

Christelle Rabier

Histoire de la médicalisation européenne, XIVe-XIXe siècles

Discussion paper [or working paper, etc.]

Original citation:

Rabier, Christelle (2013) *Histoire de la médicalisation européenne, XIVe-XIXe siècles*.
ConsuMed working paper series, Department of Economic History, London School of Economics
and Political Science, London, UK.

Originally available from [Department of Economic History, London School of Economics and Political Science](#)

This version available at: <http://eprints.lse.ac.uk/50907/>

Available in LSE Research Online: June 2013

© 2013 The Author

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.

Histoire de la médicalisation européenne, XIV^e-XIX^e siècles

Projet d'enseignement et de recherche présenté par Christelle Rabier

On trouve au British Museum une œuvre pour le moins originale. D'une longueur de treize mètres, sur environ deux de large, elle met en scène la vie d'un couple, par des photographies, des documents manuscrits et des commentaires, mais surtout par les 28 000 médicaments que la femme et son époux ont absorbés pendant leur vie, médicaments sertis dans du nylon diaphane. Ces 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 les pilules contraceptives et les hormones de substitution. Plus que l'expérience de la maladie à deux, l'ampleur de la couverture médicale publique au Royaume-Uni ou encore la puissance de son industrie pharmaceutique, *Cradle to Grave* donne à voir la croyance qu'ont développée les Européens dans la médecine depuis la fin du Moyen Âge.

La médecine repose sur un processus de qualification, qui problématise une situation comme un mal à soigner, et assigne à des savoirs, des savoir-faire, des matériaux et des services la fonction de combattre ce mal. Mon projet d'enseignement et de recherche porte sur l'élaboration d'un secteur médical européen, caractérisé par la mise en œuvre de techniques, d'institutions, de règles, par l'entremise de métiers spécifiques, qui façonnent les échanges thérapeutiques de façon originale, entre économie de production et de service. Entre le XIV^e et le XVIII^e siècle, le périmètre de la médecine s'élargit en développant un des plus puissants systèmes de croyance contemporains. Soutenu par des industries florissantes et de nombreux métiers du soin, coordonnés par les pouvoirs publics, il atteint si profondément l'existence des personnes qu'il ne suscite pas seulement la *confiance* des malades envers ses techniques, mais aussi une forme de *dépendance*, comme le suggère *Cradle to Grave*. C'est l'adoption de la croyance à un système technique que je définis sous le terme de « médicalisation ».

Depuis la fin du Moyen Âge, les pratiques médicales n'ont cessé de faire l'objet de dis/re/qualifications, dont il faut prendre la pleine mesure, en analysant à la fois les processus d'assignation d'un sens médical à des matériaux, des produits ou des services. Pour en comprendre l'élaboration, je propose de nouer quatre fils d'analyse : l'autonomisation d'un secteur d'activités consacré aux pratiques de soin, l'évolution des techniques thérapeutiques, la structuration du marché médical, et l'attribution d'un sens politique aux pratiques médicales.

1. La transaction médicale : sociologie historique et histoire comparée

Le processus de « médicalisation » a fait l'objet de plusieurs élaborations théoriques dans les sciences humaines. Depuis les travaux de Peter Conrad, les sociologues utilisent le concept pour désigner la transformation d'une condition sociale ou d'un comportement individuel en pathologie prise en charge par les praticiens médicaux. À la suite de Michel Foucault, les historiens ont proposé un usage diachronique de la notion, pour décrire un état technique aux dimensions politiques apparu au XIX^e siècle. Dans une série de cours donnés à Rio de Janeiro en 1974, le philosophe en donnait les principales caractéristiques : distincte de l'évolution somatique de l'espèce humaine et de la dimension économique de l'activité médicale, la médicalisation caractérise l'emprise sociale et politique de soignants, et d'institutions du soin sur les populations européennes. Il en décline les conditions de possibilité à deux échelons politiques : l'État, qui enquête sur les conditions sanitaires de ses populations et définit la formation des praticiens médicaux ; la ville, qui transforme les conditions sanitaires des individus. Une de ses manifestations, qui vise à accroître la force de travail de la nation, touche la prise en charge des populations ouvrières pauvres du XIX^e siècle. *Naissance de la clinique* (1963) en datait les débuts à la révolution française : cette périodisation, contrairement à d'autres dimensions de ses thèses, n'a pas fait l'objet d'une remise en cause radicale. Le philosophe lui-même, pourtant, repérait une épaisseur chronologique bien plus longue. À l'exception de la peste marseillaise de 1720-1722, « qui applique le schéma politico-médical de la quarantaine apparu du Moyen Âge », Michel Foucault a ignoré l'interprétation médicale des *poor laws* élisabéthaines comme les développements méditerranéens d'une histoire nord-européenne : or villes et États des péninsules italienne et hispanique ont servi de laboratoires et de modèles pour les contrées du Nord. Outre l'impensé chronologique et géographique, le concept, dans son acception courante de « contrôle social par la médecine », ne permet pas de comprendre comment les acteurs eux-mêmes – soignés, soignants et gouvernants – ont participé et adhéré à ce processus englobant.

Pour ne prendre qu'un exemple, dans le Paris et le Londres des Lumières, tout se passe comme si, en cas d'accident de charrette, les citadins, en conduisant le blessé dans la boutique du chirurgien la plus proche, savaient quel comportement adopter. Le service public de l'urgence vitale, dont j'ai établi l'existence au XVIII^e siècle dans ces deux capitales, passe par l'appropriation par les populations et des cadres urbains – commissaires à Paris, *overseers of the poor* à Londres – du savoir-faire et du travail des chirurgiens libéraux, en assignant une place centrale mais limitée à l'hôpital. Sa lente constitution a supposé, outre des techniques de médecine vulnérable, une coordination hiérarchisée et spatiale des praticiens, des réglementations et des sanctions enjoignant au corps de métier d'assurer la permanence des secours, mais surtout une série d'incitations financières complexes associant défiscalisation, paiement à l'acte, contractualisation, et règlement surévalué des témoignages en justice. La médicalisation suppose ainsi de comprendre la structuration des échanges qui déterminent les relations entre soignants, soignés et décideurs, dans ses dimensions politiques et sociales, mais aussi techniques et économiques.

Mon étude de la médicalisation procède du concept de « transaction médicale ». Par ce terme, j'entends une relation asymétrique entre un individu ou un groupe d'individus – les « soignants » – et un individu ou un groupe d'individus – les « patients » – qui met en œuvre des savoirs et savoir-faire, de l'information, des biens et des services, des normes et des valeurs, comme un règlement économique, direct ou indirect. Le choix du terme de « transaction médicale » invite à réexaminer les relations sociales à l'œuvre, en explorant l'ensemble des métiers et des groupes sociaux qui exercent la médecine. Contrairement à celui d'« acte médical », il caractérise non seulement les techniques pour déchiffrer et traiter le corps malade, mais également le cadre social et institutionnel de son exercice ; contrairement à celui de « relation praticien-patient », il ne surévalue pas l'intimité de la relation de soin, mais en caractérise les dimensions complexes, sans omettre l'échange économique. D'un côté de la transaction, les « soignants » forment un monde social dont la structuration et la coordination méritent d'être étudiées. De l'autre côté, celui des « patients » ou plutôt des bénéficiaires et des commanditaires de la relation de soin, l'analyse porte sur l'ensemble des cadres sociaux au sein desquels les individus se meuvent selon l'appartenance sociale ou l'étape du cycle de vie. Le concept enjoint d'explorer le mode économique d'existence de ces relations, marchandes ou non, leur segmentation et leur mise en système au sein d'un marché. Il propose plus largement de prendre en compte l'ensemble des aspects symboliques et moraux qui participent à leur donner sens. Ces transactions médicales s'inscrivent au sein d'institutions ou « règles du jeu » qu'il convient d'explicitier. Parmi elles, les formes politiques jouent un rôle spécifique, en venant stabiliser au moins partiellement, des pratiques et des normes. Sans ignorer les apports fondamentaux de l'histoire des idées médicales, qui participent aux techniques mises en œuvre, le concept insiste davantage sur les dimensions matérielles, économiques et politiques de la médicalisation. À une échelle donnée, l'ensemble des transactions médicales forment des configurations au sein desquelles évoluent techniques et produits et se déterminent clients et praticiens ; leur constitution et leur transformation s'exercent sur des temporalités variables plus ou moins longues. Le concept de « transaction médicale » suppose de faire varier échelles et temporalités, comme à considérer leurs imbrications afin de comprendre comment se fabrique la médecine d'une époque.

Par ce concept, je mets en œuvre une sociologie historique, afin de décrire les processus de transformation historique de ce fait social contemporain qu'est la croyance médicale : en m'appuyant sur les propositions de longue durée de Max Weber, de Norbert Elias et de Karl Polanyi, j'utilise les analyses des sociologues contemporains pour interroger leurs modalités historiques, qui en retour, invitent à réfléchir sur l'importance du temps long dans notre histoire contemporaine. Cette exploration, toutefois, est aussi une histoire comparée, en ce que celle-ci met au cœur de cette sociologie une étude des régimes d'historicité localisés dans le temps et dans l'espace : c'est dans leur observation croisée que l'on peut comprendre comment s'est constitué le système technique médical actuel. L'espace que je considère est le continent européen dans son ensemble, sans exclure les prolongements coloniaux, qui ont bien participé à l'histoire européenne, en observant en priorité l'échelle urbaine de cette histoire que j'ai déjà entreprise pour Paris, Londres et Marseille. Le choix d'un arc chronologique commençant au XIV^e siècle vise à montrer le

rôle de l'ensemble des gouvernements européens – villes et États en cours de formation – dans la médicalisation, après la saignée démographique de la peste noire, qui a décimé près de la moitié de la population européenne entre 1347 et 1352 : elle fut aussi un moment fondateur, politique et moral, du rapport à la maladie et à sa prise en charge. En s'arrêtant à l'orée du XIX^e siècle, mon projet poursuit et réévalue les travaux précédents sur la médicalisation en ce qu'il fait des techniques médicales, de leur appropriation et de leurs circulations une des clefs du processus de médicalisation.

Ce travail d'histoire, en constant dialogue avec les économistes, les anthropologues et les sociologues, repose sur l'utilisation de deux sources principales : les archives des institutions urbaines de l'époque médiévale et modernes et les sources plus classiques de l'histoire économique, de l'histoire des sciences et des techniques. Pour comprendre comment les villes furent des laboratoires de la médicalisation, j'explore les registres de délibérations urbaines, les archives paroissiales et judiciaires, mais aussi les documents émanant des instances corporatives. Mon travail d'historienne s'appuie également sur les comptabilités hospitalières et sur les livres de comptes des praticiens, des familles et des organisations sociales de l'époque moderne. La définition précise de ces sources dans le cadre de l'histoire comparée que je pratique dépend de leur espace de production : ces variations de l'enregistrement documentaire conduit, en retour, à interroger les conditions spécifiques et communes de l'élaboration de la médicalisation.

2. Acteurs et lieux de la médicalisation

Le concept de médicalisation, qui stipule l'hétéronomie de l'exercice du soin par rapport à son sujet, ne peut s'appréhender sans comprendre la structuration sociale qui se met en place autour du soin à partir de la fin du Moyen Âge, quand quelques métiers médicaux se dotent d'institutions. L'intérêt de ma démarche consiste à appréhender l'ensemble des groupes sociaux impliqués dans l'assignation d'un sens médical, des praticiens médicaux aux patients.

Qui fournit un service médical à l'époque moderne et quel est-il ? La question, dans sa simplicité, continue d'orienter mon enquête, initiée par l'analyse de la disparition du barbier-chirurgien au XVIII^e siècle. L'étude de la genèse du secteur médical depuis la fin du XIV^e siècle est au cœur de mon projet. Cette transformation a pu être décrite par les concepts de « professionnalisation » ou encore de « laïcisation ». Le premier, outre sa dimension téléologique, se fonde sur une conception abstraite de la caractérisation historique des métiers et de ses transformations : il laisse peu de place à la contingence. La seconde présuppose une identité religieuse de soignants à l'époque médiévale, et leur disparition progressive : ces deux dimensions sont loin d'être avérées. Or l'identité de ces métiers s'est forgée par rapport à un « système des professions » médicales qu'il convient de saisir dans son ensemble.

Cette perspective écologique, que je reprends à Andrew Abbott, vise à saisir l'ensemble des métiers dans une configuration spatio-temporelle. Elle a le mérite d'éviter un double écueil : celui d'assigner une définition *a priori* de ce qui fait historiquement

« médecine » ; celui de réduire à des logiques internes les transformations des métiers. L'historiographie sociale de la médecine depuis la fin des années 1970 n'a eu de cesse de remettre en cause la prééminence de la triade médecin-chirurgien-apothicaire et d'explorer l'ensemble des métiers qui interviennent dans le soin. On connaît désormais mieux les nombreux métiers qui ont participé la division sociale du travail médical : prêtres, chimistes, astrologues, bandagistes, religieuses, herboristes, sages-femmes, barbiers, étuvistes, garde-malades, nourrices, officiers de santé. L'approche écologique permet d'aborder le jeu des divisions sexuées et techniques du travail, et d'apprécier le rôle joué par les pouvoirs religieux, urbains et étatiques dans leur définition. La comparaison européenne permet ainsi d'étudier la part confessionnelle de la médicalisation, qui se joue différemment en Angleterre à la suite de la dissolution des ordres monastiques (1538), dans l'Allemagne luthérienne, ou en terre catholique, où monastères et paroisses participent à l'élaboration et à la distribution des remèdes – ou dans la France révolutionnaire de la *Naissance de la clinique*.

D'autres acteurs participent activement à la définition de la croyance médicale : les patients. Adopter le « point de vue du patient » (Roy Porter), c'est prendre en compte les stratégies de consommation que les patients ont développées, selon leurs capacités sociales et financières en fonction de l'offre disponible : cette perspective, à peine effleurée par les historiens, a renouvelé en profondeur les études du développement et de l'économie médicale. L'originalité de mon approche tient à l'utilisation systématique de sources comptables : à cette aune, la catégorie de « patient » éclate en de multiples composantes du consommateur de soins, qui courent de l'individu, ou plus souvent des ménages, aux institutions hospitalières, en passant par l'ensemble des institutions au sein desquels les individus se meuvent : corps de métiers, clientèles, confréries paroissiales, édilités, par exemple. Les premiers résultats de mon étude sur la commercialisation des services chirurgicaux établissent l'inventivité précoce des praticiens pour étendre leur clientèle à l'échelle urbaine, régionale et transnationale, par l'usage d'encarts publicitaires dans les journaux, de circuits de distribution urbains, de catalogues imprimés sur feuille volante, expédiés en abondance à leurs lointains clients ; ces clients, ce qui est plus important encore, recherchent activement de l'information et des évaluations sur des services et des produits. De façon plus inédite, ils révèlent que les éléments les plus fragiles des sociétés modernes – les pauvres, les soldats, les enfants – sont moins démunis qu'il n'y paraît au premier abord. C'est donc un large spectre social qui a participé à l'élaboration d'une demande médicale.

L'approche écologique des acteurs de la médecine présente un dernier intérêt : elle permet d'examiner les lieux privilégiés de l'exercice des soins et leur mise en réseau par la circulation des différents acteurs. À l'échelle urbaine, elle invite non seulement à examiner la place respective des hôpitaux et des boutiques de praticiens, mais aussi leur coordination avec d'autres lieux de soins : la rue comme espace de prise en charge de l'urgence, les charités paroissiales et les maisons de soins, les laboratoires et les jardins botaniques, qui sont des terrains d'acclimatation des plantes médicinales, et, sur les terres d'expansion coloniale, les bazars et les casernes. Ce sont dans ces lieux que travaillent les praticiens et que s'élaborent les techniques médicales.

3. Travail et techniques de la médecine à l'époque moderne

La coordination des praticiens de la médecine détermine en partie les formes de la transaction médicale : à ce titre, le travail et les techniques thérapeutiques représentent de clefs pour comprendre l'histoire de la délimitation du fait médical. Plus que celle d'éducation professionnelle, bien étudiée, la notion de travail met en œuvre les dimensions matérielle et intellectuelle de l'activité des praticiens. Les produits, les gestes et les savoirs dont font commerce les acteurs de la médicalisation constituent autant de points d'appui pour étudier l'extension et les transformations de l'activité thérapeutique.

La notion de travail permet de penser les formes de continuité entre la consultation médicale et la pratique thérapeutique, comme l'adoption d'un matériau, la fabrication d'un remède ou d'une prothèse, toutes étant prises dans des cascades d'inscription et de distribution qui documentent les circuits complexes de l'échange médical. Elle en détermine en partie la valeur d'échange, et donc indirectement les prix des services. Dans cet ensemble technique, le « médicament », outil médical par excellence, fait l'objet d'une appropriation par les praticiens médicaux qui participent à leur définition matérielle et idéologique, avec la définition des pharmacopées, les innovations chimiques, le contrôle des circuits de commercialisation, que ne contredit pas l'existence d'une production domestique ou curiale de remèdes. Mon enquête collective sur la fabrication et la distribution de l'outillage médical, étudié au travers des cas des bandages en acier, des machines d'électricité et des instruments chirurgicaux, pendant la période pré-industrielle a conduit à réévaluer, d'une part, le rôle de l'artisanat européen dans l'approvisionnement médical, et, d'autre part, le rôle des simples consommateurs et de la commande « publique » (armée et hôpitaux) dans la construction de la demande. En poursuivant, à partir des sources comptables déjà citées, la présence des outils et des matières de la médecine, j'identifie l'adoption, l'obsolescence et la persistance des pratiques thérapeutiques, que les historiens des techniques ont abordées par les concepts d'innovation ou d'« insolente métamorphose » (*The Shock of the Old*, David Edgerton).

Une condition de cet examen des techniques médicales réside dans l'étude des opérations d'accréditation des savoirs et des produits, qui participent à la fois de la confiance nécessaire aux circulations économiques, et à la croyance aux savoirs médicaux. Outre les procédures d'expertise et les controverses que les études des sciences ont favorisées, je propose d'inclure le commerce médical comme moteur de l'exploration du monde mais aussi de considérer la part du consommateur dans la construction de la croyance médicale. La transaction médicale englobe là, à la fois les produits et les propositions thérapeutiques, mais aussi les discours des patients sur leurs besoins et leur appréciation des techniques thérapeutiques, qui en retour, conduisent à leur adaptation. La démonstration réalisée pour les bandages en acier peut être étendue aux médicaments, dont la posologie et les multiples formes galéniques se sont construites dans la transaction médicale et dans la coordination de ces évaluations. L'enquête sur le travail lie ainsi les techniques thérapeutiques, les croyances en leur efficacité, et les formes d'organisation de leur délivrance.

4. L'exception économique : fonctionnement des marchés médicaux

Acteurs de la médicalisation et travail médical permettent d'appréhender le fait économique médical dans son épaisseur. La transaction médicale opère dans un « monde de l'échange et de l'incertitude » (Jean-Yves Grenier). Au cours d'une longue époque moderne, la médicalisation façonne à tâtons les régimes mixtes de financement des soins qui caractérisent les sociétés européennes contemporaines, dans leur équilibre inconstant entre économie libérale, assistance mutualiste et sécurités sociales nationales. À mon sens, les modalités d'existence économique très particulières de la médecine sont partie prenante de l'édification de la croyance médicale.

Comment clients et praticiens se coordonnent-ils sur le marché médical ? Mon étude de la structuration du travail médical a d'abord établi, pour les chirurgiens des Lumières, comment les étapes de la carrière dans la corporation masquaient mal des états de subordination, indépendants de l'âge des praticiens : l'absence ou la faible rémunération des premiers degrés de cette carrière, représentant une masse mal quantifiable d'élèves, d'apprentis ou de salariés, représentaient la condition de viabilité économique des boutiques. J'ai analysé plus récemment, sur Paris, Marseille et Londres au XVIII^e siècle, la mise sur le marché des services des praticiens au travers d'un ensemble d'opérations de « crédit médical », à partir des archives judiciaires, notariées et des comptes privés ; à cette occasion, j'ai repéré les stratégies concurrentes des praticiens pour se faire payer, par la catégorisation comptable des gestes et des produits, comme celle des patients pour se faire soigner selon le moment du cycle de vie et leur capacité sociale et financière. Une enquête parallèle sur la part médicale des dépenses charitables à Paris, Marseille et Londres entre les XVI^e et XVIII^e siècles, a révélé l'existence de choix de financement des petits organismes charitables autour du soin – mutualisation et économie d'échelle, contractualisation ou sous-traitance. Le cas des charités françaises conduit à se pencher sur les tensions politiques qui se nouent autour du financement hospitalier par la rente et les donations : après la grave crise de l'Hôtel-Dieu parisien, que la monarchie exclut du marché des rentes viagères à la fin du XVII^e siècle, la suppression de l'exemption du vingtième denier enflamme les charités marseillaises, qui tirent double argument de leur activité médicale, auprès de leurs bienfaiteurs, pour susciter les dons, et, auprès de la monarchie, pour conserver un privilège fiscal qui irrigue aussi leurs activités scolaire et pastorale. Ces nouveaux éléments font porter un regard neuf sur la « révolution » de la consommation médicale entre 1630 et 1670 en Angleterre (Ian Mortimer), dont les facteurs seraient une transformation du rapport à la mort, l'essor de la médecine chimique ou la plus grande disponibilité des plantes médicinales exotiques. Le paiement des praticiens au moment de la mort, étudié à partir des *probate accounts* (comptes de succession) fait l'objet d'une élaboration divergente sur le continent : la coutume de Paris adopte un privilège des praticiens sur les dépenses de « dernière maladie » entre XVI^e et XVII^e siècle, qu'ignore la coutume de Provence, tandis que l'Autriche-Hongrie au XVIII^e siècle les défiscalise des successions. Les écarts d'enregistrement des dépenses médicales au moment de la mort, entre l'Angleterre et le continent, sont ainsi autant d'indices de la constitution de régimes de privilège médicaux.

À l'échelle de l'Europe, il est ainsi possible d'identifier différents régimes d'exception de la transaction médicale, véritables instruments de la politique médicale des gouvernements modernes. Les villes puis les monarchies ont joué sur l'imposition différentielle des praticiens, quelquefois exemptés de charges urbaines. Outre la fiscalité, d'autres mesures furent prises par les édilités, soucieuses de maintenir une population de praticiens en première ligne lors des crises sanitaires, comme à Marseille. Le régime du privilège, particulièrement sensible dans l'octroi des brevets pour certains médicaments, en France, ou de licences de pratique en Espagne, se trouve travaillé par d'autres logiques, quelquefois contradictoires. La tarification existe selon des catégories de dommages corporels – (Cologne et Saxe, XV^e siècles), garantissant un niveau de rémunération aux praticiens de l'urgence, mais aussi pour des produits pharmaceutiques (Venise et Rome, XVI^e siècle) ou des services chirurgicaux (Utrecht, XVII^e siècle), afin d'en limiter les prix. L'existence – au XIV^e et à la fin du XVI^e siècle à Marseille, du XVII^e siècle à Paris, au XVIII^e siècle dans le royaume britannique – de puissants débats sur le financement des soins atteste de la transformation de la médecine en un objet de l'économie politique. À partir de la fin du Moyen Âge, la médecine comme fait marchand se trouve prise dans la contradiction apparente entre l'obligation de soins aux pauvres que s'assigne l'Église et la formulation, au XIV^e siècle, d'une fonction du prix des services médicaux selon la capacité de paiement du patient ou de son entourage (Henri de Mondeville), dont la résolution passe par la formation d'une « question médicale », que j'aimerais rapprocher des questions scolaire ou sociale.

5. L'émergence de la « question médicale »

La médecine devient à l'époque moderne un objet politique, que les historiens ont généralement interprété sur le modèle du contrôle social ou de l'expertise. À l'instar des techniciens – ingénieurs, géomètres, etc. – qui ont travaillé à la fabrique des États, les praticiens médicaux ont participé à l'édification d'une « autorité médicale », fondée sur le pouvoir de prescription à l'œuvre dans la transaction médicale. Les praticiens façonnent ainsi une pratique et une science de gouvernement. Il n'est pas suffisant, cependant, de constater l'existence d'un lien historique entre le pouvoir de soigner et celui de punir. Mon ambition est par conséquent d'interroger la participation de l'ensemble des acteurs de la transaction médicale à sa discussion politique, outil du contrôle social ou levier d'émancipation politique. De fait, l'activité thérapeutique, son administration et son financement deviennent, à partir de la fin du Moyen Âge, autant de facettes de la « question médicale » dont se saisissent gouvernants, praticiens et gouvernés.

La transformation confessionnelle que connaît l'Europe entre les XIV^e et les XVIII^e siècles expliquerait la constitution de la médecine en *res publica* : c'est une de mes récentes hypothèses de travail. La distinction de l'activité médicale, comme système de croyance séparé de la sphère religieuse, se dotant de ses valeurs propres et d'une polarité irréductible aux autres systèmes axiologiques en présence se renforce ; alors que se déchirent confessions et pouvoirs, ceux-ci utilisent l'outil médical à des fins pastorales ou

œcuméniques. J'entends continuer d'explorer, en invitant d'autres collègues, cette hypothèse, en contrastant cette histoire européenne, avec d'autres espaces où prévaut le pluralisme religieux ou des expressions différentes de confessionnalisation du pouvoir politique, comme l'Inde moderne ou le Japon de l'ère Edo. Les modalités et les tensions à travers lesquelles la « question médicale » a été formulée pourraient ainsi expliquer la situation particulière de la médecine en Europe par rapport à d'autres régions du monde, comme sur les continents africain ou américain.

La question qu'il faut dès lors explorer est celle des mécanismes d'adhésion aux techniques de la médecine. La croyance médicale s'est façonnée à travers l'accréditation des techniques commerciales, savantes ou institutionnelles – par la garantie de la qualité de l'éducation des hommes ou celle des produits. Mais elle déborde ces procédures de validation, par la possibilité même de leur contestation. Aussi est-il utile d'étendre l'analyse à la fabrication d'une demande médicale dans l'interaction entre praticiens et patients, libres de leur choix thérapeutiques, ou en situation de subordination – patients hospitaliers, prisonniers, enfants, récipiendaires de charité, enfants : c'est là, à mon sens, que peut se mettre en évidence le rôle politique critique exercé par les praticiens, qui, dans la mise à distance même, en viennent à « représenter » leurs patients. L'histoire européenne est jalonnée de ces « accents » qui instituent l'action médicale comme chose publique, du théâtre de Shakespeare et de Molière aux romanciers des Lumières, des prises de positions de Théophraste Renaudot à celles de Florence Nightingale ou de Xavier Emmanuelli. Plus avant, l'adhésion commune des gouvernants et des gouvernés se manifeste à l'aune des écrits sur l'exercice du pouvoir – philosophie, économie politique, expression poétique mettant en scène le pouvoir – le rôle critique ou démiurgique de la médecine, utilisée dans différentes dimensions comme une catégorie de l'action : chez Machiavel, chez Quesnay, comme chez les jésuites, l'activité politique ou missionnaire soigne le corps politique ou l'âme.

Pour comprendre l'expression de cette question médicale, j'observe différents échelons de l'exercice du pouvoir, de la paroisse aux Empires. C'est l'objectif que nous avons poursuivi, avec Benoist Pierre, à l'occasion d'un colloque *Court Medicine* (London School of Economics, juin 2012). Les études présentées à cette occasion ont mis en exergue l'activité politique des praticiens dont les fonctions de conseil s'étendent au bon gouvernement ; l'espace social de la cour et du corps du roi comme théâtres de la preuve, et la redéfinition du ressort médical selon les besoins militaires et diplomatiques des monarchies. Les praticiens municipaux seront étudiés en 2014, en collaboration avec Ruth Schilling (La Charité, Berlin) : nous analyserons quels furent les interlocuteurs des édilités sur le plan médical (corps de métier, groupes professionnels, individus revêtus d'office), leur champ d'expertise, l'organisation de leur activité thérapeutique. Loin des espaces urbains métropolitains, l'hypothèse d'une pastorale politique médicale a trouvé une validation inattendue dans l'activité missionnaire.

Les colonies et les zones frontières des empires coloniaux constituent un point d'observation complémentaire de l'histoire comparée que je propose et l'occasion de tester mes propositions européennes auprès des collègues travaillant sur les espaces extra-européens. D'une part, le contrôle et l'exploitation de ces territoires a supposé l'émergence

de puissantes structures — les Compagnies des Indes — qui ont contribué de façon décisive à la captation d'un personnel thérapeutique spécialisé, à l'exploitation des terres éloignées et au transfert massif de capitaux et de biens. D'autre part, les expériences continentales et coloniales ont conduit à adopter des modes nouveaux de gouvernement médical dont il faut prendre la pleine mesure pour la période moderne, tant du côté colonial que métropolitain. Dans le fin maillage des sociétés européennes, mon projet entend ainsi mettre en lumière l'exercice et la critique du pouvoir médical.

6. Enseignements

Si ma proposition était retenue, je souhaiterais organiser mon enseignement dans deux directions à la fois distinctes et articulées l'une à l'autre. Un premier séminaire, ou un premier cycle, sera consacré à travailler chaque année sur une dimension d'histoire de la médecine européenne, entre Moyen Âge et modernité, en approfondissant dans un premier temps les questions de politiques médicales et échelles de pouvoir, et celles de l'intégration des marchés des services médicaux. En prenant la médecine comme objet transverse, il devrait engager les étudiants à confronter disciplines et espaces, dans une tradition d'histoire comparée : économie, entre production et consommation, sociologie du travail, histoire des techniques et communication savante. Il invitera les étudiants travaillant sur la santé dans une perspective interdisciplinaire à réfléchir, dans le temps et dans l'espace, à certaines questions comme « Accéder aux soins : stratégies de patients et univers des possibles ». J'espère pouvoir ainsi, grâce aux discussions nouées avec les étudiants et les enseignants de l'Ehess, poursuivre une pratique collective de l'enquête historique à laquelle je suis attaché.