Zeitschrift: Bulletin de la SHAG : revue annuelle de la Société d'histoire et d'archéologie de Genève

Herausgeber: Société d'histoire et d'archéologie de Genève

Band: 38 (2008)

Artikel: La médicalisation en question : Genève, l'Ancien Régime et la demande médicale

Autor: Rieder, Philip

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1002753

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

La médicalisation en question. Genève, l'Ancien Régime et la demande médicale[1]

par Philip Rieder

Léon Gautier a signé il y a maintenant près de cent ans un ouvrage bien documenté sur l'histoire de la médecine genevoise. Aujourd'hui, le lecteur y trouvera une mine d'informations sur l'histoire de la corporation regroupant les médecins, les chirurgiens et les apothicaires, la Faculté[2], ainsi que sur les vies et les écrits des praticiens reçus à la pratique à Genève. C'est une référence incontournable pour l'histoire genevoise; un statut qui justifie sa réimpression récente par Georg[3]. D'un point de vue méthodologique, il serait facile de dénigrer cet ouvrage aux relents positivistes face à la production récente, plus critique, des historiens de métier. Gautier était médecin avant d'être historien. Le procès de la tradition dont il est issu est sans cesse rejoué depuis un quart de siècle. Or, il semble aujourd'hui plus approprié de s'interroger concrètement sur les apports des problématiques récentes de l'histoire médicale à l'histoire de la médecine genevoise au cours de l'époque moderne. N'en déplaise aux détracteurs de l'histoire faite par des médecins, les nouveaux contours de la discipline sont le plus clairement dessinés par des médecins historiens tels qu'Henry Sigerist et Erwin Ackerknecht[4]. La transformation la plus radicale et la plus durable

1 La recherche exposée ici a bénéficié d'une subvention du FNS (n° 114-068111). Je remercie Andrea Carlino et Micheline Louis-Courvoisier pour leur lecture constructive de versions antérieures.

2 Le terme Faculté désigne alors la corporation médicale et n'a aucun lien avec l'institution d'enseignement qui ouvrira ses portes à Genève en 1876.

3 Léon GAUTIER, *La médecine à Genève jusqu'à la fin du dix-huitième siècle*, Genève, Georg, 2001 (1re éd. 1906).

4 Pour un premier aperçu de la contribution de ces deux auteurs, voir Erwin H. ACKERKNECHT, *A Short History of Medicine*, Baltimore etc., John Hopkins Univ. Press, 1982 (1968); Henry E. SIGERIST, *A History of Medicine*, 2 vol., New York, Oxford Univ. Press, 1951-1961.

élaborée par ces auteurs est, dans la perspective adoptée ici, la redéfinition même de ce qu'est la médecine et par conséquent du champ historique envisagé. Pour Sigerist et Ackerknecht, la médecine ne se cantonne pas à une science toujours plus performante alimentée par une lignée de penseurs introduisant successivement de nouveaux faits scientifiques, mais s'apparente à un vaste champ englobant l'ensemble des pratiques et des savoirs (vrais et faux) qui conditionnent la gestion de la santé. « *L'histoire de la médecine*, écrit par exemple Sigerist en 1951 déjà, *étudiera la santé et la maladie à travers le temps, les conditions pour la santé et la maladie, et l'histoire des activités humaines qui tendent à promouvoir la santé, à prévenir la maladie, et à ramener le malade à son état originel, et ce quels que soient les individus actifs* »[5]. L'emploi du futur n'est pas anodin et de ces principes émergeront des travaux sur les médecins irréguliers, les médecins itinérants, les pratiques médicales domestiques, les politiques médicales étatiques, etc. La finalité de ces quelques pages est de penser les effets de ce changement de perspective sur la façon dont on peut appréhender aujourd'hui l'histoire de la médecine genevoise.

Positiver l'histoire, médicaliser la société

Un des premiers constats pour celui qui cherche à restituer la médecine genevoise dans une perspective historienne est la difficulté de donner sens à cette histoire sur la longue durée. La grille de lecture articulée autour de notions de « progrès » et « d'efficacité » étant mise de côté en raison de son inaptitude à énoncer autre chose que le gouffre qui sépare la médecine d'aujourd'hui de celle d'hier, il est tentant d'emboîter le pas à une historiographie croissante qui mobilise le concept de médicalisation pour signifier les changements du monde médical à travers le temps. Rarement définie avec précision dans la littérature historique, la médicalisation y désigne le plus souvent deux mouvements complémentaires. Le premier est le monopole progressif érigé par les médecins de formation scientifique sur la pratique médicale. Le second est la mainmise de la bio-mé-

---

5 Cette traduction est la mienne (Sigerist, *A History of Medicine*, t. 1, p. 7). Il faut également citer l'appel fait par Ackerknecht en faveur d'un élargissement des contours de l'histoire médicale en passant, notamment, par une histoire des pratiques : Erwin H. ACKERKNECHT, « A Plea for a 'Behaviorist' Approach in Writing the History of Medicine », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 22 (1967), pp. 211-214.

decine sur de nombreuses sphères de la vie quotidienne (naissance, sport, mort, sexualité, etc.)[6]. La médicalisation est généralement décrite comme un processus commençant au milieu du XVIIIe siècle et se poursuivant jusqu'à aujourd'hui[7]. Elle désigne des innovations ou des évolutions qui tendent à rapprocher le modèle historique envisagé de la réalité médicale d'aujourd'hui, c'est-à-dire le cheminement menant à une médecine conçue et pratiquée par des médecins formés à l'université. Cette notion ouvre sur la possibilité de complexifier le schéma historique en lui associant la notion de résistance ; il devient dès lors possible de rendre compte de cahots rencontrés sur le chemin de la médicalisation, voire plus récemment de démédicalisation[8]. Le concept de médicalisation est fortement enraciné dans la tradition foucaldienne où il signifie l'invasion progressive de la vie quotidienne par un discours médical élaboré par des chercheurs universitaires et promulgué par l'autorité politique, mais également le processus d'assujettissement des laïcs à ce discours[9]. Deux chantiers

---

6 Ce dernier point est présenté comme une dépendance toujours croissante de la société vis-à-vis de la profession médicale pour la vie quotidienne (Ivan ILLICH, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975 [1re éd. anglaise 1975]. Pour des développements plus théoriques, voir Francisca Loetz, *Vom Kranken zum Patienten : «Medikalisierung » und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*, Stuttgart, F. Steiner [*Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beih. 2*], 1993, pp. 43-56 ; Martin DINGES, « The Reception of Michel Foucault's Ideas on Social Discipline, Mental Aslyums, Hospitals and the Medical Profession in German Historiography », in Colin JONES et Roy PORTER [éds], *Reassessing Foucault*, London & New York, Routledge, 1994, pp. 190-192 ; Karine HÉBERT, « La médicalisation, évolution du discours médical français aux XVIIIe et XIXe siècles », *Cahiers d'histoire. La Revue du Département d'Histoire de l'Université de Montréal*, 18 [1998], pp. 43-53 ; Olivier FAURE, « La médicalisation vue par les historiens », in Pierre AÏACH et Daniel DELANOË [éds], *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998, pp. 53-68 ; Robert A. NYE, « The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century », *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39 [2003], pp. 115-129).

7 Voir par exemple Jean-Pierre GOUBERT, « The Medicalization of French Society », in Lloyd G. STEVENSON (éd.), *A Celebration of Medical History*, Baltimore & London, John Hopikins Univ. Press, 1982, p. 170 ; Jean-Pierre GOUBERT (éd.), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo Ontario, Historical Reflections Press (Historical Reflections / Réflexions historiques, n° 9), 1982.

8 Un processus historique qui voit baisser l'autorité culturelle de la médecine. Voir le développement de Janet GOLDEN, « 'An Argument That Goes Back to the Womb': The Demedicalization of Fetal Alcohol Syndrome, 1973-1992 », *Journal of Social History*, 1999, pp. 270-271.

9 Michel Foucault lui-même tend à l'employer pour signifier l'assujettissement des laïcs à l'autorité du pouvoir médical (le docteur médecin). Pour l'usage simultané des deux sens, voir l'article d'Anne THALAMY, « La médicalisation de l'hôpital » in Michel FOUCAULT (éd.), *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Bruxelles etc., Architecture et

sont mobilisés spécifiquement dans les récits de médicalisation. Celui de l'histoire de l'hôpital et celui de l'histoire des métiers : plus les hôpitaux seraient techniques, plus les médecins formés à l'université seraient nombreux, plus la société serait médicalisée.

Pour l'historien du monde médical de l'époque moderne, la rhétorique de la médicalisation a l'inconvénient de laisser entendre que la société d'avant 1750 n'était pas, ou du moins, peu médicalisée. Il y aurait donc deux champs historiques, celui d'avant et celui d'après le début du processus de médicalisation. Le monde médical d'Ancien Régime se mue ainsi en repoussoir des développements postérieurs, relégué dans l'univers conceptuel de l'inefficace, voire du folklorique. Or, s'il est légitime de considérer cette période comme bénéficiant d'un contrôle des pratiques médicales peu centralisé – l'essentiel des décisions étant prises sur un plan local –, les archives ne signalent ni l'absence de praticiens ni celle d'une demande pour des services médicaux. De nombreux soignants aux titres très différents étaient alors actifs. Les historiens anglo-saxons problématisent la pluralité des praticiens en termes de marché médical : l'offre médicale serait régie par la demande. Le modèle est souple dans sa capacité à coller à la réalité des échanges, mais flou lorsqu'il est question d'évoquer les transformations sur le long terme[10]. Si on peut adhérer à cette lecture, il faut également tenir compte des transformations importantes de l'offre médicale. Le survol de l'histoire genevoise qui suit a pour objectif de sonder le dynamisme propre au monde médical d'Ancien Régime et d'isoler les variables influant sur l'évolution des commodités et des services médicaux à la disposition des habitants de la ville.

Les nombres et les acteurs

L'indice le plus couramment mobilisé pour évaluer le niveau de médicalisation d'une communauté, dans un cadre qui prend à la fois une dimension géographique et professionnelle, est le nombre

---

Archives, 1979, pp. 31-38.

10 Voir les analyses présentées in Mark S. R. JENNER et Patrick WALLIS, « The Medical Marketplace », in *Medicine and the Market in England and its Colonies, c.1450-c.1850*, Basingstoke etc., Palgrave Macmillan, 2007, pp. 1-23 ; Philip RIEDER, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52 (2005), pp. 39-63.

de médecins. Les campagnes n'auraient bénéficié, avant la « médicalisation », que d'un encadrement médical limité, et, une fois le processus déclenché, des cohortes toujours croissantes de jeunes professionnels s'y répandraient, apportant la médecine dans les contrées toujours plus reculées[11]. Ce schéma, même s'il n'est pas toujours formulé de façon explicite demeure largement tributaire de l'idée que la médicalisation est une finalité souhaitable. L'histoire sociale a hérité ici de quelque chose de la téléologie propre à l'histoire de la médecine traditionnelle. Face à la définition large de la médecine qu'offre Sigerist, la notion de médicalisation ne peut s'expliquer que par le remplacement d'une pluralité d'acteurs par un seul, le médecin universitaire, et par conséquent, par la substitution d'une seule médecine à une multitude de médecines. Pour pouvoir intégrer nos données dans un tableau plus large, il faut procéder à des comparaisons. Genève se présente d'emblée comme une ville intéressante dans cette perspective. Une haute concentration de praticiens s'y déploie dès la Réforme. La densité médicale genevoise peut être évaluée à approximativement un maître chirurgien/un médecin pour 1000 habitants dès le milieu du XVIe siècle. La densité fluctue alors considérablement en raison de la mobilité de la population, mais se stabilise au XVIIe siècle de nouveau autour d'un praticien pour 1000 habitants, avant de croître considérablement au moment du Second Refuge. Un premier pic est atteint en 1700 lorsque la ville compte un maître-chirurgien/un médecin pour 500 habitants. C'est trop. La densité baisse alors jusqu'en 1770, plombée par de nouveaux règlements qui restreignent l'accès à la maîtrise et le nombre de boutiques. Ces mesures débouchent sur une multiplication des échelons au sein de la corporation sans restreindre sérieusement le nombre de chirurgiens et d'apothicaires actifs dans la ville[12].

La densité médicale à Genève est forte lorsqu'elle est comparée aux données disponibles pour d'autres lieux. L'Anjou, la Bretagne et même Paris connaîtraient des densités plus faibles[13].

---

11 Selon Jacques LÉONARD : « l'indice de la médicalisation est le rapport entre le nombre de médecins et celui de la population » (*Les médecins de l'ouest au XIXe siècle*, 3 vol., Lille etc., Atelier de Reproduction des Thèses, 1978, t. 1, p. 75).

12 Philip RIEDER, *Anatomie d'une institution médicale : la Faculté de médecine de Genève 1876-1920*, Genève [etc.], Médecine et Hygiène, 2009, pp. 22-23.

13 1 médecin et 6 chirurgiens pour 10'000 habitants en Anjou : François LEBRUN, *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles : essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris etc., Mouton, 1971, p. 218. 1 praticien pour 4000-4500 habitants en

Une densité proche de celle de Genève est attestée dans certaines villes italiennes de taille moyenne à la fin du Moyen Âge[14], dans des villes de petite importance du Royaume de Naples au cours de l'époque moderne[15] ou encore, dans de petites villes du nord de l'Italie[16]. Des villes spécialisées comme les villes portuaires de Nantes, de St-Malo et de Rennes pouvaient également se targuer d'une densité médicale proche de celle de Genève[17]. Une différence s'impose pourtant: dans l'ensemble des lieux mentionnés, la présence de médecins universitaires était nettement moins forte qu'à Genève et le soignant ordinaire était le plus souvent un chirurgien ou un apothicaire. La haute densité genevoise peut être partiellement corrélée avec l'établissement de nombreux praticiens réfugiés au milieu du XVIe et au début du XVIIIe siècle[18]. S'il est évident que les cadres médicaux étaient nombreux à Genève, la réalité de la pratique signale les faiblesses de ce mode d'évaluation. Calculer la densité médicale en ne tenant compte que des maîtres chirurgiens et des docteurs entraîne deux distorsions regrettables. La première est d'écarter les praticiens subalternes (compagnons, domestiques et apprentis) et les apothicaires pourtant nombreux; la seconde est que le calcul n'a de sens que vis-à-vis du monopole des médecins

---

Bretagne: Jean MEYER, « Le personnel médical en Bretagne à la fin du XVIIIe siècle », in *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris etc., Mouton & C°, 1972, pp. 174-179. 100 médecins et 250 maîtres chirurgiens pour une population de quelques 500'000 âmes à Paris. Il y aurait de nombreux chirurgiens exerçant illégalement dans cette ville (env. 2000 en 1727): Toby GELFAND, *Professionalizing modern medicine: Paris surgeons and medical science and institutions in the 18th Century*, Westport etc., Greenwood Press (*Contributions in medical history n° 6)*, 1980, pp. 40 et 47. Pour la population de Paris: Daniel ROCHE, *Le peuple de Paris*, Paris, Aubier, 1981, pp. 21-23.

14 Katherine PARK arrive à des chiffres similaires dans son étude sur Florence au seuil de la Renaissance (1 médecin pour un peu moins de 1'000 habitants [*Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton, Princeton Univ. Press, 1985, pp. 56-58]).

15 David GENTILCORE, *Healers and Healing in Early Modern Italy*, Manchester etc., Manchester Univ. Press, 1998.

16 Une petite ville, par exemple, comptait 1'450 habitants pour trois magasins d'apothicaires et un barbier: (Evelyn S. WELCH, *Shopping in the Renaissance: Consumer Cultures in Italy, 1400-1600*, New Haven etc., Yale Univ. Press, 2005, p. 9).

17 MEYER, « Le personnel médical en Bretagne à la fin du XVIIIe siècle », pp. 174-179.

18 Robert MANDROU, « Les Français hors de France aux XVIe et XVIIe siècles », *Annales: histoire, sciences sociales*, 14 (1959), pp. 662-666; Robert MANDROU, « Les protestants français réfugiés à Genève après la St-Barthélémy », *Revue Suisse d'Histoire*, 16 (1966), pp. 243-249; Paul Frédéric GEISENDORF, *Livre des habitants de Genève*, 2 vol., Genève, Droz (*Travaux d'humanisme et Renaissance*), 1957 & 1961; Alfred PERRENOUD et Geneviève PERRET, *Livre des Habitants de Genève 1684-1792*, Genève etc., SHAG (*Mémoires et documents*), 1985.

universitaires du XIXe dont il permet, finalement, de jauger maladroitement de la progression. Les autres acteurs du monde médical, notamment les charlatans, les mèges[19], les guérisseurs et les sages-femmes sont négligés. Si une poignée d'auteurs ont été plus loin et ont cherché à procéder à des recensements plus larges, incluant les acteurs dont le statut de médecin était reconnu à leur époque, ces essais ne permettent pas encore d'établir des comparaisons ; on ne peut que constater la présence de nombreux soignants subalternes ou non-orthodoxes dans différents lieux[20].

Au-delà de la présence d'une élite médicale, comment évaluer l'importance de la médecine dans la société d'Ancien Régime ? Le deuxième volet de cet article vise à donner une idée de la nature des prestations médicales mobilisées par les Genevois entre la Réforme et la fin du XVIIIe siècle. Il s'agit d'établir le degré et la nature de la médicalisation de la société d'Ancien Régime à travers un inventaire des figures offrant des soins à Genève et dans sa région. Pour ce faire, une attention particulière est prêtée aux pratiques et à leur évolution au cours du temps. Les pratiques réputées superstitieuses et/ou magiques constituent un bon point de départ étant donné qu'elles bénéficient d'un statut particulier à Genève ; d'autres, comme celles des artisans et des docteurs genevois, dont il sera question plus loin, témoignent de réalités répandues ailleurs auxquelles les règlements locaux confèrent une teinte spécifique.

---

19 Guérisseur sédentaire, médicastre.

20 Les travaux envisageant des praticiens au-delà de leur cadre corporatif stricto sensu concluent à des densités élevées de praticiens. Toby GELFAND évalue la présence de près d'un chirurgien pour 1000 habitants en France au XVIIIe siècle. Margaret Pelling élargit aussi ses critères dans son travail sur Norwich, une ville de taille comparable à Genève où elle trouve des densités élevées de praticiens. Son évaluation de 1 praticien (barbier, chirurgien ou médecin) pour quelque 275 habitants est difficile à comparer avec les données exposées ici. Andrew Wear a certainement raison de compter les chirurgiens, médecins et apothicaires pour conclure à une densité d'environ un praticien pour 400 habitants en Angleterre vers 1600 (Toby GELFAND, « Deux cultures, une profession : les chirurgiens français au XVIIIe siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 27 (1980), pp. 468-484 ; Margaret PELLING, « Tradition and Diversity : Medical Practice in Norwich 1550-1640 », in *Scienze, Credenze Occulte, Livelli Di Cultura : Convegno Internazionale Di Studi (Firenze, 26-30 Giugno 1980)*, Florence, Olschki, 1982, p. 165 ; Andrew WEAR, *Knowledge and practice in English medicine : 1550-1680*, Cambridge etc., Cambridge Univ. Press, 2000, pp. 23-24).

La Religion et la santé

Par rapport à la Genève d'avant la Réformation, outre l'afflux de praticiens réfugiés déjà mentionné, la principale caractéristique médicale de la ville après 1536 est celle d'être une communauté interdite aux thérapeutes religieux et aux soignants recourant à des artifices « superstitieux ». La guerre menée par les cadres du mouvement réformé contre les faiseurs de miracles et la superstition dont la médecine religieuse faisait très logiquement partie, est bien connue[21]. La répression elle-même nous renseigne non seulement sur la nature de la demande pour des soins de ce type au moment de la Réformation, mais aussi sur le maintien de cette demande pendant l'ensemble de l'époque moderne. L'histoire du recours à la médecine surnaturelle dans des contrées réformées reste encore à écrire. La publication en cours des archives du Consistoire genevois permettra d'élaborer une étude de cas substantielle[22]. Pour l'heure, seuls des sondages peuvent nous permettre de dresser une esquisse historique de ces pratiques. Au lendemain de la Réformation, de nombreux Genevois peinent à renoncer soit au recours à des soignants employant des incantations ou des rituels surnaturels, soit à l'intercession d'un saint, soit encore aux services d'un centre spécialisé comme le centre de répit Notre Dame de Seyssel où les parents d'enfants morts-nés pouvaient espérer voir leur enfant revivre le temps d'être baptisé[23]. Saint-Claude figurait parmi les saints les plus populaires et de nombreux pèlerins se rendaient à Saint-Claude dans le Jura, notamment le 6 juin, jour consacré à ce saint, pour lui rendre grâce pour son aide[24]. La répression menée par le Consistoire permet d'isoler des Genevois recourant à l'une ou à l'autre de ces « pratiques superstitieuses », voire encore des noms d'individus consultant des membres de la Contre-Réforme établis dans des villages savoyards situés à quelques encablures des murailles de la ville seulement. Le 25 avril 1605, par exemple, Michel Monard est cité à comparaître pour être « allé avec sa femme et un sien petit enfant impotent en un village ici

---

21 Beth Yvonne LANGSTAFF, *Temporary Gifts : John Calvin's Doctrine Of the Cessation of Miracles*, Phd diss., Princeton, UMI Microform, 1999.

22 Thomas A. LAMBERT *et al. Registres du Consistoire de Genève au temps de Calvin*, 4 vol., Genève, Droz, 1996-2007.

23 Sur les centres de répit, voir Jacques GÉLIS, *Les enfants des limbes : mort-nés et parents dans l'Europe chrétienne*, Paris, L. Audibert, 2006.

24 D. P. BENOIT, *Histoire de l'Abbaye et de la terre de Saint-Claude*, 2 vol., Montreuil-Sur-Mer, Imprimerie de la Chartreuse de Notre-Dame des Près, 1890-1892., t. 2, p. 244.

près pour trouver un prestre pour le prier de guerir ledit enfant »[25]. Des cas comme celui de Monard ressurgissent régulièrement jusqu'au XVIIIe siècle. Entreprendre une guérison « superstitieuse » ne requiert pas systématiquement la présence d'un prêtre. Le 21 juin 1649, Rolette Falquet comparaît devant le Consistoire, soupçonnée d'avoir fait dire des neuvaines pour son fils malade. Elle s'en défend, mais avoue avoir envoyé son fils à Pouilly à la fois pour qu'il change d'air et que le septième fils de son frère le touche, un geste qui devait le guérir des écrouelles[26]. Comme cette mère de famille, de nombreux fidèles s'efforcent de nier ou du moins de minimiser leurs gestes sans pourtant toujours prêter si maladroitement le flanc à la critique. À cette époque, les Genevois étaient nombreux à consulter Tyvent Collomb et ses successeurs, des guérisseurs établis à Étrembières, qui offraient à la fois de remèdes orthodoxes et des soins rituels ou surnaturels[27]. La lecture des noms des Genevois accusés par le Consistoire de recourir aux services médicaux proposés à Étrembières révèle à quel point il est difficile de séparer la médecine officielle de la médecine irrégulière. On y trouve Pierre Blandin (né 1618), chirurgien, envoyé en 1640 par sa famille pour consulter le guérisseur sur le cas de son oncle, lui-même docteur en médecine[28]. Les malades d'Ancien Régime n'opéraient pas de distinction radicale entre les praticiens réguliers et les soignants irréguliers : face à la maladie, le choix du praticien n'est pas arrêté en fonction de son degré d'orthodoxie. La médecine irrégulière faisait alors partie de l'offre médicale. La liste exhaustive des affaires traitées devant le Consistoire permettrait d'établir une cartographie des soins alternatifs disponibles autour de Genève. Pour l'heure, il suffit de retenir l'idée que l'offre était forte et que les habitants réformés de la ville continueront à y recourir jusqu'au XVIIIe siècle, date à laquelle ce type d'affaire semble cesser d'intéresser les ministres et les anciens du Consistoire.

Le refus réformé d'admettre non seulement la possibilité de guérisons miraculeuses, mais également les pratiques elles-mêmes, est perçu comme une faille par certains membres de la Contre-Ré-

25 AEG, Registre du Consistoire [désormais : R. Consist.], 35, p. 19 (25 avril 1605).

26 AEG, R. Consist., 56, p. 44 (21 juin 1649).

27 Voir Philip RIEDER et Christine TOURN, « Le Conseil et la santé : histoire d'une autorité médicale laïque », *Les registres du Conseil de la République de Genève sous l'Ancien Régime. Nouvelles approches, nouvelles perspectives*, Genève, Archives de l'État de Genève/Fondation de l'Encyclopédie de Genève, pp. 140-141.

28 AEG, R. Consist. 55, f.111 (31 mars 1640).

forme qui profitent pour exercer une pression à la fois médicale et religieuse sur la communauté. De nombreux cas jalonnent l'histoire de la cité, mais les guérisons miraculeuses de Claude Romeville en 1702 en sont l'illustration la plus aboutie. À cette date, Romeville est un père jésuite établi depuis peu à La Roche, soit à 25 km environ de Genève. Il possède un anneau qu'il affirme avoir été au doigt de saint François-Xavier (1506-1562). Fort de cet atout, il opère des guérisons. Les malades touchent la bague, boivent à l'occasion de l'eau dans laquelle elle avait été trempée et récitent des neuvaines[29]. Le succès est important et des malades affluent de contrées proches et éloignées. À Genève, le Consistoire s'active et accuse cinq habitants de la ville d'avoir tenté le rituel thérapeutique à La Roche. La correspondance adressée par Romeville à l'évêque révèle ses intentions : il réclame à la fois patronage et finances pour établir une chapelle, un « boulevart contre les hereticques qui paroissent un peu ébranlés »[30]. Dans ses lettres, il fait état de plusieurs Genevois intéressés par le potentiel de guérison catholique. Le 15 août 1702, le jésuite se réjouit. « Mrs de Genève commencent à venir icy. Un Messieur m'aporta son Enfant que je fis marcher. Un Gentilhomme me dict amener deux de ses enfans mercredi prochain »[31]. Ailleurs, il affirme ne pas douter « qu'ils ne sont convaincu par les actes incontestables que nostre Religion est la Veritable où se font de si grands miracles et on a ouy ces jours passé des Genevois qui dirent apres avoir bien disputé qu'ilz croyoient qu'il estoit plus sur d'être dans la Religion ou les muets parloient que dans la leur »[32]. En énumérant les malades guéris dans ses lettres à l'évêque, il insiste particulièrement sur ses patients genevois et mentionne des nobles des familles Trembley et Tronchin, ainsi que l'effet supposé des cures sur la ville réformée[33]. Le 17 août 1703, il affirme avoir fourni

---

29 L'eau de François Xavier est également employée par des jésuites opérant dans les territoires allemands quelques années plus tard (Trevor JOHNSON, « Blood, Tears, and Xavier Water », in Bob SCRIBNER and Trevor JOHNSON [éds], *Popular Religion in Germany and Central Europe, 1400-1800*, New York, St. Martin's Press, 1996, pp. 183-202).

30 Archives départementales de la Haute-Savoie [ADHS], 1 G 226, Claude Romeville à Michel Gabriel de Russillion de Bernex, La Roche, s.d. [mai 1703].

31 ADHS, 1 G 226, Claude Romeville à Michel Gabriel de Russillion de Bernex, La Roche (15 août 1702).

32 ADHS, 1 G 226, Claude Romeville à Michel Gabriel de Russillion de Bernex, La Roche (après 11 novembre 1702).

33 La mention de noms de nobles genevois est intéressante à plus d'un titre. Le Consistoire ne prend pas la peine de les convoquer, confirmant ainsi la thèse de Bernard LESCAZE

aux Genevois de quoi « reconnoistre la puissance du Seigneur, ces messieurs commencent à parler moins haut et à moins combattre les merveilles opérées qu'ils ne faisoient auparavant »[34]. Romeville ambitionne explicitement de convertir les Réformés genevois[35]. Dans les rues de Genève, un noble savoyard, le baron de Novéry se promenait « guéri » de la malformation aux pieds avec laquelle il était né[36]. En dépit de l'enthousiasme que la nouvelle des miracles de la Roche aurait suscité à la cour de Louis XIV, la hiérarchie catholique hésite à cautionner des pratiques en apparence si proches de la charlatanerie. L'évêque du diocèse de Genève-Annecy réclame des témoignages et des attestations sérieuses dans une lettre diocésaine datée du 11 novembre 1702. De nombreuses réponses de clercs font état d'un certain scepticisme et, sans se prononcer officiellement, l'évêque décide d'étouffer l'affaire. En prétextant le danger militaire que représentaient alors les foules d'étrangers, il prie le père jésuite de se retirer[37]... Le discours rationalisant qui accompagne le siècle des Lumières ou, plus généralement, le discrédit dont jouissaient alors les phénomènes préternaturels ou surnaturels, expliquent la méfiance du clergé catholique et tendent à réduire la visibilité de ce type de pratiques, sans pour autant en assurer la disparition[38]. Les sources privées attestent de la permanence du recours de familles à des pratiques médicales irrégulières proches de l'occulte. L'attrait constant exercé par l'offre de soins catholiques sur les Genevois se prête à plusieurs niveaux de lecture. Il illustre d'une part les difficultés éprouvées par les cadres réformés pour empêcher leurs ouailles de consulter la concurrence et signale clairement que les pratiques

---

selon laquelle le Consistoire réserverait un traitement spécial aux membres de l'élites de la République («'Funus Consistori, o miserere !': l'égalité de traitement devant le Consistoire de Genève autour de 1600 », in Danièle TOSATO-RIGO et Nicole STAREMBERG [éds], *Sous l'œil du consistoire*, Lausanne, Études de lettres, 2004, pp. 41-55).

34 ADHS, 1 G 226, Claude Romeville à Michel Gabriel de Russillion de Bernex, La Roche (17 août 1773).

35 ADHS, 1 G 226, Claude Romeville à Michel Gabriel de Russillion de Bernex, La Roche (11 septembre 1702).

36 François MUGNIER, « Notes et documents sur l'évêché de Genève », *Revue Savoisienne* (1887), pp. 43-45.

37 Pour plus de détails, voir Philip RIEDER, « Miracles and Heretics: Protestants and Catholic Healing Practices in and around Geneva 1530-1750 », *Social History of Medicine* (sous presse).

38 Sur le retrait progressif du merveilleux, voir Keith THOMAS, *Religion and the Decline of Magic*, London, Penguin, 1976 (1970); Lorraine J. DASTON et Katherine PARK, *Wonders and the Order of Nature 1150-1750*, New York, Zone Books, 1998.

thérapeutiques étaient un enjeu dans les tensions confessionnelles entre le XVIe et le XVIIIe siècle. D'autre part, cette histoire incite à penser que s'il s'agit de définir le degré de médicalisation d'une société d'Ancien Régime à travers le temps. Il faut comprendre par ce terme non seulement le discours médical académique et les cadres corporatifs de la médecine officielle, mais aussi les autres pratiques et soignants qui étaient soit tolérés soit clairement intégrés à l'offre de soins. La capacité de guérir est socialement reconnue à d'autres figures et « médicaliser » pouvait encore signifier convertir au début du XVIIIe siècle.

Les irréguliers : sédentaires et itinérants

Les agents de la Contre-Réforme ne sont pas les seuls à proposer des produits peu orthodoxes. En se plaçant à l'extérieur des catégories dialectiques classiques, la science à la magie, force est de constater que de nombreux acteurs offrant des services médicaux tendaient à associer des pratiques médicales communes avec un ingrédient surnaturel. Cette particularité ne conditionne pas une rupture claire avec les remèdes plus conventionnels, notamment la grande majorité de ceux dont la composition était jalousement gardée secrète. Globalement, le remède et le tour de main qui guérissent relevaient souvent du secret avant la médecine scientifique[39]. Du point de vue de l'usager des services médicaux, l'efficacité émane moins de la composition objective du remède qu'il ne peut que rarement connaître, ni des raisonnements anatomiques ou physiologiques qui le cautionnent, mais dans les succès antérieurs obtenus par ce moyen thérapeutique. L'essentiel réside à la fois dans la réputation du soignant et dans celle de ses remèdes. La place que prennent ces critères pour expliquer l'option thérapeutique prise par le malade est une des raisons de l'existence d'une frontière floue entre le soignant domestique, celui qui offre ses services dans son voisinage, et un soignant professionnel. Formellement, la médecine domestique se caractérise par l'absence de rémunération, alors que la médecine régulière devait être payante[40]. La question de la rémunération est systématiquement

---

39 Sur les livres de secrets, voir William EAMON, *Science and the Secrets of Nature : Books of Secrets in Medieval and Early Modern Culture*, Chichester, Princeton Univ. Press, 1994.

40 Pour un aperçu plus détaillé, voir Philip RIEDER, « Poor Health and Health for the Poor in Early Modern Geneva », *Hygiea Internationalis*, 5 (2007), pp. 33-50 ; Elaine LEONG, « Making Medicines in the Early Modern Household », *Bulletin of the History of Medicine*,

abordée pour qualifier la médecine irrégulière : seuls les produits et les services rémunérés étaient illégaux. Les praticiens irréguliers agissaient sciemment à la limite des sphères domestiques et professionnelles, acceptant par exemple des dons en lieu et place d'honoraires. Leur pratique médicale est bien souvent une activité secondaire et il est malaisé d'en évaluer la portée économique aujourd'hui. La figure de l'irrégulier est traditionnellement reconstituée grâce aux archives de la répression. On ne peut déroger à cette règle ici. La nature dangereuse ou potentiellement « superstitieuse » de certains thérapeutes irréguliers attirait l'attention soit des autorités politiques soit de l'instance garante des mœurs réformées, le Consistoire.

Les contours des irréguliers se dessinent progressivement et par exclusion, à mesure que s'affinent les silhouettes des figures régulières. La distinction entre les irréguliers tolérés et les réguliers agrégés était ténue à l'époque de Calvin. Jacques Carr, par exemple, était marchand et citoyen. Il justifie sa pratique de soignant spécialisé dans la réduction d'os brisés et le traitement de ruptures par le fait que son père le lui avait enseigné, comme ce dernier avait lui-même été instruit par son père[41]. Les autorités laïques comme les autorités ecclésiastiques et la Faculté ne s'intéressent pas de près à des pratiques de cette nature. Ce n'est pas à proprement parler l'activité médicale de Carr qui attirera l'attention du tribunal, mais la possible association des soins qu'il prodiguait avec des pratiques dites « superstitieuses ». Sous la pression du tribunal, Carr avouera finalement l'emploi de brevets, soit des billets sur lesquels étaient inscrits des mots et des formules censés guérir. D'autres habitants de Genève continueront à exercer des activités similaires au siècle suivant, en dépit de la codification toujours plus précise des modalités d'accès aux professions médicales. De tels praticiens se situent du mauvais côté de la limite du superstitieux dressée par les autorités réformées. En 1650, une femme aurait cherché à soigner une malade en se faisant donner ses habits, « et les rogneures des ongles de ses mains et pieds et a le tout porté hors les franchises de la ville et faire bruller puis faire boire les cendres à la malade et que ladicte femme a dict avoir demeuré trois jours et trois nuicts par les lieux déserts pour prier pour la malade »[42]. Il serait possible de multiplier

82 (2008), pp. 145-168.

41 LAMBERT *et al.*, *Registres du Consistoire*, t. 1, p. 44 (20 avril 1542).

42 AEG, R. Consist. 56, p. 100 (22 août 1650).

les exemples de cas, mais l'essentiel est de révéler la permanence de ces pratiques, en dépit d'un affaissement du nombre d'affaires touchant des praticiens « superstitieux » établis à l'intérieur de la ville au cours du XVIIe siècle, soit que ces pratiques disparaissent, soit qu'elles sont mieux dissimulées du regard de tiers. La pratique médicale irrégulière non superstitieuse était largement tolérée. Une habitante de la ville accusée de pratiques divinatoires au tout début du XVIIIe siècle, par exemple, se défend en affirmant distribuer des remèdes, sans que cette dernière affirmation ne suscite la moindre réprobation[43]. Débiter illégalement des médicaments peut être présenté comme une activité légitime et honnête. La persistance des activités de soignants irréguliers dans la ville est attestée indirectement. Un désaccord intervenu entre le soignant et son client à propos du payement révèle la pratique de Marguerite David[44] alors que c'est l'accusation d'être une empoisonneuse qui met à jour en 1703 le débit par Claude d'Arlay de « sublimé »[45] dont elle aurait appris les vertus auprès d'un médecin[46]... De toute évidence, la vente d'un remède pouvait encore être justifiée comme un service de voisinage. L'activité du marguillier Jacob Pittard (env. 1662 - ?) s'intègre dans cette nébuleuse. Au cours des premières décennies du XVIIIe siècle, Pittard soignait les maladies vénériennes à l'aide de poudres qui contenaient certainement du mercure. Pittard n'éveille pas l'intérêt des autorités consistoriales lorsqu'il est mentionné comme le soignant d'un mari vérolé. Il faut attendre qu'il accepte un objet volé en payement de ses poudres pour que les autorités judiciaires s'intéressent à sa pratique médicale[47]....

Si les irréguliers s'imposent en tant que groupe à la fin du XVIe siècle, leurs pratiques demeurent proches de celles des praticiens réguliers. Les critères de distinction se trouvent moins dans la forma-

---

43 AEG, R. Consist. 71, p. 253 (11 juin 1705).

44 Les 18 sols payés ne constituent pas une somme énorme pour un remède, mais elle est tout de même conséquente pour un ménage modeste. Un manœuvre gagnait environ 20 sols par jour en 1720 alors qu'à la même époque une livre de pain coûtait 4 sols (Anne-Marie PIUZ, « Jean Vian, ouvrier italien réfugié à Genève [vers 1690-1772] », *A Genève et autour de Genève aux XVIIe et XVIIIe siècle*, Lausanne, Payot, 1985, pp. 262-273).

45 Le mot « sublimé » désigne du mercure qui a été élevé « par le moyen du feu dans un matras, ou dans une cornuë » (*Dictionnaire de L'Académie française*, Paris, 1694).

46 AEG, R. Consist, 71 (29 novembre et 6 décembre 1703).

47 Sur Pittard, voir aussi RIEDER, « Médecins et patients à Genève », pp. 50-51.

tion que dans la nature des affiliations et des statuts individuels[48]. La grande mobilité des praticiens comme de la population dans son ensemble, prend fin après la signature de l'Édit de Nantes par Henri IV en 1598. Le XVIIe siècle sera calme et les praticiens réguliers se recrutent alors systématiquement au sein de l'élite sociale de la République : il faudra, à partir de 1658 être bourgeois de Genève pour accéder à l'un des trois métiers réguliers, soit médecin, apothicaire ou chirurgien. C'est au cours de ce processus de durcissement des contours des métiers orthodoxes, et alors que les épidémies de peste s'espacent, qu'apparaît un nouvel acteur, le charlatan. Trop a été dit et écrit sur cette figure pour qu'il soit abordé sereinement sans précaution. Avant toute chose, il s'agit d'être conscient que l'image que nous en avons aujourd'hui a été élaborée presqu'exclusivement à partir des critiques intéressées de ses concurrents, les docteurs. Le terme de charlatan recouvre dans un premier temps des itinérants d'origine italienne, mais il est rapidement étendu ensuite pour comprendre l'ensemble des itinérants, les vendeurs de remèdes secrets, les vendeurs de thériaque (triacleurs), les vendeurs d'orviétan[49], les dentistes ainsi que les opérateurs itinérants. Les produits des charlatans partagent les caractéristiques secrètes ou occultes des remèdes officiels avec, en prime, une origine lointaine et souvent exotique qui justifie le prix demandé. Le charlatan s'impose sur la place publique. Ses atours sont riches et imposants et il se fait connaître le plus souvent par affiches ou en mettant en scène un spectacle. Le premier charlatan mentionné dans les registres du Conseil est un vendeur de giroflée – une plante fortement odorante et propre à protéger des miasmes – qui arrive à s'introduire en ville en novembre 1611 alors que la peste menace[50]. Les charlatans et les opérateurs itinérants suscitent dès lors alternativement la réprobation de la Faculté qui essaye de les interdire[51] et celle du Consistoire qui cherche à prohiber leurs pratiques théâtrales[52]. Ils recevront néanmoins sans cesse des licences provisoires du Conseil, à l'exemple du « charlatan anglois » qui obtient en août 1613 l'autorisation de

48 La proximité des formations est parfois étonnante. Le praticien irrégulier le plus célèbre au XVIIIe siècle était Bernard Hildbrunner, dit Fontaine. Il avait été formé dans les universités de Bâle et de Valence, mais ne sera jamais admis dans la Faculté.

49 Électuaire de composition complexe, très en vogue aux XVIe et au XVIIe siècles.

50 AEG, R.C. 108, f. 290v (25 novembre 1611).

51 Une première fois le 3 avril 1624 (AEG, R.C. 123, f. 107v [21 mai 1624]).

52 AEG, R. Consist. 57, p. 239 (14 octobre 1658) ; R. Consist. 67, p. 87 (1er novembre 1694).

vendre ses drogues pendant deux semaines[53]. Peu de traces subsistent des pratiques médicales des vagues régulières de charlatans qui déferlent dès lors sur la ville, mais il est intéressant de relever qu'en dépit de la forte opposition des ministres et des praticiens, ils continuent d'affluer, de soigner et d'opérer à Genève, soit sur les places publiques lorsqu'ils bénéficient d'une licence provisoire, soit en attirant leurs clients au-delà des murs, dans des villages échappant à la juridiction de la Seigneurie. Certains reviennent régulièrement pendant plusieurs années, d'autres abusent de leur licence et pratiquent illégalement en ville jusqu'à ce qu'on les en chasse. Une certitude s'impose. Si le charlatan se présente aujourd'hui comme une figure médicale roublarde, il n'en était pas ainsi dans le passé. Les médecins et les chirurgiens s'intéressaient aux produits comme aux pratiques opératoires des itinérants[54]. Les laïcs et le Conseil de la République se méfiaient des avis intéressés des médecins contre les praticiens itinérants et tendaient à assurer aux habitants de la ville un accès à des produits et à des services introuvables en ville[55]. Les malades, eux, s'informaient frénétiquement des succès des uns et des autres et étaient prêts à tenter les remèdes de tout praticien qui parvenait à les convaincre. Dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle aussi bien Marie-Jeanne De la Rive, épouse du célèbre naturaliste Charles Bonnet, que la fille du célèbre médecin Théodore Tronchin seront opérées par un abbé itinérant, en dépit des liens privilégiés que leur famille entretenaient avec l'élite de la corporation[56].

Les services médicaux proposés par les irréguliers sont multiples et comprenaient des gestes et des opérations thérapeutiques peu maîtrisés par les praticiens établis. Ils contribuaient à « médicaliser » les localités éloignées, mais aussi les praticiens orthodoxes, en introduisant des nouveautés opératoires et thérapeutiques. L'art dentaire, par exemple, est alors une spécialité souvent revendiquée

---

53 AEG, R. C. 111, f. 203 (30 juillet 1613).

54 Pour le XVIIIe siècle, voir Micheline LOUIS-COURVOISIER, « Rhabilleurs, experts, chirurgiens, sages-femmes et pasteurs : les malades et leurs soignants en Suisse romande au XVIIIe siècle », in Vincent BARRAS et Micheline LOUIS-COURVOISIER (éds), *La médecine des Lumières : tout autour de Tissot*, Genève, Georg, 2001, pp. 187-200.

55 RIEDER ET TOURN, « Le Conseil et la santé ».

56 Pour le point de vue du patient sur les itinérants, voir Philip RIEDER, « Für eine anthropologische une medizinische Lektüre der Briefkultur im Jahrhundert der Aufklärung », in Martin DINGES et Vincent BARRAS (éds), *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 2007, pp. 143-156.

par des opérateurs itinérants. S'adresser à un tel acteur, spécialiste des extractions et du soin des dents, était plus attirant que de recourir à un chirurgien peu expérimenté et ignorant des dernières techniques. L'histoire des irréguliers met en lumière la perméabilité des mondes médicaux orthodoxes et alternatifs tout en révélant une caractéristique essentielle du monde médical : les praticiens agrégés bénéficient d'un monopole basé sur des notions de police et non pas de maîtrise théorique ou d'une quelconque supériorité de pratique. La finalité première de l'organisation en corporation est de protéger le patient du soignant dangereux. Le monde médical demeure assez souple pour intégrer tout soignant qui guérit et, en conséquence, le malade devait être assez avisé pour choisir lui-même le praticien qui lui convenait.

Les réguliers : chirurgiens et apothicaires

Les statuts de la Faculté genevoise, adoptés une première fois en 1569, réitérés et adaptés à plusieurs occasions par la suite, définissent clairement le cadre dans lequel devait pratiquer l'apothicaire et le chirurgien. Ce cadre est attendu et correspond précisément à celui qui est mis en place dans de nombreuses autres localités européennes à la même époque : le chirurgien devait se contenter de soigner les affections externes et l'apothicaire se limiter à préparer les remèdes tels qu'ils étaient prescrits par les médecins[57]. Si les choses étaient aussi simples, il ne resterait plus qu'à énumérer le nombre de praticiens recensés à Genève pour avoir une idée de l'offre thérapeutique. La réalité est bien plus complexe et une approche plus factuelle révèle un tissu économique particulièrement souple.

L'apothicaire est aujourd'hui la figure médicale dont le passé est le moins bien connu, tant l'illusion qu'il était un simple vendeur de remèdes demeure forte. Pourtant, pour l'observateur avisé, l'apothicaire s'impose comme un praticien de premier plan[58]. Comme les chirurgiens, une fois admis à la maîtrise, les apothicaires étaient libre d'ouvrir leurs boutiques où bon leur semblait dans la ville. Les emplacements privilégiés étaient proches des lieux com-

---

57 Les ordonnances sont publiées dans GAUTIER, *La médecine à Genève*, pp. 610-618.

58 Voir à ce propos David GENTILCORE (éd.), « The World of the Italian Apothecary. Apothecaries, 'Charlatans', and the Medical Marketplace in Italy, 1400-1750 », *Pharmacy in History*, 45/3 (2003).

merçants du bas de la cité, autour des places marchandes du Molard et de Longemalle, et encore à proximité du pont de l'Île. Parmi les acteurs de la médecine, l'apothicaire fait partie de l'élite urbaine, gagne bien sa vie et se trouve bien représenté dans les instances politiques[59]. Les parcours de maîtres apothicaires connus révèlent une large palette d'activités. L'apothicaire pouvait être, à l'instar d'Ami Varro (mort 1593), à la fois un marchand et dispensateur de remèdes[60]. D'autres apothicaires servaient de relais entre les fabricants de produits médicaux et les vendeurs itinérants qui les débitaient dans les campagnes[61]. Membres du Conseil, entrepreneurs dans de nombreux domaines, des apothicaires comme Ami Varro étaient peu présents dans leur boutique. Le train-train quotidien était peut-être délégué à l'épouse, mais certainement bien souvent laissé aux soins d'un ou de plusieurs compagnons et apprentis. La liste des seuls maîtres apothicaires – comme celle des maîtres chirurgiens d'ailleurs – ne représente que le sommet de l'iceberg. Dans les boutiques genevoises œuvraient de nombreux employés dont nous ne savons que peu. Le rôle des apothicaires, du point de vue du Conseil, consistait essentiellement à assurer la provision en qualité et en quantité de remèdes[62]. L'instruction régulière de procédures suite à un soupçon d'abus, atteste du contrôle continu qui pesait sur les boutiques. En 1556, une crise exceptionnelle débouche sur la condamnation de quinze apothicaires pour la vente de remèdes frelatés ![63] La face cachée de l'activité de l'apothicaire ne se trouve pas dans ses nombreuses entreprises industrielles et commerciales qui vont de la confection de bougies à l'ouverture de salons de tisane, mais plus directement à la suite qu'il donne aux demandes de ses clients. La logique économique veut que les malades cherchent à obtenir les soins les moins onéreux et le plus facilement accessibles[64] :

---

59 Les inventaires d'apothicaires attestent d'un bon niveau d'aisance. C'est le cas ailleurs, voir Margaret PELLING, « Occupational diversity : Barbersurgeons and the trades of Norwich, 1550-1640 », *Bulletin of the History of Medicine*, 56 (1982), p. 489.

60 Voir David HILER, « L'esprit du bourgeois est-il dans le chaudron ? », *Mélanges d'histoire éconoomique offertes au professeur Anne-Marie Piuz*, Genève, Université de Genève ISTEC, 1989, pp. 143-161.

61 Anne-Marie PIUZ, *Affaires et politique. Recherches sur le Commerce à Genève au XVIIIe siècle*, Genève, SHAG *(Mémoires et documents)*, 1964, pp. 149-150.

62 Les boutiques sont régulièrement visitées et des soupçons d'abus sont récurrents.

63 AEG, R.C. 51, ff. 245v-246v (3 août 1556).

64 John HENRY, « Doctors and healers : popular culture and the medical profession », in Paolo L. ROSSI, Maurice SLAWINSKI *et al.* (éds), *Science, culture and popular belief in Renais-*

s'adresser directement à l'apothicaire pour un conseil était alors, comme aujourd'hui, un moyen d'obtenir satisfaction rapidement et à bon prix. Consulté au début d'une maladie, l'apothicaire tendait à étirer ce lien jusqu'à rendre visite au malade chez lui. Il se contentait de facturer ses remèdes et, contrairement aux autres praticiens, ses visites étaient gratuites... La pratique, bien qu'illégale, est attestée pour l'ensemble de l'Ancien Régime genevois. En 1546 déjà, une femme se défend d'une liaison extraconjugale avec un homme, « led[it] appothicayre futz jamais chez eulx sinon que pour governer les mallades »[65]. Un siècle plus tard, en 1641, plusieurs témoignages au procès de l'apothicaire Marc Tollot (1594-1658) révèlent que celui-ci profitait de ses visites médicales pour flirter avec les jeunes filles de la maison[66]. Encore en 1761, à la suite d'une mort suspecte, l'apothicaire Le Royer rapporte éviter de rencontrer le docteur De Rabours au chevet des malades, étant donné que celui-ci désapprouvait la présence d'apothicaires au chevet des malades[67]. Voilà peut-être une trace de changement...

L'apothicaire est ainsi ce que l'on pourrait appeler aujourd'hui un médecin généraliste. Il partage ce statut avec le chirurgien dont les boutiques tendent à être mieux réparties dans la cité suggérant une activité au plus près des besoins de la population. La vente par les chirurgiens de remèdes, quoique formellement interdite, est attestée dans les contrats d'association entre praticiens qui précisent les modalités régissant le partage des gains provenant de cette activité[68]. Il en allait ainsi ailleurs[69]. Les chirurgiens offraient aussi

---

sance Europe, Manchester etc., Manchester Univ. Press, 1991, p. 196.

65 LAMBERT *et al.*, *Registres du Consistoire*, t. 2, f. 35v (25 février 1546).

66 AEG, PC 1re série 3051.

67 AEG, PC 1re série 10905.

68 Il est possible, mais peu vraisemblable, que les services de conseils thérapeutiques ou de vente de remèdes étaient offerts à l'extérieur de la ville seulement. Le partage des bénéfices des remèdes vendus est prévu, par exemple, dans l'association entre Daniel Thabuis et Antoine Ferrier en 1666 : AEG, Louis Pasteur (1645-1689), 43e vol., f. 128 (2 juillet 1666). Il faut relever que lorsque le chirurgien Lamon est accusé d'avoir procédé à une phlébotomie sur une femme sans prescription, ce n'est pas cette action qui déclenche la procédure, mais le soupçon que cette femme serait enceinte : l'acte s'apparente dès lors à une tentative d'avortement (AEG, PC 2e série 2708). Helen DINGWALL décrit des pratiques similaires à Edinbourg où les chirurgiens revendiquaient alors le droit de vendre des drogues (*Physicians, Surgeons and Apothecaries: Medicine in Seventeenth-Century Edinburgh*, East Lothian, Tuckwell Press, 1996, pp. 187 et 196).

69 Même des praticiens sans prétentions savantes pratiquaient une partie de la médecine

bien des conseils thérapeutiques que des remèdes, se substituant à la fois aux médecins et aux apothicaires .... Ils se trouvaient traditionnellement en concurrence avec une autre figure proche, le barbier qui offrait également des soins chirurgicaux de base. À Genève, à partir de la création de la Faculté en 1569, les chirurgiens étaient les seuls praticiens habilités à soigner l'extérieur du corps, le métier de barbier n'étant pas incorporé. Certains barbiers ont probablement continué à exercer. Jean Mabut, un artisan qui cherchait à établir une boutique « vers la Madeleine » en 1582, est désigné comme un barbier. Rien ne suggère qu'il pratiquait la chirurgie[70]. Des chirurgiens, par contre, n'hésitaient pas à offrir des services de rasage et près d'un siècle après les premières ordonnances sur la médecine, en 1658, la Faculté fait adopter de nouveaux règlements ou « ordonnances particulières pour les maîtres chirurgiens »[71]. Parmi les nouvelles dispositions, l'article 23 signale une réorganisation des métiers :

« *Nul de quelque qualité et condition qu'il soit ne s'ingerera d'exercer aucune partie de la chirurgie ni la tonsure ou rasure pour en faire profession, s'il n'est maitre chirurgien ou serviteur en la boutique d'un maitre chirurgien* »[72].

L'art du barbier est ainsi inclus dans le monopole du chirurgien sur les soins externes au corps. Il subsiste dans la codification de 1658mune possibilité de former des barbiers, soit des chirurgiens qui ne pratiquent pas les soins chirurgicaux : l'article 10 précise que « tout maitre qui enseignera quelque jeune homme seulement à raser et relever la moustache »[73] devra verser une somme réglementaire dans la boite de la maîtrise[74]. Les chirurgiens pouvaient donc for-

---

(Vivian NUTTON, « Humanist surgery », Andrew WEAR *et al.* [éds], *Medical Renaissance of the Sixteenth century* Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1985, pp. 75-99 ; Lucinda MCCRAY BEIER, « Seventeenth-century English surgery : the casebook of Joseph Binns », in Christopher LAWRENCE [éd.], *Medical Theory, Surgical Practice*, London etc., Routledge etc., 1987, pp. 48-84).

70 AEG, R.C. 77, f. 251 (28 décembre 1582).

71 Émile RIVOIRE et Victor van BERCHEM, *Les sources du droit du canton de Genève*, 4 vol., Aarau, H.R. Sauerländer (*Les sources du droit suisse*, XXII), 1935, t. 4, pp. 275-280 (15 février 1658).

72 *Ibid.* t. 4, p. 280 (15 février 1658).

73 *Ibid.* t. 4, p. 278 (15 février 1658).

74 Margaret PELLING fait état d'une évolution similaire à Norwich (« Tradition and Diversity : Medical Practice in Norwich 1550-1640 », *Scienze, credenze occulte, livelli di cultura : Convegno internazionale di studi [Firenze, 26-30 giugno 1980]*, Florence, Olschki, 1982, pp. 159-171).

mer des barbiers, et employer des compagnons pratiquant cet art[75]. L'importance économique du monopole gagné sur la barberie est évidente ; deux mois seulement après l'adoption de cette mesure, le régent de la neuvième classe, Pierre Chapuis, formule une requête, « comme il est chirurgien de sa profession, il desireroit en tirer quelque benefice et pour cet effect dresser une boutique au dessous de la maison où il loge ». Son projet n'aboutira pas, mais en l'état il illustre le fait que tout comme les praticiens irréguliers, des soignants réguliers pouvaient avoir plusieurs occupations successives, voire simultanées[76]. L'âpreté avec laquelle les chirurgiens défendront leur monopole sur la barbe contre les perruquiers, les soldats et tout autre individu cherchant à gagner de l'argent en rasant, suggère l'importance économique de la barberie. Dans les inventaires après décès de chirurgiens figurent immanquablement un livre des barbes, soit un livre comprenant les sommes dues par des particuliers pour le rasage. La plupart des clients prenaient un abonnement annuel. En 1721, à sa mort, Jean Louis Sabourin laisse une liste de 89 clients qui auraient souscrit à des services de cette nature dont la valeur oscillait entre 20 et 40 ff. par visage et par année[77]. La somme souscrite par un homme pour l'entretien de sa seule barbe correspondait à l'équivalent de dix à vingt jours de travail d'un manœuvre[78]. Il est dès lors peu étonnant que les chirurgiens engagent des compagnons ou des domestiques pour réaliser ce travail peu compliqué à même d'assurer des revenus réguliers[79]. L'apothicaire et le chirurgien ne sont pas de simples convoyeurs de services médicaux, mais des entrepreneurs actifs dans différents domaines. Il n'en demeure pas moins que le réseau des boutiques de ces artisans cadre la ville et propose à ses habitants un accès rapide à des savoirs et à des produits médicaux courants. L'exploration du monde de la boutique constitue un moyen d'évaluer la nature des produits médicaux offerts.

---

75 Cette organisation est confirmée dans la révision des ordonnances de 1697. Les articles 10, 21 et 23 ne diffèrent que sur des détails (RIVOIRE et van BERCHEM, *Les sources du droit*, t. 4, p. 627 [3 septembre 1697]).

76 La requête sera refusée (AEG, R.C. 158, p. 120 [14 avril 1658]).

77 AEG, Jur. Civ. F. 612, Jean Louis Sabourin (1721).

78 En se basant sur le salaire que gagne le journalier Jean Vian à cette époque. Voir Anne-Marie PIUZ, « Jean Vian, ouvrier italien réfugié à Genève (vers 1690-1772) », in *A Genève et autour de Genève aux XVIIe et XVIIIe siècle*, Lausanne, Payot, 1985, pp. 262-273.

79 Les apprentis s'y emploient également. Pour un exemple, voir AEG, PC 1re série 4453, Procédure contre Étienne fils de feu Pierre Dunant, apprenti chez le sieur David Dentand, maître chirurgien (17 mars 1679).

La boutique : l'exemple des chirurgiens

La boutique est non seulement une assise essentielle pour penser l'histoire des professions d'apothicaire, de barbier, de chirurgien et de perruquier, mais aussi un espace privilégié pour cerner la nature de la médicalisation de la société ; le degré de spécialité des artisans, les produits et les instruments présents fournissent des indices sur les pratiques plus ou moins médicales qui s'y déroulent. Un survol des boutiques de chirurgiens servira ici d'illustration. Au milieu du XVIIe siècle, la boutique de chirurgie se présentait comme un espace ouvert, tapissé par des meubles de rangement, étagères, arches, coffres et jonché de quelques chaises, d'un ou de plusieurs chauffe-eaux et agrémenté parfois de tentures. Un miroir y est invariablement suspendu et on y trouve aussi systématiquement un grand chandelier et un esquipot, c'est-à-dire un coffre dans lequel se range la recette. L'ornementation n'en est pas absente. Au moment de sa mort survenue en 1679, Louis Bailly exposait un tableau dans sa boutique, son propre portrait[80]. Vingt ans plus tôt, Charles Lourdereau possédait une peinture à l'huile représentant « différents types de cures » ainsi que cinq peintures[81]. La décoration incite à l'occasion des passants à entrer dans la boutique. C'est pour « regarder quelques anatomies » que Claude Baron de Montchenu serait entré, le 24 septembre 1642, dans la boutique de Frédéric Canadelle[82]. Les instruments et les objets conservés dans la boutique confèrent une idée des activités qui s'y déroulaient. En 1633, le premier inventaire conservé d'un chirurgien genevois, celui d'Etienne Chabrey, atteste d'une large palette de services offerts. Les étagères de sa boutique abritent des instruments de chirurgie comme des canules, des lancettes, des « brayes pour ruptures » (ceintures pour descentes) et des onguents pour faire des emplâtres. S'y trouvent également des coquemars servant à chauffer l'eau pour savonner les barbes, des bassines et poellettes (petites bassines), des rasoirs, des ciseaux, des peignes, des fers à « relever les moustaches », des instruments pour couper les ongles, un miroir et des chaises à dossiers. En clair, Chabrey offrait des services de rasage dans sa boutique. L'inventaire de Jean-François Magnin près d'un demi-siècle plus tard révèle la présence des mêmes objets de barberie, mais aussi d'« une boette de

---

80 AEG, Jur. Civ. F., n° 43, Louis Bailly (13 juin 1679).

81 AEG, Jur. Civ. L., n° 405, Charles Lourdereau, chirurgien (19 septembre 1659).

82 AEG, PC 1re série 3206.

sapin dans laquelle il y a des cheveux servant a faire perruque [...] avec un moule a faire leditz perruques ». La présence de tels objets atteste de la constance de pratiques régulières de rasage, confirmée encore par la désignation de l'esquipot comme étant le réceptacle de « l'argent des barbes ». D'autres objets présents dans ces boutiques comme de petites brosses à chapeaux inventoriées chez Magnin, des coupe-ongles, des brosses à habits, des peignes, des onguents et des poudres confirment la spécialisation des boutiques dans le marché des apparences[83]. La boutique genevoise de chirurgie est bien un espace où l'on prend soin à la fois de la santé du corps et de son apparence, deux domaines proches et importants pour l'image sociale de chacun.

La mobilité attestée du chirurgien découle de l'organisation de son activité en différents lieux. Les soins corporels courants paraissent avoir été typiquement proposés dans la boutique alors que les soins chirurgicaux se déroulent le plus communément au dehors, chez les particuliers. Il arrivait pourtant que la boutique serve de lieu de soins. Un pansement simple peut être réalisé dans la boutique même. Le client Abraham Aragon, raconte David Dentand, serait venu à sa boutique se faire « penser de certaine playe » le 9 juin 1642 sur les dix heures du soir[84]. La plupart des cas avérés concernent des soins d'urgence, résultant d'accidents survenus à proximité. En avril 1669, une rixe laisse Louis Simon de Normandie blessé, à la Fusterie. La victime est secourue par un domestique du maître chirurgien Danel qui le soigne alors dans la boutique de ce dernier[85]. La proximité du lieu de l'action est ici primordiale et le blessé est généralement accueilli dans l'abri le plus proche où le chirurgien se rend pour lui apporter les premiers secours[86]. Bremier, maître chirurgien, accourt en juillet 1696 assister Catherine Monet, tombée de sa fenêtre. Il « l'emporte » dans la maison de sa mère et lui ouvre la veine « parce que son poulx palpitoit encore »[87].

---

83 AEG, Jur. Civ. F. 453, Inventaire Jean François Magnin (1677). Les barbiers-chirurgiens londoniens embrassent un champ d'activité similaire (Margaret PELLING, « Appearance and reality: barber-surgeons, the body and disease », in A. L. BEIER et Roger FINLEY [éds], *London 1500-1700. The making of the metropolis*, London etc., Longman, 1986, p. 94).

84 AEG, R.C. 141, p. 178 (11 juin 1642).

85 AEG, PC 2e série 2708.

86 Paola PERGHER, *Accidents au siècle des Lumières: l'exemple genevois*, Genève, mémoire de lic., Université de Genève, 2002.

87 AEG, PC 1re série 5096.

Quoi qu'on pense de cette saignée, l'assistance était un devoir. En 1762, Pierre-Louis Macaire (1735-1814) sera condamné à trois jours de prison pour avoir refusé de se lever pour assister Zacharie Gaucher tombé sans conscience dans le « cul de sac de la rue Verdaine »[88]. Parmi les barbiers chirurgiens, certains ne se contentent pas de pratiquer des soins courants et se spécialisent dans des pratiques médicales plus pointues. Ce groupe tend à se distinguer des autres chirurgiens en se qualifiant de « maître c[h]irurgien et opérateur » comme le fait Thomas Burnet (1603-1664) dans une dizaine d'actes notariés[89]. Cette distinction invite ainsi à concevoir aux côtés du barbier et du chirurgien généraliste, un troisième échelon correspondant à l'élite de la profession, le chirurgien opérateur. Dans l'ensemble, avant 1750, les chirurgiens opérateurs conservent la gestion de leur boutique tout en se spécialisant dans des activités plus prestigieuses qui se déroulent, la plupart du temps, à l'extérieur de celle-ci. Pierre Sabourin (1647-1718), par exemple, étudie et expérimente différentes techniques de chirurgie. À sa mort en 1718, il possède quelques 87 livres médicaux et 51 items classés comme « outils de la profession de chirurgien » parmi lesquels une majorité d'instruments servant à réaliser des opérations spécifiques comme le bec de lièvre, la fistule, la gravelle, etc. Dans cette collection figurent un arbre pour la trépanation, un grand couteau pour le cancer du sein, cinq crochets pour les accouchements, des instruments pour réaliser des lithotomies, trois aiguilles pour la cataracte et une série de couteaux et de scies pour les amputations[90]. La possession de ces instruments ne signifie pas que Sabourin les maîtrisait tous, mais différents indices laissent entendre qu'il était capable d'entreprendre des opérations compliquées et dangereuses[91]. Le dernier article cité, par exemple, les instruments pour réaliser des amputations, aurait pu lui servir dans la mise au point d'une nouvelle pratique d'amputation des jambes qu'il essayait, en 1701, sur un cadavre cédé à cet effet par le Conseil[92]. Dans la seconde moitié du XVIIIe siècle,

---

88 AEG, R.C. 262, p. 158 (6 avril 1762).

89 Par exemple, lorsque Thomas Burnet loue une boutique à un orfèvre. AEG, Étienne Bon (1597-1631), 14e vol, f. 520v (5 août 1624).

90 AEG, Jur. Civ. F. 611, Pierre Sabourin (1718).

91 Peu de chirurgiens parisiens étaient capables de réaliser des opérations dangereuses (la pierre, la hernie, une amputation ou des opérations sur l'œil) avant la seconde moitié du XVIIIe siècle (GELFAND, *Professionalizing Modern Medicine*, pp. 38-39).

92 AEG, R.C. 201, p. 541 (26 décembre 1701) et AEG, R.C. 203, p. 599 (23 novembre 1703).

la limitation du nombre de boutiques et l'émancipation progressive de la chirurgie incitent les maîtres chirurgiens à déléguer une partie de leurs activités à d'autres chirurgiens, des « privilégiés »[93]. Le contrat signé en novembre 1763 par François-David Cabanis, un des chirurgiens les plus prestigieux de la ville avec un chirurgien admis à l'habitation le 26 août de la même année, Jean Laval originaire de Revel en Languedoc, est explicite. Cabanis cède son privilège et son « fonds de boutique de barbier »[94]. Laval se charge du travail de la barbe. Il ne peut pratiquer la « petite chirurgie » que sous les ordres ou en remplacement de Cabanis lui-même...[95] Sous-traiter la boutique devient une habitude pour l'élite de la profession qui tend à pratiquer de plus en plus ouvertement la médecine et la chirurgie[96]. La boutique demeure, un « bureau d'adresse », un relais qui permettait aux clients de faire parvenir un message au maître[97]. Au cours de l'époque moderne, les chirurgiens genevois sont apprentis, compagnons, domestiques ou opérateurs ; certains soignent, d'autres opèrent, d'autres encore se contentent de raser. Leurs boutiques sont des entreprises polymorphes, centrées sur les apparences et les soins du corps. La nature des services qu'on y trouve ne relève pas systématiquement de la médecine telle que nous la concevons aujourd'hui, mais c'est là un indice de la particularité de la nature de la médicalisation de cette société.

Conclusion :

La nature de la place jouée par la médecine dans la société d'Ancien Régime n'engage pas à nier l'importance du développement de la médecine académique depuis la Révolution française, ni l'ascension du pouvoir des docteurs médecins et l'élargissement de leur sphère d'influence, mais incite à identifier d'autres phénomènes

---

93 Une sous-traitance limitée aux soins de la barbe par le Conseil en 1759 (AEG, R.C. 259, p. 420 [22 août 1759]).

94 PERRENOUD et PERRET, *Livre des Habitants de Genève*, p. 252.

95 AEG, Jean Jaques Choisy II (1760-1792), 4e vol., f. 486 (15 novembre 1763).

96 En 1768, Pierre Louis Macaire cède lui aussi son privilège de raser à un habitant, à Jean Cambessedès qui est chirurgien de campagne à Russin en 1786 et à Jussy en 1791. Son propre fils cédera également son privilège de faire les barbes en 1790 (AEG, Jean François Jacob Richard (1767-1799), 1er vol., f. 386 ; Jean Louis Duby (1757-1800), 34e vol, f. 1013).

97 AEG, Jean François Jacob Richard (1767-1799), 1er vol, f. 386 (Conventions portant cession et obligation pour sieur Pierre Louis Macaire contre Sieur Jean Cambassedes [11 juillet 1768]).

comme la disparition d'une multitude de sources de savoir médical et la perte d'autonomie de l'individu dans la gestion de sa santé. Le champ d'investigation qu'offre un espace restreint comme la République genevoise au cours de l'Ancien-Régime illustre la portée de l'élargissement des problématiques historiques à des questions touchant toutes les pratiques de santé, quel que soit leur statut. Il est frappant de constater que l'offre des praticiens agrégés dans la corporation ne constitue alors qu'une partie de l'offre médicale. Au-delà des particularités locales qui étaient pourtant nombreuses, le monde médical d'Ancien Régime est régi par des valeurs étrangères à la hiérarchie savante de la médecine scientifique du XXIe siècle. La nature et le degré de médicalisation à cette époque méritent d'être explicités. Les conduites et les statuts n'étaient pas simplement arrêtés par les détenteurs d'un savoir dominant, mais par des privilèges octroyés à des groupes de professionnels. Ceux-ci étaient surveillés par des laïcs, habités d'un bon sens paternel et d'un souci constant pour le bien-être des usagers de services médicaux[98].

La poursuite de problématiques centrées sur les pratiques permet de complexifier notre compréhension du monde des soins. Il en résulte un élargissement de la profondeur de champ et une multiplication du nombre d'individus définis comme étant des praticiens[99]. Les titres pris ou donnés par chacun jouent un rôle important dans la façon dont la corporation était perçue. L'usage particulier du terme de chirurgien à Genève aux XVIIe et XVIIIe siècles a eu pour effet d'occulter les multiples services que l'ensemble des acteurs rattachés aux boutiques de chirurgie assuraient. La réunion en une seule des compétences de figures aujourd'hui distinctes, ne signifie pas une organisation professionnelle plus fruste, mais la proximité de deux domaines, les apparences et la santé. De la même manière, on pourrait rapprocher les apothicaires des épiciers et mettre en parallèle l'alimentation, le régime et les remèdes. L'attention prêtée aux pratiques révèle également que nombre de chirurgiens ne travaillaient de leur métier qu'occasionnellement, voire, comme le

---

98 L'étude de la jurisprudence sur la pratique illégale de la médecine amène Céline PAUTHIER à des conclusions similaires (*L'exercice illégal de la médecine (1673-1793 : Entre défaut de droit et manière de soigner*, Paris, Glyphe & Biotem éditions, 2002, pp. 325-354).

99 Comme le signale Toby GELFAND pour le seul métier de chirurgien (« Medical Professionals and Charlatans. The *Comité de salubrité enquête* of 1790-91 », *Histoire sociale - Social History*, XI [1978], p. 76).

régent Pierre Chapuis, pas du tout. C'est un nouvel indice de l'utilité d'aller au-delà des statuts pour s'intéresser aux pratiques. Dans les boutiques d'apothicaires et de chirurgiens s'activaient des soignants dont l'histoire n'a que rarement retenu le nom. Le décompte précis des professionnels de la santé tend ainsi à échapper à l'historien qui se retrouve à additionner des noms sans savoir quel pourcentage des actifs entre finalement dans son filet. En termes quantitatifs, le résultat est pourtant impressionnant. Plus de mille cinq cents individus ont pu être recensés entre 1540 et 1799, des individus rattachés, directement ou indirectement, à la Faculté. Le nombre de ceux qui œuvraient à la limite de la médecine domestique, de la médecine caritative ou pour qui la santé était une activité parmi d'autres, est conséquent mais demeure imprécis, tant les traces de leurs pratiques sont parcellaires. Si ces acteurs apportaient des services de type médicaux, ces services n'étaient pas toujours clairement différenciés de ceux échangés dans des contextes domestiques. Une des particularités du niveau de médicalisation d'Ancien Régime est la prévalence des mêmes lignes théoriques dans l'ensemble de la société. Ce n'est qu'avec l'avènement de la médecine clinique au XIXe siècle que le médecin a su imposer une autre réalité, celle produite par des universitaires, un discours médical qui servira à transformer le monde des soins. Il y a bien une rupture progressive, en médecine, entre la fin de l'époque moderne et le début de l'époque contemporaine.

Le degré de médicalisation des sociétés d'Ancien Régime était élevé, mais clairement articulé autour de la santé individuelle et non pas d'un savoir médical normatif tel qu'il peut être produit par les milieux académiques. Par conséquent, le degré de médicalisation de ces sociétés doit être pensé non pas à partir du médecin (ou encore du maître chirurgien), mais à partir des négociations constantes entre l'ensemble des soignants et les non-médecins. Dans l'historiographie, comme dans les pages qui précèdent, le médecin perd sa place de figure médicale par excellence et ce n'est pas par hasard qu'il est aujourd'hui délaissé. Le parcours réalisé révèle que son rôle n'est pas celui qu'on attend ; même en ville, il n'est pas un généraliste omniprésent. Le moment est venu de revenir sur cette figure et de s'interroger sur ses pratiques. Le médecin est issu de milieux sociaux privilégiés et, comme pour d'autres soignants, la médecine ne constituait le plus souvent qu'un pourcentage de son revenu et, en définitive, qu'une partie de son activité. Le docteur en médecine pourrait dès lors être pensé comme un théoricien qui

chapeaute le monde de la pratique. Il est souvent associé au monde lettré et son expertise est requise en cas de maladie chronique. Ainsi, la redécouverte récente du monde des pratiques irrégulières, des soignants religieux et des praticiens subalternes invite à reconsidérer les activités du docteur en médecine et à chercher à le réintégrer dans une problématique plus large. Face aux contours flexibles du monde médical, le plus frappant n'est pas la qualité ni le nombre de praticiens offrant des services, mais le fait qu'en cas de problème de santé, c'est au malade ou à son entourage qu'il incombait d'effectuer le tri et de juger lequel des pourvoyeurs de services médicaux était le plus adapté à une situation ou à un état de santé donné. Dans ce sens, il est rare qu'une autorité quelconque s'avise d'interdire à un malade de chercher un soulagement auprès du soignant de son choix, quels que soient les titres de ce dernier. L'organisation territoriale tend à renforcer ce trait. Les chirurgiens, les médecins et les apothicaires de la Faculté échappaient à toute réglementation dès lors qu'ils sortaient de la juridiction de la cité. La souplesse du monde corporatif répond ainsi avant tout à des impératifs pratiques et économiques. La Faculté doit admettre l'existence d'un monde professionnel ou semi-professionnel parallèle qui est largement toléré par la collectivité. Cette situation illustre le fait qu'en médecine, comme dans d'autres activités économiques, il n'y avait pas de délimitation rigide entre le monde corporatif et le grand public[100]. Cela étant, il y avait bien une organisation des métiers de la santé. Pensée pour protéger les malades, sa structure rigide cache de fait la transformation constante des pratiques et leur adaptation régulière aux besoins. Un pan de cette histoire peut être rédigé à partir des requêtes continuelles de la Faculté contre les autres soignants. Le Conseil ne refuse que rarement des autorisations temporaires de pratique, et l'entrain qu'il déploie à poursuivre ceux qui pratiquaient illégalement est pour le moins timoré.

Le tableau demeure pointilliste et l'image devra être affinée, mais le chemin parcouru suggère quelques remarques sur le processus de médicalisation. En premier lieu, le monde des praticiens subalternes était pluriel et connaissait des évolutions propres. L'exemple de la chirurgie, développé avec le plus de détails ici,

---

100 Pour une bibliographie sur ce sujet, voir Clare Haru CROWSTON, « L'apprentissage hors des corporations. Les formations professionnelles alternatives à Paris sous l'Ancien Régime », *Annales HSS*, (2005), pp. 410-411.

signale plusieurs catégories de chirurgiens dont certains prennent, grâce à l'approfondissement de leur savoir et le développement de leur pratique, un ascendant sur les autres soignants. Il y a donc un processus en cours dès le XVIIe siècle qui voit des chirurgiens s'imposer comme des médecins empiriques. En second lieu, le processus de médicalisation décrit par Jean-Pierre Goubert et d'autres doit bien être associé à une évolution dans le profil des médecins de formation universitaire dont les modalités de formation évoluent clairement à partir de 1750 : insatisfaits du seul diplôme académique, les praticiens entreprennent des stages de plusieurs années dans les hôpitaux. La dynamique ne paraît cependant pas être foncièrement médicale, mais tributaire du discours rationalisant et conquérant des Lumières qui prête à la médecine des capacités insoupçonnées jusqu'alors. Le résultat est une tentative de regroupement de l'ensemble des savoirs et des compétences, notamment de ceux qui étaient détenus par des soignants irréguliers et subalternes, et un rapprochement notable des universitaires avec des chirurgiens. La médicalisation après 1750 est bien caractérisée par un processus d'unification de la figure du médecin.

Ch.s Bonnet né 1720.

Th.re Tronchin Prof.r né 1709.

Illustrations tirées de «Fragmens biographiques et historiques»
Genève, 1815, pp. 329 et 349