

Christelle Rabier

Techniques, métiers et régulations au prisme de la consommation: la médecine dans les villes européennes, 16e-18e siècles

Presentation

Original citation:

Originally presented at Concours de chargé de recherches, section 33 et CID 53 du CoCNRS, 19th April and 16th May 2013, CoCNRS, Paris.

This version available at: <http://eprints.lse.ac.uk/50472/>

Available in LSE Research Online: May 2013

© 2013 Christelle Rabier

LSE has developed LSE Research Online so that users may access research output of the School. Copyright © and Moral Rights for the papers on this site are retained by the individual authors and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any article(s) in LSE Research Online to facilitate their private study or for non-commercial research. You may not engage in further distribution of the material or use it for any profit-making activities or any commercial gain. You may freely distribute the URL (<http://eprints.lse.ac.uk>) of the LSE Research Online website.

Techniques, métiers et régulations au prisme de la consommation :
la médecine dans les villes européennes, 16^e-18^e siècles

Présentation du programme de recherche

présenté à l'occasion du concours de chargé de recherches,

section 33 et CID 53 du CoCNRS,

les 19 avril et 16 mai 2013.

Résumé des travaux antérieurs

Mon activité pendant les années 2000-2012 s'est organisée autour de la recherche, de l'enseignement et de la médiation scientifique. Mes recherches doctorales sur les chirurgiens de Paris et de Londres à partir des problématiques de l'histoire matérielle des savoirs et de leur communication, de l'histoire du travail et de la commercialisation des services médicaux, ont donné lieu à plusieurs publications. En complément, j'ai participé à plusieurs projets collectifs en histoire des sciences et des techniques, et animé quatre enquêtes collectives sur les procédures d'expertise, sur la technicité médicale de l'Europe moderne, sur les praticiens de cour comme agents des politiques médicales, sur l'offre de soins à l'échelle urbaine. Outre des responsabilités éditoriales (web et revues), j'ai assuré un enseignement fondamental dans le secondaire et en licence, des interventions au niveau doctoral et enfin de l'encadrement d'étudiants sur des projets professionnels. Enfin, dans la continuité de mon activité d'enseignante et de chercheuse, j'ai édité des projets multimédias à destination de publics variés (médical, universitaire et scolaire).

Résumé du projet

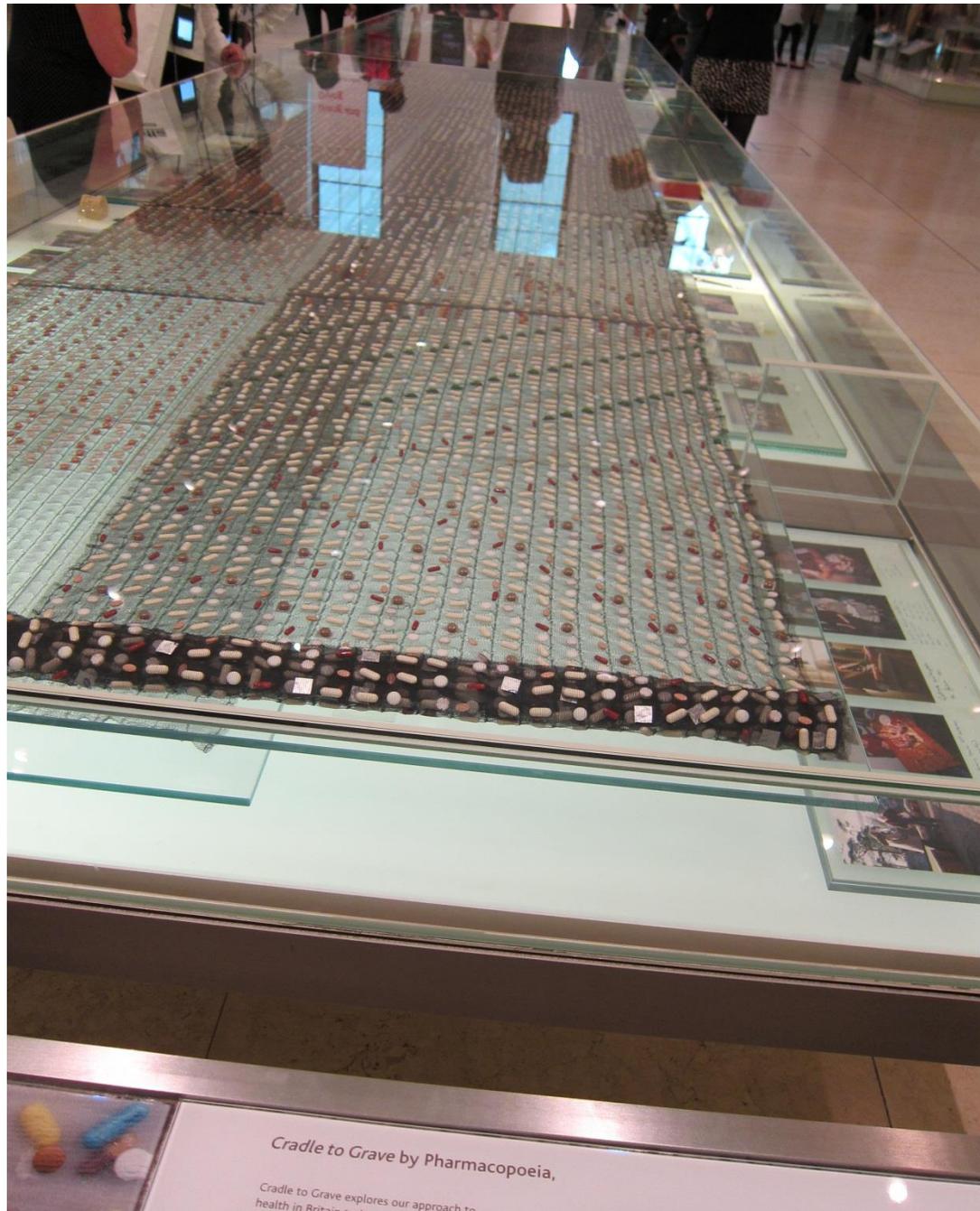
La consommation, individuelle et collective, des services et des biens médicaux à l'échelle urbaine offre une entrée inédite pour écrire une histoire comparée de la genèse des systèmes de santé européens entre les 16^e et 18^e siècles, mettant en jeu des techniques à visée thérapeutique, des soignants, des patients et des institutions. En échantillonnant et en croisant archives notariales, privées, juridiques, administratives et hospitalières entre 1500 et 1810, mon projet analyse les transactions thérapeutiques dans trois centres urbains – Londres, Paris et Marseille – suivis sur une longue durée, afin d'en établir la structure et les déterminants. L'hypothèse centrale de mon projet est politique : dès le 16^e siècle, l'accès aux soins médicaux devient un élément majeur de la *res publica* européenne, tant sur le continent que dans l'exploration du monde moderne. L'émergence d'une croyance médicale entraîne une demande croissante de la part de l'ensemble du spectre social et des institutions politiques de nouvelles techniques thérapeutiques, et entraîne un essor sans précédent du secteur industriel médical et de ses métiers.

Mots Clés: Histoire économique et sociale des pratiques médicales ; Histoire comparée européenne ; Histoire urbaine ; Techniques et savoirs thérapeutiques ; Régulations et politiques de santé

Choix de 3 de vos publications (références complètes) :

- "Introduction: Experts and Expertise in History", *Fields of Expertise. A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to present*. Newcastle-upon-Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2007, 1-33.
- « La disparition du barbier-chirurgien : analyse d'une mutation professionnelle au 18^e siècle », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 3-2010, 679–711
- « Le service public de la chirurgie : pratiques professionnelles et administration de l'urgence à Paris, 17^e -18^e s. », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 58-1 (janvier-mars), 101-27

*Cradle to Grave by
Pharmacopeia*
© British Library



Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

On trouve au British Museum une œuvre pour le moins originale. D'une longueur de 13 m, sur environ 2 de large, elle met en scène la **vie d'un couple**, illustrée par des photographies, des documents manuscrits, et surtout par les **28 000 médicaments que la femme et l'homme ont absorbés pendant leur vie**, médicaments sertis dans une longue pièce de nylon. Ces 2 fois 14,000 pilules colorées représentent ce que chaque Anglais s'administre comme remède, entre le berceau et la tombe : de la vitamine K à la chimiothérapie, en passant, pour la femme, par des pilules contraceptives et les hormones de substitution et pour l'homme, par des traitements contre le cancer prostatique.

Plus que **l'expérience de la maladie à deux**, l'ampleur de la **couverture médicale publique** au Royaume-Uni ou encore la puissance de l'industrie pharmaceutique britannique, *Cradle to Grave* donne à voir la **croissance** qu'ont développée les Européens dans les techniques médicales depuis le Moyen-Âge.

- **Quand et comment a commencé cette croyance**, institutionnalisée par le financement massif des individus et des pouvoirs publics dans les soins médicaux?
- Comment l'activité médicale est-elle devenue un **secteur autonome et prospère de l'activité économique** ?
- Comment les sociétés européennes se sont emparées de la médecine comme d'une « question » ou encore une dimension intégrante de la ***res publica***?

Ces questions de recherche se fondent sur une **longue pratique de l'histoire comparée** à l'échelle européenne. **Comparer** les espaces et réinvestir nos interrogations contemporaines sur les périodes passées : telle était la démarche féconde proposée par **Marc Bloch**. C'est cette démarche que je me suis efforcée de suivre dans mes **travaux antérieurs** ou au cours des **enquêtes collectives** que j'ai coordonnées, pour lesquels la comparaison **France-Grande-Bretagne** a été heuristique.

*

* *

Au cours de mes **recherches doctorales** conduites à Paris-1 et au Centre de Recherches d'Histoire des Sciences et des Techniques de la Cité des sciences), j'ai d'abord cherché à comprendre **comment savaient les chirurgiens des Lumières**. Cela m'a conduite à **élargir le champ d'analyse des théories** – traditionnellement étudiés par l'histoire des sciences et de la médecine – aux **savoirs incorporés**. J'ai ainsi développé **l'idée que la médecine est une technique**, à la fois science et savoir-faire, dont la **qualification** et disqualification est réalisée non seulement par les praticiens, mais aussi par les **patients** et par des **élites gouvernantes**.

Plus avant, j'ai envisagé de façon neuve l'articulation **entre savoir et décision politique**, grâce à l'étude **des procédures d'expertise** sur le temps long, à l'interface entre des métiers, des institutions et des corpus de connaissance. J'en donc suis venue à m'intéresser moins aux savoirs qu'à la **compétence et à sa qualification sociale**.

Cette compétence n'était pas donnée, mais bien **historiquement construite**, et redéfinie par un ensemble complexe de processus sociaux, économiques et politiques, comme j'ai pu le montrer pour la **disparition du barbier** comme travailleur soignant au 18^e siècle. Une partie de la compétence des chirurgiens, par exemple, s'est fabriquée **dans les romans français et anglais** du 18^e siècle ; elle a aussi émergé **dans les tribunaux**, où leur pratique de soins d'urgence les a appelé à témoigner, renforçant leur présence auprès des blessés.

En explorant cette dimension dans les archives judiciaires de Paris et de Londres, j'ai établi l'existence **d'un « service public de la chirurgie »** assuré par des chirurgiens libéraux, leurs employés et les hôpitaux, **coordonnés dans un système de soins d'urgence** grâce au truchement des officiers de justice (commissaires, coroners) et des paroisses à Londres. À la fin du 18^e siècle, en cas d'accident grave, ce service public assure la prise en charge de tous les résidents des deux capitales, **quel que soit leur niveau de richesse**.

Dans ce cas, la **rémunération des praticiens passe par un système sophistiqué** de gratifications fiscales (dispense d'impôts locaux, rémunération préférentielle lors d'une succession), de **défraiements** pour témoignage au tribunal, de règlements que j'ai appelés **parajudiciaires** – par ex. menace de saisie des chevaux du voiturier en garantie de paiement des frais médicaux - voire, dans le cas des élèves hospitaliers, **l'absence de rémunération** contre formation professionnelle.

Ainsi, à partir d'une **problématisation initiale sur les dynamiques savantes** de la chirurgie, j'en suis venue à **revisiter l'émergence d'une économie de la santé européenne**, qui fait l'objet du programme de recherche que je vous présente aujourd'hui.

*

* *

La **principale originalité** de mon programme tient au concept de « **transaction médicale** » que j'ai élaboré, c'est-à-dire l'ensemble des relations qui lient :

- **des patients** et leur entourage, aux origines sociales hétérogènes,
- des hommes et des femmes qui exercent des **métiers** médicaux – **des soignants**
- **des institutions** ou des lieux ou de soins
- des **responsables** œuvrant à différents échelons de la décision politique.

Entre eux circulent de **l'information**, des **biens**, des **normes** et de **l'argent**.

Le concept invite à porter attention aux **cadres sociaux de l'échange**, qui sont aussi des cadres **cognitifs, économiques et politiques**. Il invite à **explorer** les **emboîtements de l'expérience individuelle** - entre la famille, les associations professionnelles ou religieuses, ou les sociétés urbaines par exemple. Il prend en considération les **rapports des pouvoirs**, qui peuvent être des **rapports économiques**, lorsque le chef de famille accepte de régler les soins de son épouse, de ses enfants ou de ses domestiques.

Le concept de « transaction médicale » suppose d'analyser les **dimensions matérielles de l'échange**, qui participent bien à sa configuration de **service**, en prenant en compte les biens, les gestes, les supports de l'information par ex.

Je porte tout particulièrement attention aux **dépenses médicales** et à leurs **variations comme marqueurs de phénomènes sociaux et culturels**. Le règlement des actes peut toutefois être partiel, différé, pris en charge par un organisme tiers, comme les fabriques paroissiales ou les hôpitaux. Il constitue un **horizon d'attente** pour les praticiens en situation d'apprentissage qui renoncent de fait à leur rémunération ; ou pour les médecins qui entament une action au civil pour recouvrer leurs honoraires. Le concept permet d'étudier conjointement **secteur public et médecine libérale** : à l'époque moderne comme aujourd'hui, patients, praticiens et dirigeants font jouer les deux pôles. Il invite à analyser les **formes de régulation politique**, judiciaire ou des normes sociales, auxquels les individus se plient, dont ils usent et dont ils jouent.

Enfin, le concept de « transaction médicale » suppose de porter attention à la **géographie** et à **l'échelle** des phénomènes. Là, les **villes constituent un échelon bien particulier** : lieux de concentration de certains services médicaux, elles connaissent de fortes fluctuations démographiques à l'époque moderne qui ont occasionné les 1^e demandes de médecine publique. Les **villes** constituent pour l'historien un **observatoire particulier**, qui permet de mettre en rapport le **quartier** où se font les visites, **l'espace urbain**, en première ligne lors d'une épidémie, un **hinterland régional**, où circulent les remèdes et les praticiens itinérants, **l'Etat**, à l'échelle duquel se décident certaines législations, le **continent**, qui représentait aux yeux des étudiants en médecine le territoire de leur formation, et enfin, les **espaces lointains**, pour la collecte de remèdes exotiques, par exemple.

Le choix de **Paris, Londres et Marseille** pour ce programme s'explique par ma volonté de comparer des **villes aux fonctions métropolitaines larges** – en liaison avec les **empires émergents**. Ce choix n'exclut pas l'exploration d'autres **espaces**, comme les paroisses rurales ou l'**espace régional**, à l'**échelle des états** de Provence, qui organisent le recrutement des soignants à l'échelon des paroisses.

La **périodisation longue** affichée vise à permettre de varier les temporalités, en prenant la mesure des changements de longue durée, mais aussi en observant plus précisément, sur **deux moments déterminés** – la seconde moitié du 16^e et la fin du 18^e siècle – la **mise en cause** aigue de la place de la médecine dans la « chose publique ».

Depuis **deux ans**, j'ai la chance de mettre en œuvre ce programme à la London School of Economics, dans le cadre d'un **Wellcome Trust Fellowship**. Dans les quelques minutes qui me restent, je voudrais vous présenter mes résultats significatifs récents.

1° Un dossier que je coordonne sur l'histoire des techniques médicales à l'époque moderne va paraître dans *Technology and Culture* en juillet 2013. Avec de jeunes collègues, j'y explicite **la médicalisation de certaines techniques**, ou plutôt **l'adoption de nouvelles techniques dans l'arsenal thérapeutique**, comme l'électricité ou l'acier cimenté. Cette appropriation, qui a transformé les pratiques de commercialisation et **reconfiguré le rôle des praticiens** – devenus industriels ou revendeurs – s'explique en partie **par la demande**. Cette demande est surtout **le fait des populations, riches et pauvres**, qui recherchent activement de l'information – dans les journaux, par la correspondance, en s'adressant aux praticiens ou aux curés – sur les nouveaux

moyens pour soigner leurs hernies, leur paralysie ou encore ce qu'on appelle à l'époque leur « dernière maladie ».

Les effets de l'accélération de cette demande peuvent être surprenants : dans les années 1780, il y a des révoltes de garnison dans les villes de Flandre, soutenues par leur encadrement, en raison de la mauvaise qualité des bandages herniaires que les soldats rejettent. Les Académiciens parisiens, qui avaient pourtant adjugé le marché au terme d'une procédure d'expertise sur les pensionnaires des Invalides, sont d'ailleurs sommés de résoudre le problème au plus vite.

2° Là où je cherchais le contrôle des gouvernants dans une perspective foucauldienne, **j'ai trouvé des populations qui ont exigé que ce service médical leur soit rendu comme un droit.** Pour n'en donner qu'un exemple : les **workhouses londoniennes** au 18^e siècle, établis selon une idéologie d'enfermement et de mise au travail des populations masculines pauvres, se sont trouvées *de facto* transformées en moins de 20 ans en **infirmes locales** – entraînant la mise en place de salles de travail pour les parturientes, la salarisation d'un personnel infirmier et médical pour les traitements en tout genre, notamment pour l'endémie du Londres des Lumières : la syphilis. Ainsi on aurait eu une **croyance partagée par les gouvernants et les gouvernés de l'efficacité des techniques médicales** et de la nécessité d'en financer l'accès.

3° Mon résultat le plus neuf est pourtant un peu différent : la **part très importante du financement des soins médicaux dans les dépenses d'assistance**. On connaissait la vitalité des hôpitaux italiens à la fin du Moyen-Âge, véritables temples du soin qui faisaient la fierté de villes comme Sienne, Florence ou Rome – au point où Henri VIII réforme ses hôpitaux londoniens sur leur modèle.

Ce qu'on connaissait moins, c'est le **niveau des dépenses des institutions locales** – édilités, ou paroisses – dans le financement de la médecine. Les résultats sont encore très partiels. En Angleterre, les paroisses financent massivement les soins médicaux, avant même le passage des Poor Laws de 1603 – qui en passant ne mentionnent pas cette obligation dans le texte. Dès la fin du 16^e s., elles avancent les frais des patients, contractualisent des praticiens, mais aussi financent les voyages des milliers de sujets de Charles II pour se faire toucher les écrouelles. Au 18^e s., les frais médicaux représentent entre 10 et 30% des dépenses des budgets paroissiaux d'assistance en Angleterre.

À Marseille, au début du 17^e siècle, c'est le 1/20^e des dépenses directes de la charité de St-Martin qui sont concernées par la médecine – bénéficiant en conséquence d'une fiscalité allégée.

Après une réévaluation du rôle thérapeutique et de conseil de praticiens médicaux dans les cours européennes conduites l'an passé avec Benoist Pierre, c'est cette nécessaire révision des politiques médicales édilitaires que nous avons entreprise avec Ruth Schilling de la Charité (Berlin).

Une **hypothèse** que j'aimerais avancer - imaginée à partir du cas londonien où la suppression des monastères a entraîné une prise en charge des soins par l'Etat – c'est que les Réformes d'abord protestante, puis catholique, ont contribué à **l'émergence rapide d'une croyance médicale, séparée de la sphère religieuse, se dotant de valeurs irréductibles aux autres systèmes axiologiques**. Tandis que confessions et pouvoirs se reconfigurent, ils utilisent l'outil médical à des fins pastorales (dans les missions jésuites par ex.) ou œcuméniques (lors de l'épisode ligueux marseillais). Cela aurait façonné une « question médicale » commune à l'Europe, avec des formulations locales différenciées. C'est cette **histoire de la médicalisation comme croyance** que je souhaiterais mettre en œuvre dans un avenir plus lointain.

Avec cette recherche, j'espère donc composer à terme une **histoire européenne des transactions médicales** :

- Une histoire résolument **comparée, qui prend en considération** l'analyse des échelles et de leurs articulations, en **m'appuyant sur les dépenses** pour prendre la mesure des phénomènes
- Une histoire façonnée par les **enquêtes collectives interdisciplinaires** auxquelles je suis attachée
- Une histoire, enfin, **en prise avec le temps présent** qu'elle entend éclairer.

Je vous remercie et suis maintenant **prête à répondre aux questions** que vous pourriez avoir.