

La politique de la santé au XVIII siècle

« La politique de la santé au xviii siècle », *Les Machines à guérir. Aux origines de l'Hopital moderne; dossiers et documents*, Paris, Institut de l'environnement, 1976, pp. 11-21.

Deux remarques pour commencer.

1. Une médecine privée, < libérale », soumise aux mécanismes de l'initiative individuelle et aux lois du marché; une politique médicale qui prend appui sur une structure de pouvoir et qui vise la santé d'une collectivité; il n'est guère fécond, sans doute, de chercher entre elles deux un rapport d'antériorité ou de dérivation. Il est un peu mythique de supposer, à l'origine de la médecine occidentale, une pratique collective, à laquelle les institutions magico-religieuses auraient donné son caractère social, et que l'organisation des clientèles privées aurait par la suite démantelée peu à peu. Mais il est tout aussi inadéquat de supposer, au seuil de la médecine moderne, un rapport singulier, privé, individuel, < clinique > dans son fonctionnement économique et dans sa forme épistémologique, et qu'une série de corrections, d'ajustements ou de contraintes aurait lentement socialisé, en le faisant pour une part prendre en charge par la collectivité.

Ce que montre en tout cas le xviii^e siècle, c'est un processus à double face; le développement d'un marché médical sous la forme de clientèles privées, l'extension du réseau d'un personnel qui offre des interventions médicalement qualifiées, la croissance d'une demande de soins de la part des individus et des familles, l'émergence d'une médecine clinique fortement centrée sur l'examen, le diagnostic, la thérapeutique individuels, l'exaltation «explidtement morale et scientifique (secrètement économique) du colloque singulier, bref, la mise en place progressive de la grande médecine du xix^e siècle ne peut pas être dissociée de l'organisation, à la même époque, d'une politique de la santé et d'une prise en considération des maladies comme problème politique et économique, qui se pose aux collectivités et qu'elles doivent, essayer de résoudre au niveau de leurs décisions d'ensemble. Médecine<privée > et médecine < socialisée relèvent, dans leur appui réciproque et dans leur opposition, d'une stratégie globale. il n'y a sans doute pas de société qui ne mette en œuvre une certaine < noso-politique ». Le xviii^e siècle ne l'a pas inventée. Mais il lui a prescrit de nouvelles règles, et surtout il l'a fait passer à un niveau d'analyse explicite et concertée .qu'elle n'avait jamais connu jusque-là.

On entre alors moins dans l'âge de la médecine sociale que dans celui de la noso-politique réfléchie.

2. Il ne faut pas situer dans les seuls appareils d'État le pôle d'initiative, d'organisation et de contrôle de cette noso-politique. Il a existé en fait des politiques multiples de santé et des moyens divers de prise en charge des problèmes médicaux : groupes religieux. (importance considérable, par exemple, des Quakers et des divers mouvements du Dissent en Angleterre); associations de secours et de bienfaisance (depuis les bureaux de paroisse jusqu'aux sociétés de philanthropes qui fonctionnent un peu comme organes de la surveillance qu'exerce une classe sociale privilégiée sur les autres, plus démunies et par là même porteuses de danger collectif) ; sociétés savantes, les académies du xviii^e siècle ou les sociétés de statistique du début du xix^e siècle essaient d'organiser un savoir global et quantifiable des phénomènes

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

de morbidité. La santé, la maladie comme fait de groupe et de population sont problématisées au xviii^e siècle à partir d'instances multiples par rapport auxquelles l'État lui-même joue des rôles divers. Il lui arrive d'intervenir directement : les distributions gratuites de médicaments se sont poursuivies en France, avec une ampleur variable de Louis XIV à Louis XVI. Il lui arrive de mettre en place des organismes de consultation et d'information (le Collegium sanitaire de Prusse date de 1685; la Société royale de médecine est fondée en France en 1776). Il lui arrive aussi d'échouer dans ses projets d'organisation médicale autoritaire (le Code de santé élaboré par Mai et accepté par l'Électeur palatin en 1800 ne fut jamais appliqué). Il lui arrive aussi d'être l'objet de sollicitations auxquelles il résiste.

3. La problématisation de la noso-politique au xviii^e siècle ne traduit donc pas une intervention uniforme de l'État dans la pratique de la médecine, mais plutôt l'émergence, en des points multiples du corps social, de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent d'une manière ou d'une autre une prise en charge collective. La noso-politique, plus que le résultat d'une initiative verticale, apparaît au xviii^e siècle comme un problème à origines et à directions multiples : la santé de tous comme urgence pour tous; l'état de santé d'une population comme objectif général.

Le trait le plus marquant de cette < noso-politique > dont le souci traverse la société française — et européenne - au xviii^e siècle est sans doute le déplacement des problèmes de santé par rapport aux techniques de l'assistance. Schématiquement, on peut dire que, jusqu'à la fin du xviii^e siècle, les prises en charge collectives de la lie se faisaient à travers l'assistance aux pauvres. Il y a des ceptions, bien sûr : les règlements à appliquer en temps d'épidémie, les mesures qu'on prenait dans les villes pestiférées, les quarantaines qui étaient imposées dans certains grands ports constituaient des formes de médicalisation autoritaire qui n'étaient pas organiquement liées aux techniques de l'assistance. Mais, hors de ces cas limites, la médecine entendue et exercée comme « service » n'était jamais que l'une des composantes des < secours >. Elle s'adressait à la catégorie si imposante, malgré l'indécision de ses frontières, des < pauvres malades >. Économiquement cette médecine-service était pour l'essentiel assurée par des fondations de charité. Institutionnellement, elle était exercée dans le cadre d'organisations (religieuses ou laïques) qui se proposaient des fins multiples : distribution de nourriture, de vêtements, entretien des enfants abandonnés, éducation élémentaire et prosélytisme moral, ouverture d'ateliers et d'ouvroirs, éventuellement surveillance et sanctions des éléments « instables » ou « troubles » (les bureaux des hôpitaux avaient, >).

Du point de vue technique, la part prise par la thérapeutique dans le fonctionnement des hôpitaux à l'âge classique était limitée, par rapport à l'aide matérielle et par rapport à l'encadrement administratif. Dans la figure du < pauvre nécessiteux >, qui mérite l'hospitalisation, la maladie n'était que l'un des éléments dans un ensemble qui comprenait aussi bien l'infirmité, l'âge, l'impossibilité de trouver du travail, l'absence de soins. La série maladie-services médicaux-thérapeutiques occupe une place limitée et rarement autonome dans la politique et l'économie complexe des < secours >.

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

Premier phénomène à relever au cours du XVIII^e siècle : la dislocation progressive des procédures mixtes et polyvalentes de l'assistance. Ce démantèlement s'opère ou plutôt il est exigé (car il ne commencera à devenir effectif que tard dans le siècle) à partir du

examen général du mode d'investissement et de capitalisation : la pratique des < fondations > qui immobilisent des sommes impôt tantes et dont les revenus servent à entretenir des oisifs qui peuvent ainsi demeurer hors des circuits de production est critiquée par les économistes et par les administrateurs. Il s'opère également à partir d'un quadrillage plus serré de la population et des distinctions qu'on essaie d'établir entre les différentes catégories de malheureux auxquels s'adressait confusément la charité dans la lente atténuation des statuts traditionnels, Je < pauvre > est l'un des premiers à s'effacer et à faire place à toute une série de distinctions fonctionnelles (les bons et les mauvais pauvres, les oisifs volontaires et chômeurs involontaires ; ceux qui peuvent faire un certain travail et ceux qui ne le peuvent pas). Une analyse de l'oisiveté - de ses conditions et de ses effets — tend à se substituer à la sacralisation un peu globale du < pauvre >. Analyse qui, dans la pratique, se propose pour objectif, au mieux de rendre la pauvreté utile en la fixant sur l'appareil de production, au pire d'alléger le plus possible le poids qu'elle fait peser sur le reste de la société : comment mettre au travail les pauvres < valides >, comment les transformer en main-d'œuvre utile; mais aussi comment assurer l'autofinancement par les moins riches de leur propre maladie et de leur incapacité transitoire ou définitive de travailler ; ou encore comment rendre rentables à court et à long terme les dépenses qu'on engage pour l'instruction des enfants abandonnés et pour les orphelins. Se dessine ainsi toute une décomposition utilitaire de la pauvreté, où commence à apparaître le problème spécifique de la maladie des pauvres dans son rapport avec les impératifs de travail et la nécessité de la production.

Mais il faut noter aussi un autre processus, plus général que celui-là, et qui n'en est pas le simple développement. C'est l'apparition de la santé et du bien-être physique de la population en général comme l'un des objectifs essentiels du pouvoir politique. Il ne s'agit plus là du soutien à une frange particulièrement fragile — troublée et perturbatrice — de la population, mais de la manière dont on peut élever le niveau de santé du corps social dans son ensemble. Les divers appareils de pouvoir ont à prendre en charge les « corps », non pas simplement pour exiger d'eux le service du sang ou pour les protéger contre les ennemis, non pas simplement pour assurer les châtiments ou extorquer les redevances, mais pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé. L'Impératif de santé : devoir de chacun et objectif général....

En prenant un peu de recul, on pourrait dire que, depuis le fond du Moyen Âge, le pouvoir exerçait traditionnellement deux grandes fonctions : celle de la guerre et de la paix, qu'il assurait par le monopole difficilement acquis des armes, celle de l'arbitrage des litiges et de la punition des délits, qu'il assurait par le contrôle des fonctions judiciaires. *Pax et justitia*. À ces fonctions s'était ajoutée, depuis la fin du Moyen Âge, celle du maintien de l'ordre et de l'organisation de l'enrichissement. Or voilà qu'apparaît au XVIII^e siècle une fonction nouvelle : l'aménagement de la société comme

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

milieu de bien-être 1 physique, de santé optimale et de longévité. L'exercice de ces trois dernières fonctions (ordre, enrichissement, santé) est assuré moins par un appareil unique que par un ensemble de règlements et d'institutions multiples qui prennent au xviii^e siècle le nom générique de < police >.) Ce qu'on appellera jusqu'à la fin de l'Ancien Régime la police, ce n'est pas, ou pas seulement, l'institution policière; c'est l'ensemble des mécanismes par lesquels sont assurés l'ordre, la croissance canalisée des richesses et les conditions de maintien de la santé en général » : le *Traité de La Mare* * - grande charte des fonctions de police à l'époque classique - est à ce sujet significatif. Les onze rubriques selon lesquelles il classe les activités de police se répartissent facilement selon ces trois grandes directions : respect de la réglementation économique (circulation des marchandises, procédés de fabrication, obligations des gens de métier, soit entre eux, soit à l'égard de leur clientèle); respect des mesures d'ordre (surveillance des individus dangereux, chasse aux vagabonds et éventuellement aux mendiants, poursuite des criminels) ; respect des règles générales d'hygiène (veiller à la qualité des denrées mises en vente, à l'approvisionnement en eau, à la propreté des rues).

Au moment où les procédures mixtes de l'assistance sont décomposées et décantées, et où se découpe dans sa spécificité économique le problème de la maladie des pauvres, la santé et le bien-être physique des populations apparaissent comme un objectif politique que la « police » du corps social doit assurer à côté des régulations économiques et des contraintes de l'ordre. L'importance soudaine prise par la médecine au xviii^e siècle a son point d'origine là où se croisent une nouvelle économie < analytique > de l'assistance et l'émergence d'une < police > générale de la santé. La nouvelle noso-politique inscrit la question spécifique de la maladie des pauvres dans le problème général de la santé des populations; et elle se déplace du contexte étroit des secours de charité à la forme plus générale d'une < police médicale », avec ses contraintes et ses services. Les textes de T. Rau : *Medicnische Polieey Ordnung*

\

1 La Mare (N. de), *Traité de la police*, Paris, Jean Cot, 1705.

(1764) *, et surtout le grand ouvrage de J. P. Frank : *System einer medicinischen Polizey* **, sont l'expression la plus cohérente de cette transformation.

Le support de cette transformation ? On peut dire en gros qu'il s'agit de la préservation de l'entretien et de la conservation de la < force de travail >. Mais sans doute le problème est-il plus large: il concerne vraisemblablement les effets économico-politiques de l'accumulation des hommes>. La grande poussée démographique de l'Occident européen au cours du xviii^e siècle, la nécessité de la coordonner et de l'intégrer au développement de l'appareil de production, l'urgence de la contrôler par des mécanismes de pouvoir plus adéquats et plus serrés font apparaître la < population > — avec ses variables de nombre, de répartition spatiale ou chronologique, de longévité et de santé - non seulement comme problème théorique, mais comme objet de surveillance, d'analyse, d'interventions, d'opérations modificatrices, etc. S'esquisse le projet d'une technologie de la population : estimations

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

démographiques, calcul de la pyramide des âges, des différentes espérances de vie, des taux de morbidité, étude du rôle que jouent l'une par rapport à l'autre la croissance des richesses et celle de la population, diverses incitations au mariage et à la natalité, développement de l'éducation et de la formation professionnelle. Dans cet ensemble de problèmes, le < corps > — corps des individus et corps des populations — apparaît porteur de nouvelles variables : non plus simplement rares ou nombreux, soumis ou rétifs, riches ou pauvres, valides ou invalides, vigoureux ou faibles, mais plus ou moins utilisables, plus ou moins susceptibles d'investissements rentables, ayant plus ou moins de chances de survie, de mort ou de maladie, plus ou moins capables d'apprentissage efficace. Les traits biologiques d'une population deviennent des éléments pertinents pour une gestion économique, et il est nécessaire d'organiser autour d'eux un dispositif qui n'assure pas seulement leur assujettissement, mais la majoration constante de leur utilité/ On peut comprendre à partir de là plusieurs caractères de la noso-politique du xviii^e siècle.

4. *Le privilège de l'enfance et la médicalisation de la famille.* Au problème des < enfants > (c'est-à-dire de leur nombre à la naissance et du rapport natalité-mortalité) s'ajoute le problème de l' < enfance > c'est-à-dire de la survie jusqu'à l'âge adulte, des

I

1 Rau (W. T.), *Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policy-Ordnung in einem Staat*, Ulm, 1764.

1 Frank (J. P.), *System einer Vollständigen medicinischen Polizey*, Mannheim, C. F. Schwan, 1779-1790, 6 vol.

conditions physiques et économiques de cette survie, des investissements nécessaires et suffisants pour que la période de développement devienne utile, bref, de l'organisation de cette < phase > qui est perçue comme à la fois spécifique et finalisée). Il ne s'agit plus seulement de produire un nombre optimal d'enfants, mais de gérer convenablement cet âge de la vie.

On codifie alors selon de nouvelles règles — et fort précises — les relations des parents et des enfants. Demeurent bien sûr, et avec peu d'altération, les rapports de soumission et le système des signes qu'ils exigent. Mais ils doivent être investis désormais par tout un ensemble d'obligations qui s'imposent à la fois aux parents et aux enfants : obligations d'ordre physique (soins, contact, hygiène, pro- prêt, proximité attentive); allaitement des enfants par les mères; souci d'un habillement sain ; exercices physiques pour assurer le bon développement de l'organisme : corps à corps permanent et contraignant des adultes avec les enfants. La famille ne doit plus être seulement un réseau de relations qui s'inscrit de ce fait dans un statut social, dans un système de parenté, dans un mécanisme de transmission des biens. Elle doit devenir un milieu physique dense, saturé, permanent, continu, qui enveloppe, maintient et favorise le corps de l'enfant. Elle prend alors une figure matérielle en se découpant selon une étendue plus étroite ; elle s'organise comme l'entourage proche de l'enfant ; elle tend à devenir pour lui un cadre immédiat de survie et d'évolution. Ce qui entraîne un effet de resserrement, ou du moins une intensification des éléments et des relations qui constituent la famille étroite (le groupe parents-enfants). Ce qui entraîne aussi un certain renversement des axes : le lien conjugal ne sert plus seulement (ni même peut-être en premier lieu) à établir la jonction entre deux ascendances, mais à organiser ce qui

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

servira de matrice à l'individu adulte. Sans doute elle sert toujours à donner suite à deux lignées, donc à produire de la descendance, mais aussi à fabriquer dans les meilleures conditions possibles un être humain parvenant à l'état de maturité. La < conjugalité > nouvelle, c'est plutôt celle qui joint les parents et les enfants. La famille — appareil étroit et localisé de formation — se solidifie à l'intérieur de la grande et traditionnelle famille-alliance. Et, en même temps, la santé — au premier rang, la santé des enfants — devient l'un des objectifs les plus contraignants de la famille. Le rectangle parents-enfants doit devenir une sorte d'homéostasie de santé. En tout cas, depuis la fin du XVIII^e siècle, le corps sain, propre, valide, l'espace purifié, nettoyé, aéré, la distribution médicalement optimale des individus, des lieux, des lits, des ustensiles, le jeu du < soigneux > et du < soigné > constituent quelques-unes des lois morales essentielles de la famille. Et, depuis cette époque, la famille est devenue l'agent le plus constant de la médicalisation. Dès la seconde moitié du XVIII^e siècle, elle est devenue la cible d'une grande entreprise d'acculturation médicale. La première vague a porté sur les soins à donner aux enfants, et surtout aux nourrissons. Andry : *L'Orthopédie* (1741); Vandermonde : *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine* (1756); Cadogan : *Manière de nourrir et d'élever les enfants* (la traduction française est de 1752); Desessartz : *Traité de l'éducation corporelle en bas âge* (1760); Ballexserd : *Dissertation sur l'éducation physique des enfants* (1762); Raulin : *De la conservation des enfants* (1768); Nicolas : *Le Cri de la nature en faveur des enfants nouveau-nés* (1775); Daignan : *Tableau des variétés de la vie humaine* (1786); Saucerotte : *De la conservation des enfants* (an IV); W. Buchan : *Le Conservateur de la santé des mères et des enfants* (traduction française de 1804); J. A. Millot : *Le Nestor français* (1807); Laplace-Chanvre : *Sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants* (1813); Leretz : *Hygiène des enfants* (1814); Prévost-Leygonie : *Sur l'éducation physique des enfants* (1813) *. Cette littérature gagnera encore en

1 Andry de Boisregard (N.), *VOrthopédie, ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps*, Paris, Alix, 1741, 2 vol. Vandermonde (C.-A.), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Vincent, 1756, 2 vol. Cadogan (W.), *An Essay upon Nursing and the Management of Children from their Birth to three Years of Age*, Londres, J. Roberts, 1752 (*Essai sur la manière de nourrir et d'élever les enfants*, trad. Eidous et Lavery, Paris, L. D'Houry, 1752). Desessartz (J.-C.), *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge, ou Réflexions pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens*, Paris, J. Hérisant, 1760. Ballexserd (J.), *Dissertation sur l'éducation physique des enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, Vallat-La-Chapelle, 1762. Raulin (J.), *De la conservation des enfants, ou les Moyens de les fortifier depuis l'instant de leur existence jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, Merlin, 1768-1769, 3 vol. Nicolas (P.-P.), *Le Cri de la nature, en faveur des enfants nouveau-nés. Ouvrage dans lequel on expose les règles diététiques que les femmes doivent suivre pendant leur grossesse*, Grenoble, Giroud, 1775. Daignan (G.), *Tableau des variétés de la vie humaine, avec les avantages et les désavantages de chaque constitution et des avis très importants aux pères et aux mères sur la santé de leurs enfants, surtout à l'âge de la puberté*, Paris, l'auteur, 1786, 2 vol. Saucerotte (L. S.), *De la conservation des enfants pendant la grossesse, et de leur éducation physique, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six à huit ans*, Paris, Guillaume, 1796. Buchan (W.), *Advice to Mothers on the Subject of their Own Health, and on the Means of Promoting the Health, Strength and Beauty of their Offspring*, Londres, Cadell and Davies, 1803 (*Le Conservateur de la santé des mères et des enfants*, trad. Mallet, Paris, Métier, 1804). Millot (J. A.), *Le Nestor français, ou Guide moral et physiologique pour conduire la jeunesse au bonheur*, Paris, F. Buisson, 1807, 3 vol. Laplace-Chanvre (J.-M.), *Sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants*, Paris, 1813.

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

Leretz (A.), *Hygiène des enfants, considérés depuis l'époque de la naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, 1814. Prévot-Leygonie (P.), *Sur l'éducation physique des enfants*, Paris, 1813.

extension lorsqu'on publiera au xix^e siècle toute une série de périodiques et de journaux plus directement adressés aux classes populaires. La longue campagne à propos de l'inoculation et de la vaccination prend place dans ce mouvement par lequel on a cherché à organiser autour de l'enfant des soins médicaux, dont la famille aurait la responsabilité morale et une part au moins de la charge économique. La politique en faveur des orphelins suit, par des chemins différents, une stratégie analogue. On ouvre les institutions spécialement destinées à les recueillir et à leur donner des soins particuliers (le Foundling Hospital de Londres, les Enfants-Trouvés de Paris) mais on organise aussi un système de placements auprès de nourrices ou dans des familles où ils auront leur utilité en prenant une part même minime à la vie domestique, et où, en outre, ils trouveront un milieu de développement plus favorable, et économiquement moins coûteux pour un hôpital où ils resteraient embrigadés jusqu'à leur adolescence.

La politique médicale qui se dessine au xviii^e siècle dans tous les pays d'Europe a pour premier effet l'organisation de la famille ou plutôt du complexe famille-enfants, comme instance première et immédiate de médicalisation des individus; on lui a fait jouer le rôle de charnière entre des objectifs généraux concernant la bonne santé du corps social et le désir ou le besoin de soins des individus; elle a permis d'articuler une éthique « privée » de la bonne santé (devoir réciproque des parents et des enfants) sur un contrôle collectif de l'hygiène, et une technique scientifique de la guérison, assurée sur la demande des individus et des familles, par un corps professionnel de médecins qualifiés et comme recommandés par l'État. Les droits et les devoirs des individus concernant leur santé et celle des autres, le marché où se rencontrent les demandes et les offres de soins médicaux, les interventions autoritaires du pouvoir dans l'ordre de l'hygiène et des maladies, mais l'institutionnalisation et la défense du rapport privé avec le médecin, tout cela dans sa multiplicité et sa cohérence, marque le fonctionnement global de la politique de santé au xix^e siècle, mais ne peut se comprendre si on fait abstraction de cet élément central qui fut formé au xviii^e siècle : la famille médicalisée-médicalisante.

5. *Le privilège de l'hygiène et le fonctionnement de la médecine comme instance de contrôle social*) La vieille notion de régime entendue à la fois comme règle de vie et forme de médecine préventive tend à s'élargir et à devenir le < régime > collectif d'une population prise en général, avec pour triple objectif : la disparition des grandes tempêtes épidémiques, la baisse du taux de morbidité, l'allonge-

ment de la durée moyenne de vie et de suppression de vie pour chaque âge. Cette hygiène, comme régime de santé des populations implique de la part de la médecine un certain nombre d'interventions autoritaires de prises de contrôle)

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

Et d'abord sur l'espace urbain en général : car c'est lui qui constitue le milieu peut-être le plus dangereux pour la population. L'emplacement des différents quartiers, leur humidité, leur exposition, l'aération de la ville tout entière, son système d'égouts et d'évacuation des eaux usées, l'emplacement des cimetières et des abattoirs, la densité de la population, tout cela constitue des facteurs jouant un rôle décisif sur la mortalité et la morbidité des habitants.

La ville avec ses principales variables spatiales apparaît comme un objet à médicaliser. Alors que les topographies médicales des régions analysent des données climatiques ou des faits géologiques qui laissent sans prise et ne peuvent suggérer que des mesures de protection ou de compensation, les topographies des villes dessinent, au moins en creux, les principes généraux d'un urbanisme concerté. La ville pathogène a donné lieu au XVIII^e siècle à toute une mythologie et à des paniques très réelles (le charnier des Innocents fut à Paris l'un de ces hauts lieux saturés de peur) ; elle a appelé, en tout cas un discours médical sur la morbidité urbaine et une mise sous surveillance médicale, de tout un ensemble d'aménagements, de constructions et d'institutions (cf., par exemple, J. P. L. Morel : *Sur les causes qui contribuent le plus à rendre cachectique et rachitique la constitution d'un grand nombre d'enfants de la ville de Lille, 1812*)*.

D'une façon plus précise et plus localisée, les nécessités de l'hygiène appellent une intervention médicale autoritaire sur ce qui passe pour foyer privilégié de maladies : les prisons, les bateaux, les installations portuaires, les hôpitaux généraux où se rencontraient les vagabonds, les mendiants, les invalides, les hôpitaux eux-mêmes dont l'encadrement médical est la plupart du temps insuffisant, et qui avivent ou compliquent les maladies des patients quand ils ne diffusent pas à l'extérieur des germes pathologiques. On isole donc le système urbain des régions à médicaliser d'urgence et qui doivent constituer autant de points d'application à l'exercice d'un pouvoir médical intensifié. En outre, les médecins auront à enseigner aux individus les règles fondamentales d'hygiène qu'ils doivent respecter pour leur propre santé, et pour celle des autres : hygiène de l'alimentation et de l'habitat, incitation à se faire soigner en cas de maladie.

le de santé, plus encore que comme service des maladies et art des guérisons, prend une place de plus en plus importante dans les structures administratives et dans cette machinerie de pouvoir qui ne cesse, au cours du XVIII^e siècle, de se renforcer et de s'affirmer. Le médecin prend pied dans les différentes instances de pouvoir. L'administration sert de point d'appui bis de point de départ aux grandes enquêtes médicales sur la santé des populations, et, en retour, les médecins donnent une part de plus en plus grande de leur activité à des tâches générales et administratives qui leur ont été fixées par le pouvoir. A pro-

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

pos de la société, de sa santé et de ses maladies, de sa condition de vie, de son logement et de ses habitudes commence à se former un savoir < médico-administratif > qui a servi de noyau originaire à l'« économie sociale » et à la sociologie du xix^e siècle. Et il se constitue également une emprise politico-médicale sur une population qu'on encadre de toute, une série de prescriptions qui concernent non seulement la maladie, mais les formes générales, de l'existence et du comportement (l'alimentation et la boisson, la sexualité et la fécondité, la manière de s'habiller) l'aménagement type de l'habitat). De cette interprétation du politique et du médical par le biais de l'hygiène, le « plus de pouvoir » dont bénéficie le médecin porte témoignage depuis le xviii^e siècle : présence de plus en plus nombreuse dans les académies et dans les sociétés savantes ; participation très large aux encyclopédies ; présence, à titre de conseiller, auprès des représentants du pouvoir ; organisation de sociétés médicales officiellement chargées d'un certain nombre de responsabilités administratives et qualifiées pour prendre ou pour suggérer des mesures autoritaires ; rôle joué par beaucoup de médecins comme programmeurs d'une société bien régie (le médecin réformateur de l'économie ou de la politique est un personnage fréquent dans la seconde moitié du xviii^e siècle) ; surreprésentation des médecins dans les assemblées révolutionnaires. Le médecin devient le grand conseiller et le grand expert, sinon dans l'art de gouverner, du moins dans celui d'observer, de corriger, d'améliorer le < corps > social et de le maintenir dans un état permanent de santé. Et c'est sa fonction d'hygiéniste, plus que ses prestiges de thérapeute, qui lui assure cette position politiquement privilégiée au xix^e siècle avant de l'être économiquement et socialement au xx^e siècle, de santé ; l'organisation de la famille étroitement parentale comme relais d'une médicalisation où elle joue le rôle de demande permanente et d'instrument ultime ; l'enchevêtrement médico-administratif autour des contrôles de l'hygiène collective. C'est que, par rapport à ces problèmes nouveaux, l'hôpital apparaît sur bien des points comme une structure désuète. Fragment d'espace fermé sur soi, lieu d'intègement des hommes et des maladies, architecture solennelle mais maladroitement qui multiplie mal à l'intérieur sans empêcher qu'il se diffuse à l'extérieur, il est plutôt un foyer de mort pour les villes où il se trouve situé qu'un agent thérapeutique pour la population tout entière. La difficulté d'y trouver des places, les exigences posées à ceux qui veulent y entrer, mais aussi le désordre incessant des allées et venues, la mauvaise surveillance médicale qui s'y exerce, la difficulté d'y soigner effectivement des malades en font un instrument inadéquat dès lors que l'objet de la médicalisation doit être la population en général, et son objectif, une amélioration d'ensemble du niveau de santé. Dans l'espace urbain que la médecine doit purifier, il forme une tache l'économie, un poids inerte puisqu'il fournit une assistance qui ne permet jamais la diminution de la pauvreté, mais tout au plus la survie de certains pauvres donc la croissance de leur nombre, la prolongation de leurs maladies, la consolidation de leur mauvaise santé, avec tous les effets de contagion qui peuvent en résulter.

De là, l'idée qui se répand au xviii^e siècle d'une relève de l'hôpital trois mécanismes principaux. Par l'organisation d'une « hospitalisation » à domicile ; elle a sans doute ses dangers lorsqu'il s'agit de maladies épidémiques ; mais elle présente des avantages, économiques dans la mesure où le coût d'entretien d'un malade est beaucoup moins grand pour la société, s'il est entretenu et nourri chez lui, comme il l'était avant sa maladie (le coût, pour le corps social, n'est plus

guère que de l'ordre du manque à gagner que représente son oisiveté forcée, et encore dans le seul cas où il avait effectivement du travail); elle présente aussi des avantages médicaux, dans la mesure où la famille — pourvu qu'elle soit un peu conseillée — peut assurer des soins à la fois constants et ajustés qu'on ne peut demander à une administration hospitalière : toute famille doit pouvoir fonctionner comme un petit hôpital provisoire, individuel et non coûteux. Mais une telle procédure implique que la relève de l'hôpital soit en outre dans la société et susceptible d'offrir des soins, soit to

Un encadrement médical de la population, s'il est permanent, souple et facilement utilisable, peut rendre inutile une bonne partie des hôpitaux traditionnels. Enfin, on peut concevoir que se généralisent les soins, consultation et distributions de médicaments que déjà certains hôpitaux offrent à des malades, de passage, sans les retenir ni les enfermer : (méthode des dispensaires, qui cherchent à conserver les avantages techniques de l'hospitalisation sans en avoir les inconvénients médicaux ou économiques.

Ces trois méthodes ont donné lieu, surtout dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, à toute une série de projets et de programmes. Elles ont provoqué plusieurs expériences. En 1769 est fondé à Londres le dispensaire pour enfants pauvres du Red Lion Square : trente ans plus tard, presque tous les quartiers de la ville avaient leur dispensaire, et on estimait à près de cinquante mille le nombre de ceux qui y recevaient, chaque année, des soins gratuits. En France, il semble qu'on ait surtout cherché l'amélioration, l'extension et une distribution un peu homogène de l'encadrement médical, dans les villes et à la campagne : la réforme des études médicales et chirurgicales (1772 et 1784), les obligations pour les médecins d'exercer dans les bourgs ou les petites villes, avant d'être reçus dans certaines grandes villes, les travaux d'enquête et de coordination faits par la Société royale de médecine, la part de plus en plus grande que le contrôle de santé et d'hygiène occupe dans la responsabilité des intendants, le développement des distributions gratuites de médicaments sous la responsabilité de médecins désignés par l'administration, tout cela renvoie à une politique de santé qui prend appui sur la présence extensive du personnel médical dans le corps social; À la limite de ces critiques contre l'hôpital et de ce projet de substitution, on trouve, sous la Révolution, une tendance marquée à la « déshospitalisation » ; elle est déjà sensible dans les rapports du Comité de mendicité (projet d'établir dans chaque district de campagne un médecin ou un chirurgien qui soignerait les indigents, veillerait sur les enfants assistés et pratiquerait l'inoculation). Mais elle se formule clairement à l'époque de la Convention (projet de trois médecins par district, assurant l'essentiel des soins de santé pour l'ensemble de la population).

La disparition de l'hôpital ne fut jamais qu'un point de vue utopique. En fait, le vrai travail s'est fait quand on a voulu créer un fonctionnement complexe où l'hôpital tend à avoir un rôle bien spécifié par rapport à la famille devenue instance primaire de santé, au réseau étendu et continu du personnel médical, et au contrôle administratif de la population. C'est par rapport à cet ensemble qu'on essaie de réformer l'hôpital.

Il s'agit d'abord de l'ajuster à un espace et plus précisément à espace urbain où il se trouve situé. De là, une série de discussions et de conflits entre différentes Formules d'implantation : hôpitaux

massifs, susceptibles d'accueillir une population nombreuse, et où les soins ainsi groupés seraient plus cohérents, plus faciles à contrôler et moins coûteux ou, au contraire, hôpitaux de petites dimensions, où les malades seront mieux surveillés, et où les risques de contagion internes seront moins graves. Autre problème qui recoupe celui-ci : doit-on placer les hôpitaux hors de la ville, là où l'aération est meilleure et où ils ne risquent pas de diffuser des miasmes dans la population; solution qui va en général de pair avec l'aménagement des grands ensembles architecturaux? Ou bien doit-on construire une multiplicité de petits hôpitaux répartis aux points où ils peuvent être le plus facilement accessibles pour la population qui doit les utiliser ; solution qui implique souvent le couplage hôpital- dispensaire? L'hôpital, en tout cas, doit devenir un élément fonctionnel dans un espace urbain où ses effets doivent pouvoir être mesures et contrôles

Il faut, D'autre part, aménager l'espace intérieur de l'hôpital de façon qu'il devienne médicalement efficace non plus lieu d'assistance, mais lieu d'opération thérapeutique. L'hôpital doit fonctionner comme une « machine à guérir ». D'une façon négative : il faut supprimer tous les facteurs qui le rendent périlleux pour ceux qui y séjournent (problème de la circulation de l'air qui doit être toujours renouvelé sans que ses miasmes ou ses qualités méphitiques soient portés d'un malade à l'autre; problème du renouvellement du linge, de son lavage, de son transport). D'une façon positive! il faut l'organiser en fonction d'une stratégie thérapeutique concertée : présence ininterrompue et privilège hiérarchique des médecins; système d'observations, de notations, d'enregistrement qui permette de fixer la connaissance des différents cas, de suivre leur évolution particulière, et de globaliser aussi des données portant sur toute une population et sur des périodes longues; substitution aux régimes peu différenciés en quoi consistait traditionnellement l'essentiel des soins de cures médicales et pharmaceutiques mieux ajustées. L'hôpital tend à devenir un élément essentiel dans la technologie médicale : non seulement un lieu où on peut guérir, mais un instrument qui, \ pour un certain nombre de cas graves, permet de guérir.

faut, par conséquent, que s'articulent en lui le savoir médical et l'efficacité thérapeutique. Apparaissent au xviii^e siècle les hôpitaux spécialisés. S'il a existé auparavant certains établissements réservés aux fous ou aux vénériens, c'était plus par mesure d'exclusion ou par crainte des dangers qu'en raison d'une spécialisation des soins. L'hôpital < unifonctionnel > ne s'organise qu'à partir du moment où l'hospitalisation devient le support et parfois la condition d'une action thérapeutique plus ou moins complexe. Le Mid- lesex Hospital de Londres est ouvert en 1745 : il était destiné à soigner la petite vérole et à pratiquer la vaccination; le London Fever Hospital date de 1802, et le Royal Ophthalmie Hospital de 1804. La première maternité de Londres a été ouverte en 1749. A Paris, les Enfants-Malades ont été fondés en 1802. On voit se constituer lentement un réseau hospitalier dont la fonction thérapeutique est fortement marquée; il doit, d'une part, couvrir avec assez de continuité l'espace urbain ou rural dont il prend en charge la population et, d'autre part, s'articuler sur le savoir médical, ses classifications et ses techniques.

1. Cf. ROSEN (G.), *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

Enfin, l'hôpital doit servir de structure d'appui à l'encadrement permanent de la population par le personnel médical. On doit pou-

voir passer des soins à domicile au régime hospitalier pour des raisons qui sont à la fois économiques et médicales. Les médecins, de ville ou de campagne, devront par leurs visites soulager les hôpitaux et en éviter l'encombrement ; et, en retour, l'hôpital doit être accessible sur l'avis et à la requête des médecins. De plus, l'hôpital comme lieu d'accumulation et de développement du savoir doit permettre la formation des médecins qui exerceront dans la forme de la clientèle privée. L'enseignement clinique en milieu hospitalier dont les premiers rudiments apparaissent en Hollande, avec Sylvius, puis Boerhaave, à Vienne, avec Van Swieten, à Edimbourg (par le couplage de l'École de médecine et de l'Edinburgh Infirmary), devient à la fin du siècle le principe général autour duquel on essaie de réorganiser les études de médecine. L'hôpital, instrument thérapeutique pour ceux qui y séjournent, contribue par l'enseignement, clinique et la bonne qualité des connaissances médicales à l'élévation du niveau de santé de la population.

La réforme des hôpitaux et plus particulièrement les projets de leur réorganisation architecturale, institutionnelle, technique ont dû leur importance, au xviii^e siècle, à cet ensemble de problèmes qui mettent en jeu l'espace urbain, la masse de la population avec ses caractéristiques biologiques, la cellule familiale dense et le corps des individus. C'est dans l'histoire de ces matérialités — à la fois politiques et économiques — que s'inscrit la transformation < physique > des hôpitaux : celle dont il va être plus précisément question ici.