reconnaître, l'impulsion est venue d'ailleurs: essentiellement de Michel Foucault avec son «Histoire de la folie...» (1961) et sa «Naissance de la clinique...» (1963). Cependant, sous la houlette de Fernand Braudel, les aspects biologiques de l'aventure humaine (Civilisation matérielle et capitalisme... t. I, 1967) étaient singulièrement mis en valeur. En 1966, et en 1967, grâce à la (re) découverte des archives de la Société Royale de Médecine, Jean Meyer, Emmanuel Le Roy Ladurie et Jean-Pierre Peter, dans des styles très différents, ressuscitaient une enquête sur le climat et sur les épidémies vieille de deux siècles. En 1969, les «Annales ESC» publiaient un premier numéro spécial «Biologie et Société» et Jean-Paul Aron ses «Essais d'épistémologie biologique». Depuis lors, l'accent s'est déplacé: de la démographie, de l'épidémiologie et de la biologie, de la climatologie vers la sociologie des médecins, vers l'épistémologie, vers le pouvoir médical, vers l'analyse du «discours médical», vers l'histoire du corps, souvent influencée par l'anthropologie, par l'ethnologie historique et par la psychanalyse. Personnellement, c'est en 1963 que, jeune étudiant, je me trouvai pris au piège de l'histoire de la médecine. C'est dire que la communication présente s'insère

---

\* Conférence faite le 10 février 1980 à l'Institut Historique Allemand.

dans le fort courant et dans la trajectoire que je viens de décrire. Cette communication, enfin, est la conséquence d'une enquête collective menée le plus souvent sous la direction de membres de l'ex-VI<sup>e</sup> Section. Cependant, elle résulte d'une lecture personnelle, dont j'assume l'entière responsabilité. Elle se veut, essentiellement, un essai de synthèse, même s'il s'agit d'un essai fabriqué à partir d'un petit nombre de pièces, au demeurant dispersées. La méthode qu'elle propose est de comparer les pièces du jeu et de l'enjeu que constitue la médicalisation, considérée sous quatre aspects: 1<sup>o</sup>) les images du discours médical; 2<sup>o</sup>) les principes juridiques; 3<sup>o</sup>) les réalités socio-économiques; 4<sup>o</sup>) les réalisations socioculturelles.

### I. Les images du médecin et de la médecine

Quelles sont, à la fin de l'Ancien Régime et dans le corps médical, les représentations collectives du médecin et de la médecine? Écoutons trois témoignages. Voici tout d'abord Vicq d'Azyr, secrétaire et porte-parole de la Société Royale de Médecine, qui de 1776 à 1789 prononce une cinquantaine d'éloges funèbres.<sup>1</sup> De ce fait, Vicq d'Azyr brosse «une esquisse du profil collectif de l'élite médicale française saisie à son sommet».<sup>2</sup> En même temps aussi, il propose aux correspondants de la jeune Société, formée pour plus de 60% de provinciaux un modèle normatif du médecin éclairé.<sup>3</sup> Or, ce modèle possède une valeur militante, dans la mesure où, à travers ces éloges, Vicq d'Azyr décrit «l'histoire immédiate» de la percée des Lumières; dans la mesure aussi où la succession du défunt étant ouverte à l'académie, le tableau de sa vie devient un *topos*. Militante aussi est sa conception de la biographie. A travers les faits qu'il choisit de signaler, parce qu'il ne peut froisser la susceptibilité de ses correspondants provinciaux, Vicq d'Azyr définit une stratégie de l'éloge académique qui concilie la *mediocritas* du praticien obscur et la gloire du savant illustre. De ce fait, il met l'accent sur l'éducation, sur la formation professionnelle, sur l'indispensable travail de «la base», sur la promotion par le talent que garantit – éventuellement – une tradition familiale. Au passage, Vicq d'Azyr stigmatise la supériorité de l'art médical qui permet la recherche du vrai, et donc le doute et d'être *philosophe*. Pour ses auditeurs et ses lecteurs Vicq d'Azyr dessine enfin les contours d'une réforme alléchante des études médicales, fondée sur trois principes: l'unité de *l'art de guérir*, la révolution scientifique de la médecine, l'articulation de l'enseignement théorique et de la pratique hospitalière. Partagé entre l'étude, le cabinet et les devoirs sociaux que sa vocation lui impose, le médecin éclairé se doit ainsi d'être un patriote et un citoyen utile à la société. Ainsi, la mort idéale du médecin est celle du praticien mort à la tâche, victime du devoir, héros laïcisé du sacerdoce médical.

Le portrait ainsi brossé exprime donc les désirs et les prétentions du médecin éclairé: homme de savoir, homme d'expérience, il entend exercer une emprise sur le réel et sur

<sup>1</sup> Cf. Daniel ROCHE, Talents, raison et sacrifice: l'image du médecin des Lumières d'après les Eloges de la Société Royale de Médecine (1776–1789), dans: Annales E.S.C., sept.-oct. 1977, n° 5, pp. 866–886.

<sup>2</sup> Ibid. p. 867.

<sup>3</sup> D. ROCHE, Le siècle des lumières en province . . ., Paris-La Haye 1978, t. I, p. 316.

le social, participer pleinement à la vie de sa patrie en raison d'un savoir et d'un mérite reconnus.

– La *défense et l'illustration* de l'art de guérir présentées par Vicq d'Azyr correspondent-elles aux représentations collectives et aux souhaits exprimés dans leurs cahiers de Doléances par les médecins, par les chirurgiens et par les apothicaires dans huit villes de province? Une lecture quantitative de ces cahiers aboutit à un constat très net: ce que souhaitent ces représentants provinciaux de la médecine, c'est la fin de l'Ancien Régime, c'est une révolution bourgeoise qui laisse place à une monarchie constitutionnelle. La longueur, le coût, l'inégalité sociale de la justice, ils les mettent en cause. En toutes choses ils souhaitent vivement la fin de l'arbitraire, la déroute du privilège, tandis que les diverses libertés sont réclamées avec vigueur. Par conséquent, le corps médical – malgré des nuances de ville à ville, de corps à corps – manifeste et son unité et sa conscience politique. Mais, quant aux modalités de ce changement, les avis restent partagés: par exemple, les uns sont partisans de l'accès gratuit de tous à tous les emplois en fonction du mérite, d'autres exigent le rachat des offices. Autre exemple, certains médecins sont hostiles à la parité de la médecine et de la chirurgie, tandis que les chirurgiens la revendiquent hautement.

Par conséquent, le modèle que propose alors Vicq d'Azyr rencontre probablement en province un écho puissant. Les vertus qu'il vante, les possibilités qu'il fait miroiter, les réformes *utiles* qu'il annonce, voilà qui devient non seulement hautement souhaitable mais tout à fait réalisable si le *bon Roi* tient compte des doléances émises par ses sujets, qui se font forts d'être l'aile marchante d'une société de citoyens. Toutefois, autant que ce qu'ils expriment clairement, les silences de ces médecins sont significatifs. Des charlatans? Point! L'argent perçu? Point non plus! Tous deux sont exclus du discours officiel, du plaidoyer *pro domo*. N'est-il pas vrai, au surplus, que dans une société *policée*, gouvernée par une élite *éclairée* et donc, en partie, par des médecins, l'argent n'est qu'un faible signe (sic) du mérite et du talent, tandis que toute trace de charlatanisme aura – bien sûr – disparu?

– Muets sur les charlatans les médecins de cette époque? Oh! que non... Les multiples projets de réforme qu'ils ont rédigés à la fin de l'Ancien Régime, leurs réponses aux enquêtes sur la chirurgie, sur la médecine ou sur l'obstétrique les voient prompts à tremper leur plume dans le venin: *fléau de l'humanité, horde venimeuse, secte d'anthropophages*... Les épithètes pleuvent! Le vocabulaire qu'utilisent en 1790 les Lieutenants du Premier Chirurgien du Roi se signale par son étroitesse et par sa confusion. En effet, ils désignent sous le vocable de «charlatans» des types repérables et différents de représentants d'une médecine traditionnelle et d'un savoir populaire sur le corps; et cela à seule fin d'exclure des concurrents authentiques. Soucieux de médicaliser la totalité du biologique pour promouvoir leur art, les chirurgiens diplômés ne reconnaissent – que pour mieux la dénoncer – la vigueur du

<sup>1</sup> D'après Dominique LORILLOT, Les cahiers de doléances des médecins, des chirurgiens et des apothicaires en 1789, mémoire de Maîtrise, Paris I, 1975.

<sup>2</sup> Cf. J.-P. GOUBERT, L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790, dans Annales E.S.C. sept.-oct., 1977, n° 5 pp. 908-925.; cf. Toby GELFAND, Medical professionals and charlatans. The Comité de Salubrité enquête of 1790-91, dans: Histoire Sociale-Social History, vol. XI, n° 21 (mai 1978) pp. 62-97.

charlatanisme. Toutefois, ils sont dans l'incapacité de dénombrer les charlatans. Toutefois encore, même les chirurgiens qui signalent un petit nombre de charlatans dans leur circonscription dénoncent ce même charlatanisme. En fait, même de l'extérieur, ils se révèlent le plus souvent incapables de le décrire, faute de le vouloir, faute aussi de le pouvoir. En effet, leur hargne à pourfendre le charlatanisme et les chefs d'accusation qu'ils font peser sur lui font conclure qu'ils ne le conçoivent que comme le négatif de leur profession. Les qualificatifs qu'ils lui décernent – barbares, criminels, escrocs – s'opposent terme pour terme, aux vertus dont ils se parent: hommes instruits et éclairés, bienfaiteurs de l'humanité, justement récompensés de leur talent et de leur mérite. Le plus souvent résignés à l'influence du charlatanisme, ils ne savent comment la réduire ou la faire disparaître, sauf – pour quelque-uns – grâce à une répression renforcée. Enfermés dans leur culture savante, assis sur le trône de leurs certitudes et de leurs prétentions, ces grands aveugles/éclairés mènent campagne; sur un front pionnier ils ont entamé une nouvelle croisade: celle de la médicalisation!

– Par conséquent, la partie éclairée du corps médical partage un certain nombre de désirs, de sentiments et d'attitudes qui contribuent à lui donner une certaine unité culturelle. Au niveau du discours, trois exclusions, qui se font mutuellement écho, manifestent une profonde unité de corps: l'exclusion de l'argent et du profit, l'exclusion du charlatan et de la culture populaire, l'exclusion d'une révolution sociale symbolisent une prise de conscience, professionnelle, sociale et politique. Par conséquent, ce sont là trois symptômes qui annoncent le processus de médicalisation qui s'est imposé dans la société française contemporaine. Pour autant, la rencontre du miroir/modèle, destiné à une reproduction sociale et symbolique, proposé par Vicq d'Azyr a-t-elle mis en mouvement et enraciné au sein même de la société française, le processus de médicalisation énoncé dès avant la chute de l'Ancien Régime? Pour répondre à cette vaste question, délaissions l'analyse du discours médical et le champ de l'utopie. Si processus il y a, tentons de voir à partir de quelles bases, juridiques, économiques et sociales il peut »décoller«.

## II. Statut et position sociale du corps médical

Les textes juridiques et réglementaires qui régissent le statut du corps médical, l'étude et l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie dans le Royaume sont unanimes sur trois principes.<sup>6</sup> Tout d'abord ils réservent le domaine de la santé et la surveillance du corps au monopole médical. En second lieu, l'étude et l'exercice de la médecine sont les mêmes dans tout le royaume. En troisième lieu, ils assignent un lieu d'exercice à telle ou telle branche de la profession en fonction du type d'études effectuées, du grade et de la réception obtenus. Par conséquent, ils établissent une correspondance entre une hiérarchie des talents (supposés) et une hiérarchie des lieux. Ce découpage de l'espace national distingue essentiellement trois cas de figure:

<sup>6</sup> Certains de ces textes sont publiés dans: ISAMBERT, Recueil général des anciennes lois françaises, par l'exemple l'édit de Marly, t. XX, Paris, 1830, pp. 508–517. D'autres textes figurent aux Archives Nationales (par exemple AD, XI, 21).

- 1° – les villes dotées de facultés, de collèges et de communautés;
- 2° – les villes sans collèges, ni facultés, ni communautés;
- 3° – les bourgs et les campagnes.

Juridiquement, l'aristocratie sera urbaine, la piétaille rurale: plus on sera loin de la ville et moins on aura de chances d'être médicalisé. La leçon est d'importance et son influence se fera longtemps sentir. En second lieu, la cité est considérée, suivant une longue tradition, comme le pilier et comme le phare de la société. Seul est médecin »à part entière« celui qui vit dans cet archétype de la société qu'est la cité. Les autres ne sont que demi-médecins dans un demi-monde, mal réglé, peu policé, et donc des images négatives du modèle élu. Par conséquent, les divisions internes du monde médical (deux types de médecins »régents et forains«, deux types de chirurgiens »internes et externes«, mais trois types de réception: villes avec communauté; villes sans communauté; bourgs et campagnes) symbolisent une mise en ordre, par un effort de généralisation et d'uniformisation, qui vise – entre autres – les professions médicales.

Du statut juridique aux réalités vécues, telles que l'historien parvient aujourd'hui à les reconstituer, comment s'établit l'adéquation, la marge, l'espace entre les rouages? Pour ce qui concerne l'enseignement point n'est besoin d'y revenir: la diversité, l'inégalité sont la règle d'un bout à l'autre du royaume.<sup>7</sup> En ce qui concerne la répartition spatiale des médecins et des chirurgiens, un élément de réponse est fourni par l'exploitation de l'enquête administrative de 1786 dans six intendances-témoins.<sup>8</sup> Une première constatation s'impose. Les distinctions juridiques entre catégories de médecins et de chirurgiens n'ont pas été reprises dans le questionnaire adressé aux subdélégués, questionnaire auquel ils se sont en général conformés. Par conséquent, l'usage administratif ne colle pas aux principes juridiques. Seconde constatation, au terme des calculs de densité effectués: la distribution spatiale du corps médical est loin d'être uniforme. Certaines régions dans le Nord et dans l'Est sont plus »médicalisées« que d'autres, telles que l'Ouest. Troisième phénomène qui se dégage clairement: les médecins sont de 4 à 10 fois moins nombreux que les chirurgiens. Le corps médical revêtirait donc la forme d'une pyramide. Quatrième conclusion: le taux de médicalisation urbain est de trois fois supérieur à celui des campagnes. Par conséquent, l'image statistique et la répartition spatiale constituent un reflet fidèle de l'esprit manifesté par les textes juridiques. 78% des médecins résident en ville; 74% des chirurgiens à la campagne; cependant le corps médical des villes est composé pour 61% de chirurgiens. Voilà qui assouplit un cliché et qui laisse entrevoir l'importance des chirurgiens, à la fois dans les villes et dans les campagnes. Par conséquent, l'enquête de 1786 permet de saisir une double césure – dont l'histoire sociale devra préciser la portée –: au niveau ville/campagne et au niveau médecin/chirurgien. De ce fait, un phénomène – massif – est établi: 50% du corps médical médicalisent ordinairement 15% de la population, celle des villes; l'autre moitié s'occupe des 85% restants, c'est-à-dire de la population

<sup>7</sup> Cf. Dr. P. HUARD, L'enseignement médico-chirurgical, dans: Enseignement et diffusion des sciences en France au XVIII<sup>e</sup> siècle, sous la direction de R. TATON, Paris 1964, pp. 171-236; cf. aussi J.-P. GOUBERT et F. LEBRUN, Médecins et chirurgiens dans la société française du XVIII<sup>e</sup> siècle, dans: Annales Cispines d'Histoire Sociale, 4 (1973) pp. 119-136.

<sup>8</sup> Cf. J.-P. GOUBERT, The extent of medical practice in France around 1780, dans: Journal of Social History, 10 (1977) pp. 410-427.

rurale. Par conséquent le comptage statistique permet de vérifier – même grossièrement – la dénonciation par l'élite éclairée de l'abandon des campagnes, qui n'est donc pas seulement une vue rousseauiste et idéalisée. Dès lors, le sentiment d'un vide à combler, d'un espace à conquérir et à médicaliser, qui s'exprime dans le discours médical se conçoit aisément. Ainsi l'utopie médicalisatrice réagit violemment devant une situation qu'elle juge intolérable et pour le bien public et pour le bien de la médecine. Quelles sont alors les bases sociales de cette «conquista», du moins dans le corps médical? Son statut juridique diversifié et même cloisonné, sa nette préférence pour les cités ne vont-elles pas l'empêcher de réaliser cet ambitieux projet, sans oublier les résistances à vaincre du côté des patients ou bien celles propres au corps médical? En d'autres termes, existe-t-il une adéquation sociale du corps médical à son projet ambitieux? Ou bien faudra-t-il que le corps médical adopte un autre mode pour exercer sa profession? Culturellement, la réponse a bien des chances d'être négative: le refus d'une culture populaire sur le corps risque de placer le médecin en position de conflit. Au point de vue social et plus exactement socio-économique, l'étude comparée des cotes de capitation dans 11 villes de Bretagne, à Angers, à Lyon et à Paris permet de distinguer des écarts considérables à la fin de l'Ancien Régime.<sup>9</sup> Les chirurgiens se scindent en trois groupes sociaux très distincts: un petit nombre paie seulement quelques livres; la majorité verse entre 5 et 20 livres, une minorité de 30 à 60, voire 80 et même 100 livres. Par conséquent, les chirurgiens forment une catégorie hétérogène, qui s'apparente au petit peuple, à la petite bourgeoisie – le plus souvent – et, plus rarement, à la bourgeoisie moyenne. En l'absence d'étude prosopographique, il est impossible d'affirmer qu'aux trois catégories juridiques correspondent ces trois groupes sociaux. C'est néanmoins l'hypothèse la plus vraisemblable. En revanche, l'univers des médecins se subdivise seulement en deux groupes sociaux. A Nantes, à Angers, à Lyon, dans 9 autres villes de Bretagne aucun médecin ne paie moins de 10 livres de capitation à la fin du siècle. Par conséquent la base de la pyramide est plus haute chez les médecins que chez les chirurgiens. En second lieu, la majorité des médecins, en Bretagne, affiche une aisance plus élevée que les chirurgiens: 48% des chirurgiens paient entre 5 et 19 livres contre 53% des médecins entre 10 et 29 livres. Enfin, 11% des chirurgiens versent plus de 50 livres contre 32% des médecins. Toutefois il existe des exceptions à cette règle: une minorité de chirurgiens, à Angers, à Brest, à Rennes présentent une capitation aussi élevée et même parfois plus élevée que celle des médecins. De même, à Angers encore, les cotes moyennes des médecins et des chirurgiens sont sensiblement les mêmes, tandis qu'à Rennes elles sont très différentes (32 et 67 livres). Par conséquent, socialement parlant, la séparation en deux branches

<sup>9</sup> J'utilise sur ce point, les données fournies par: Jean MEYER, L'enquête de l'Académie de Médecine sur les épidémies 1774–1794, dans: *Etudes Rurales*, 34 (1969) pp. 7–69; François LEBRUN, *Les hommes et la mort en Anjou aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles*, Paris-La Haye 1971, notamment pp. 199–235; Maurice GARDEN, *Lyon et les lyonnais au 18<sup>e</sup> siècle*, Paris 1970, notamment pp. 190 et 738–739; Bénédicte DEHILLERIN, *Les maîtres-apothicaires de Paris au 18<sup>e</sup> siècle*, mémoire de Maîtrise, Paris-I, 1976; Catherine VIROLE, *Les médecins et les chirurgiens à Paris dans la seconde moitié du 18<sup>e</sup> siècle*, mémoire de Maîtrise, Paris-I, 1977; cf. aussi Nicole BARRÉ, *Introduction à l'étude des médecins et chirurgiens bordelais du 18<sup>e</sup> siècle*, Bordeaux, Faculté des Lettres, 1969; et Denyse MULLER, *Les médecins et les chirurgiens à Toulouse de 1740 à 1830*, mémoire de D.E.S., Toulouse 1961.

de l'art de guérir, déjà atténuée juridiquement par l'édit de Compiègne (1756) a perdu de son importance à la fin du siècle.

Quant aux apothicaires, leur cote de capitation n'a guère suscité de recherches récentes. Deux cas sont connus: celui d'Angers et celui de Paris. La différence entre les deux villes est manifeste quant au niveau de la cote moyenne (17 livres contre 60) et quant à l'aisance d'une majorité: 9% à Angers, 50% à Paris paient plus de 20 livres. De même, 27% à Angers et 0% à Paris versent moins de 6 livres. À première vue le monde des apothicaires se scinde socialement en trois groupes à Angers et en deux groupes à Paris. Les plus humbles sont absents de la capitale. L'aspiration sociale est peut-être typique de Paris; mais en l'absence de comparaisons il est délicat de conclure sur ce point.

Sauf exceptions, aucune étude des fortunes possédées par le corps médical n'a été faite récemment, alors que les archives abondent pour le XVIII<sup>e</sup> siècle. Or, cette étude est plus significative que le simple indicateur constitué par la capitation. Dans le cas de Lyon, elle affine l'étagement entre médecins, chirurgiens et apothicaires: 17 000 livres de fortune moyenne pour les apothicaires, 14 000 pour les médecins, 4 700 pour les chirurgiens. Les deux groupes constitués par les apothicaires et par les médecins se signalent par une large aisance, tandis que le groupe des chirurgiens se scinde en deux sous-groupes: 40% possèdent moins de 1 000 livres; 2,5% seulement entre 2 000 et 5 000 livres. Dans le cas de Paris, une étude par sondage des inventaires après décès portant sur les médecins et sur les chirurgiens indique nettement la plus grande aisance des médecins: 50% d'entre eux possèdent plus de 50 000 livres contre 22% des chirurgiens. En second lieu, les grandes fortunes (soit plus de 500 000 livres) ne se rencontrent que chez les médecins; celles des chirurgiens dépassent tout juste le cap des 200 000 livres. En troisième lieu, 10% des chirurgiens laissent un inventaire négatif, compris entre 500 et 50 000 livres, contre 7% pour les médecins avec une dette comprise entre 500 et 1 000 livres. Cependant, lorsque l'on considère la «barre» des 5 000 livres, qui marque l'accès à la bourgeoisie pour Paris, si 85% des médecins la franchissent, c'est le cas aussi pour 75% des chirurgiens. Enfin, chose remarquable, la vitesse de l'enrichissement des chirurgiens est plus grande si l'on compare leurs inventaires au mariage et leurs inventaires au décès.

Bien entendu, le cas parisien est exceptionnel: ainsi la fortune personnelle et les revenus tirés des charges de la Cour expliquent pour une large part cette opulence du corps médical parisien.<sup>10</sup> Toutefois, même à Paris, il existe à cette époque des praticiens pauvres, en particulier parmi les chirurgiens. Et les inventaires après décès ont ceci de remarquable qu'ils permettent de reconstituer le cadre de vie et le «train de vie» du monde médical. Les plus pauvres vivent chichement, sans domestique, dans une ou deux pièces. Les praticiens moyens, c'est-à-dire les plus nombreux, mènent une vie bourgeoise, ont au moins un domestique, louent un assez bel appartement, entretiennent cave, bibliothèque et garde-robe. Mieux, ils ont une voiture sinon un carrosse. Quant aux nantis, leur train de vie est carrément luxueux: plusieurs équipages, plusieurs résidences, bijoux, livres et vêtements à profusion, parfois une salle de bain, un billard, un cabinet d'histoire naturelle.

<sup>10</sup> Cf., sur ce point, Guy CHAUSSINAND-NOGARET, Nobles médecins et médecins de Cour au XVIII<sup>e</sup> siècle, dans: *Annales E.S.C.*, sept.-oct., 1977, n° 5, pp. 851-857.

Par conséquent, le cas de Paris exprime très nettement la diversité de la condition sociale au sein d'une catégorie juridique – en principe – unifiée, mais aussi la promotion sociale d'une partie des chirurgiens. Cette situation somme toute correcte et – souvent – mieux que correcte s'inscrit sur la courbe ascendante d'une profession aux profondes aspirations. Non seulement l'édit de Marly (1707) a voulu promouvoir l'enseignement de la médecine, non seulement encore l'édit de Compiègne (1756) a fait de la chirurgie un art libéral, mais le niveau de l'enseignement – au moins dans certains lieux et dans certaines institutions – a tendu à s'améliorer, non seulement à Paris en-dehors de la vieille Faculté de Médecine et avec le nouveau Collège de Pharmacie (fondé en 1777), mais aussi en province, par exemple à Angers et à Rennes où en 1738 et en 1740 des cours et une Ecole de Chirurgie sont créés et connaissent un succès certain.<sup>11</sup> En outre, cette montée se traduit, dans la vie quotidienne, par une élévation de la capitation, par exemple à Nantes et à Rennes, et même à Paris pour les pharmaciens. Une phase économique ascendante, une promotion sociale fondée sur une élévation de la formation, un « discours » traduisant une prise de conscience politique, le corps médical français ne réunit-il pas les principaux éléments, favorables à la percée de la médicalisation? Oui et non. En effet, si l'on tente de reconstituer les réalités sociales quant à l'exercice de la médecine et de la chirurgie à la fois auprès de la clientèle et à l'intérieur de l'hôpital, la situation perçue s'inscrit à mi-chemin entre la tradition et la modernisation, tandis qu'un large secteur commence à s'ouvrir à l'emprise médicale: celui de la santé publique.

### III. Les voies de la médicalisation

Pour ne prendre que deux exemples dans un secteur trop délaissé de la recherche, le médecin de clientèle renvoie alors à ces deux modèles. Au chirurgien de campagne<sup>12</sup> s'oppose le chirurgien de ville.<sup>13</sup> Ils diffèrent par leurs études: l'un est chirurgien de « légère expérience », reçu pour les bourgs et campagnes; l'autre est chirurgien « de grande expérience », reçu pour une ville avec communauté, après des études à l'hôtel-Dieu de Reims, puis à Paris sous Levret. Au point de vue social, l'un est fils de fermier, et ne quitte pas sa province; l'autre est fils de citadin et lui-même citadin, ancien étudiant de Paris, ancien chirurgien militaire. L'un se détourne de la chirurgie pour se consacrer à l'élevage, dès qu'un héritage le lui permet; l'autre se spécialise, devient accoucheur, enseigne l'obstétrique. Si tous deux exercent dans un faible rayon, l'un conseille et traite des paysans, l'autre des gens de la ville puis, après 1786, les vigneronniers aisés des alentours. L'un exerce la pro-pharmacie et prescrit des remèdes végétaux, le plus souvent les évacuants traditionnels de la « médecine des humeurs »; l'autre

<sup>11</sup> Un aspect, tout à fait intéressant, de la médicalisation n'est qu'abordé ici: celui de la professionnalisation réalisée au XVIII<sup>e</sup> siècle. Cf., sur ce point, Toby GELFAND, *From guild to profession: the surgeons of France in the XVIII<sup>th</sup> century*, in: *Texas report on biology and medicine*, 32 (1974) pp. 249–278.

<sup>12</sup> Cf. Edna HINDIE LEMAY, *Thomas Hérier. A country surgeon outside Angoulême at the end of the XVIII<sup>th</sup> century: a contribution to social history*, dans: *Journal of Social History*, 10 (1977).

<sup>13</sup> Cf. Jacques GÉLIS, *La pratique obstétricale dans la France moderne. Les carnets du chirurgien-accoucheur Pierre Robin (1770–1797)*, dans: *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 86 (1979) pp. 191–210.

intervient dans les accouchements contre nature, étudie ses réussites et ses échecs, utilise le forceps et fait baisser, dans ces cas, la mortalité à la naissance. Enfin, ces deux pratiques symbolisent assez bien l'une les campagnes bocagères et traditionalistes de l'Ouest, l'autre le milieu davantage urbanisé, davantage alphabétisé, sans doute plus favorable à la médicalisation, constitué par la France du Nord-Est.<sup>14</sup>

En ce qui concerne l'activité du corps médical à l'hôpital,<sup>15</sup> deux exemples encore, deux exemples seulement, destinés à dire un écart, une divergence en voie de réalisation: l'hôtel-Dieu de Provins<sup>16</sup> et l'hospice du Collège de Chirurgie de Paris (fondé en 1774).<sup>17</sup> Hormis sa richesse exceptionnelle, l'hôtel-Dieu de Provins est conforme à la tradition: gestion sécularisée, assurée par la «bonne bourgeoisie» de la cité, soins prescrits par le corps médical, service assuré par un personnel religieux. Il reste un asile, un lieu de refuge, dont le rôle est crucial lors des crises qui, à la fin du siècle, secouent la société provinciale du bassin parisien. Bien géré, bien tenu, donnant une nourriture abondante et variée à ceux qu'il accueille, il constitue un régulateur social remarquable, placé sur la route d'un courant de migration vers la capitale, dans une contrée céréalière où les crises frumentaires et épidémiques sont accentuées par la paupérisation de la société. Dans ces conditions, le rôle du corps médical paraît secondaire; assez peu rétribué, il n'a pas de rôle de direction ou de gestion; il ne fait que passer de façon irrégulière, sans que sa présence ait marqué la vie de l'hôpital et de ses clients. L'inefficacité de son art fait en temps de crise de cet hôtel-Dieu un véritable «mouroir» pour les délaissés, les isolés, les miséreux, bref tous les exclus de la société. L'épidémie du dehors envahit ce lieu clos où elle se développe de façon explosive. Tardivement, à la veille de la Révolution, une percée du corps médical s'effectue cependant: le nombre de lits, l'exposition des pièces, l'humidité régnante font l'objet de mesures sanitaires. Ainsi le sol est nivelé et refait, les murs sont retapés, l'eau courante est installée. A défaut d'un contrôle de la maladie, c'est l'hygiène ou plus précisément la police sanitaire qui prend possession de l'espace hospitalier.

L'hospice du Collège de Chirurgie de Paris se situe pratiquement aux antipodes par rapport à l'hôtel-Dieu de Provins. Conçu et fondé par une partie du corps médical, il manifeste, même s'il s'agit d'une réalisation minuscule pour Paris (22 lits en 1786), une prise de pouvoir de la part du corps médical. Par rapport à l'hôpital traditionnel, il exprime une profonde originalité à trois points de vue. Tout d'abord, il est spécialisé; c'est-à-dire qu'il n'accueille et ne traite qu'un certain nombre d'affections et donc de malades; ensuite, le corps médical participe à la gestion de l'hôpital; enfin, il constitue un espace scientifique et pédagogique, dans lequel la recherche clinique et la transmission du savoir se font «au lit du malade». Il est donc un exemple de ces «machines à guérir» selon l'expression de Jacques Tenon. En effet la fonction strictement médicale a supplanté les fonctions traditionnelles d'assistance et de régulation sociale. Considéré comme institution et comme lieu de savoir, cet hospice

<sup>14</sup> La corrélation entre les régions les plus alphabétisées et les plus médicalisées s'avère significative. Cf., à ce propos, F. FURET et J. OZOUF, *Lire et écrire*, Paris, 1977.

<sup>15</sup> Sur l'hôpital en France à la fin de l'Ancien Régime, cf. *Les machines à guérir*, Paris, 1976.

<sup>16</sup> Cf. Françoise LELU, *La population des «pauvres malades» de l'hôtel-Dieu de Provins de 1762 à 1791*, mémoire de Maîtrise, Paris-I, 1975.

<sup>17</sup> Cf. Toby GELFAND, «Les caractères originaux d'un hospice...» titre provisoire, communication (à paraître) au colloque sur l'histoire de la santé, Berlin, septembre 1978.

exprime une révolution dans l'ordre de la médecine par l'intrusion de cette dernière dans l'hôpital, avec toutes les conséquences qui en découlent. Il est la préfiguration de l'hôpital d'aujourd'hui. Néanmoins, à la fin de l'Ancien Régime domine encore l'hôpital traditionnel; du moins si l'on considère le nombre des lits médicaux.<sup>18</sup> En tout cas règne – et pour longtemps – l'image horrifique d'un hôpital destiné à la lie du peuple et d'où l'on sort les pieds devant.

Par conséquent, la médecine de clientèle et l'hôpital ne constituent pas, au niveau des réalisations sociales, des positions avancées pour la médicalisation souhaitée, même si quelques secteurs de pointe se dégagent. En revanche, s'ouvre alors un large secteur pour le savoir-faire, le zèle scientifique et les ambitions du corps médical: celui de la santé publique.<sup>19</sup> Trois exemples suffiront à dépeindre cette percée d'une utopie médicalisatrice: les «maladies épidémiques», l'inoculation et les eaux minérales.

Assurément, le médecin des épidémies n'est pas une nouveauté du XVIII<sup>e</sup> siècle. Mais la nouveauté réside alors dans le fait que l'expérience est institutionnalisée.<sup>20</sup> Désormais, l'on n'attend plus les aléas de la conjoncture pour faire face à l'épidémie; la structure médicale précède l'épidémie. Par conséquent, le monopole du médecin et du chirurgien est reconnu officiellement par la puissance publique. De là toute une bureaucratie médicale qui prend appui sur celle de l'intendant et de ses subdélégués, sur le réseau des curés de paroisse, considérés comme responsables de la vie biologique – et non pas seulement spirituelle – de leurs ouailles. Le curé dresse la liste des «pauvres malades»; le médecin dit la maladie et ordonne son traitement; le chirurgien reste la main qui soigne; l'Etat paie les secours, alimentaires et médicaux. Par opposition à la médecine de clientèle se met en place une médecine publique, ouverte sur le social, sur les corps malades. Telle quelle, elle contribue à secouer vigoureusement les grilles d'un savoir théorique; elle incite le médecin à rechercher, comme le pouvoir politique le lui demande, une certaine efficacité thérapeutique. Objet de l'enquête lancée par la Société Royale de Médecine, les épidémies propulsent le médecin sur la place publique, lui insufflent son zèle épistémologique, le confortent dans son ambition d'être *utile au bien public*. En un certain sens, le médecin des épidémies sous l'Ancien Régime expirant préfigure singulièrement les tâtonnements, les succès, puis le triomphe du XIX<sup>e</sup> siècle hygiéniste.

Dans ce même secteur de la santé publique, l'inoculation contre la variole<sup>21</sup> représente la première tentative, la première réalisation aussi, d'un combat victorieux du médecin contre la maladie et contre la mort. Toutefois cette arme préventive était à double tranchant. D'origine empirique, contraire à la médecine des évacuants, faisant

<sup>18</sup> Cf., sur ce point, Muriel JEORGER, La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime, dans: *Annales E.S.C.*, sept.-oct. 1977, n° 5, pp. 1025–1051, notamment p. 1034.

<sup>19</sup> Cf., à ce sujet, Michel FOUCAULT, La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle, dans: *Les machines à guérir*, Paris 1976, pp. 11–21.

<sup>20</sup> Cf. Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Paris, 1963, p. 24 et suiv. En Poitou cette institutionnalisation date de 1784, en Bretagne de 1787.

<sup>21</sup> Cf., sur l'inoculation: Jean-Claude PERROT, *Genèse d'une ville moderne. Caen au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Paris-La Haye 1975, t. II, pp. 1048–1049; cf. Robert FAVRE, *Les Mémoires de Trévoux dans le débat sur l'inoculation de la petite verole (1715–1762)*, dans: *Etudes sur la presse au XVIII<sup>e</sup> siècle*, 1973, n° 1, pp. 39–57; cf. Jean-Pierre PETER, *Les médecins français face au problème de l'inoculation variolique et de sa diffusion (1750–1790)*, dans: *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 86 (1979) pp. 251–264.

courir des risques au patient, elle est alors l'objet d'une «dispute» chez les théologiens et chez les savants. A son égard le corps médical se montre fort divisé, la Société Royale de Médecine réservée. Cependant, la stratégie des inoculateurs manifeste clairement les intentions médicalisatrices de leurs auteurs: en témoignent la généralisation d'une même technique, l'argumentation utilisée, les effets de masse visés, l'efficacité immédiate et visible attendue du procédé. Mais l'hostilité des curés, par exemple en Bretagne, la résistance d'une population disposant d'un savoir autonome sur le corps, la répugnance des patients à troquer un danger incertain et lointain contre un risque imminent empêchèrent la victoire qui eût légitimé les désirs et les ambitions du corps médical «éclairé», partisan modéré de l'inoculation.

Un dernier exemple, celui des eaux minérales<sup>22</sup> témoigne, cette fois, d'un succès indéniable de la percée médicalisatrice dès la fin de l'Ancien Régime. En effet, parmi les tâches confiées en 1778 à la Société Royale de Médecine figurent aussi la connaissance et le contrôle des eaux minérales. Le premier but, d'aspect scientifique, connut un échec certain: le petit nombre et la médiocrité des analyses effectuées démontrent que l'hydrologie naissante ne parvient pas encore à se hisser à un niveau scientifique. La conséquence immédiate est que, sur le plan thérapeutique, l'obscurité demeure pour les médecins quant à l'efficacité observée de certaines eaux sur certaines affections. Si bien que, même après cette enquête, les eaux minérales font toujours figure de dernier recours ou même de «remède universel», comme le prouve le croisement des données hydrominérales avec les prescriptions de l'époque. Comme dans le cas des épidémies, l'échec du savoir est patent. Mais, comme dans le cas de l'inoculation, la stratégie adoptée et les arguments mis en avant laissent percevoir les accents, ô combien modernes, d'une tendance à la médicalisation. Tout d'abord et comme de coutume, elle est perceptible dans une sévère réglementation réservant aux médecins, aux intendants et aux distributeurs des eaux un entier monopole, que vient contredire le «laisser-aller» général. Ensuite, elle s'exprime par l'apposition d'un «label» médical pour vendre, souvent à une société aisée, une certaine forme de loisirs et même de tourisme, pour vendre aussi un espoir de guérison, souvent le dernier, placé dans les bienfaits d'un «remède naturel» que remet en honneur le courant néo-hippocratique. Enfin, un signe de cette emprise médicale est la redevance versée à la Société Royale de Médecine, peu soucieuse des plaintes, des abus ou des bénéfices réalisés, mais toujours inquiète de percevoir ponctuellement cet argent.

Par conséquent, l'utopie médicalisatrice que manifeste le discours médical à la fin de l'Ancien Régime, grâce à la position sociale du corps médical, grâce au réseau urbain qu'il couvre et où se déploie, en raison davantage d'une alliance passée avec le pouvoir politique que d'une percée particulière au savoir médical, débouche sur des réalisations, de taille variable certes, mais bien concrètes et – souvent – institutionnalisées, en particulier dans le domaine de la santé publique. Somme toute, dès avant la Révolution, les bases économiques, sociales et idéologiques, sinon scientifiques, de «l'impérialisme médical» des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles sont posées, au moins dans certains secteurs,

<sup>22</sup> Cf. Pascale MULLER, *Les eaux minérales en France à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle*, mémoire de Maîtrise, Paris-I, 1975.

dans certaines régions et dans une large partie du corps médical. Le chemin est donc tracé, reconnu, balisé; le regard du médecin se modifie peu à peu; son horizon recule; son ambition s'enfle. Le médecin contribuera tout uniment à briser l'Ancien Régime, à briser la Révolution et à préparer ainsi l'avènement de la bourgeoisie couronnée, avant, tel César, de se couronner lui-même.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Cf., à ce sujet, Jacques LEONARD, *La médicalisation de l'Etat: l'exemple des premières années de la III<sup>e</sup> République*, dans: *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 86 (1979) pp. 313-320.