

COMPTES RENDUS. MÉDECINE/SANTÉ

Editions de l'E.H.E.S.S. | *Annales. Histoire, Sciences Sociales*

**2007/2 - 62e année
pages 443 à 495**

ISSN 0395-2649

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-Annales-2007-2-page-443.htm>

Pour citer cet article :

« Comptes rendus. Médecine/Santé »,
Annales. Histoire, Sciences Sociales, 2007/2 62e année, p. 443-495.

Distribution électronique Cairn.info pour Editions de l'E.H.E.S.S..

© Editions de l'E.H.E.S.S.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Michael R. McVaugh

The rational surgery of the Middle Ages
 Florence, SISMELE. Edizioni del
 Galluzzo, « Micrologus' Library-15 »,
 2006, 296 p.

Spécialiste reconnu de l'histoire de la médecine médiévale dans ses aspects intellectuels et théoriques comme dans son versant pratique et social, Michael McVaugh est également un excellent connaisseur de la chirurgie, à laquelle il a déjà consacré de nombreux travaux, dont l'édition de la *Chirurgia magna* de Guy de Chauliac, composée en 1363¹. Avec plus de dix traités de chirurgie, les uns étudiés au mieux de manière partielle et ponctuelle, les autres négligés, le XIII^e siècle offre une tradition d'écriture qui mérite amplement de faire l'objet d'une analyse dans sa totalité afin de rendre compte de ses logiques, de ses continuités mais aussi de sa diversité.

Abordant successivement la constitution d'une tradition d'écriture, le développement d'une identité professionnelle, la rationalisation du traitement des blessures, l'expansion du domaine de compétences de la chirurgie, ses liens avec l'alchimie et l'art des cosmétiques, pour finir par le legs fait par les auteurs du Moyen Âge à la science du XIV^e siècle, M. McVaugh offre la première étude exhaustive d'un moment particulier de la vie d'une discipline jusqu'alors considérée comme une simple activité manuelle. Par son titre même, *The rational surgery*, l'auteur souligne l'émergence et l'affirmation d'une nouvelle chirurgie, non plus mécanique, au savoir fondé sur la seule pratique et sur la transmission orale, mais désormais « scientifique », susceptible d'explications rationnelles, reposant sur une production textuelle et un apprentissage universitaire.

Ugo Borgognoni de Lucques († 1258), médecin communal à Bologne, son fils Theodorico (1205-1296), dominicain dans la même ville et auteur de trois versions d'un traité chirurgical largement influencé par la *Cirurgia magna* (1252) du chirurgien padouan Bruno da Longobucco, Guillaume de Salicet († 1277), originaire de Plaisance et rédacteur de deux versions d'une *Chirurgia* (1268 et 1275), Lanfranc de Milan († ca. 1310), son étudiant, professeur à Paris et auteur d'une *Chirurgia magna* (1296) et, pour finir, Henri Mondeville († 1315), maître à Montpellier et à Paris, auteur d'une *Chirurgia* demeurée inachevée, sont les promoteurs de cette nouvelle chirurgie née en Italie du Nord et diffusée dans les espaces français. Dans une période de profonds changements intellectuels, institutionnels et sociaux, marqués par l'influence de traductions d'ouvrages galéniques et de textes de langue arabe renouvelant profondément les savoirs médicaux, par la création des premières universités ainsi que la formation de leur *curriculum* d'études et par l'organisation professionnelle des métiers, l'importante transformation que connaît la chirurgie, révélée par l'étude serrée des textes produits par ces différents auteurs, s'inscrit plus largement dans un bouleversement de l'art médical tout entier que Nancy Siraisi avait déjà étudié pour Bologne². En revendiquant un statut scientifique pour leur discipline, en réfléchissant sur les rapports qu'elle entretient avec la médecine et la pharmacopée (les deux autres branches de l'*ars medica*), en s'interrogeant sur les attentes des patients, les pratiques des chirurgiens empiriques, les types d'affections qui en relevaient, les procédures et techniques à mettre en œuvre ou à éviter eu égard à leur dangerosité, ces lettrés, sans qu'ils empruntassent cependant tous les mêmes

voies, firent opérer à la chirurgie une mutation radicale qui ne fut pas sans conséquences sur l'exercice même du métier.

Les traductions latines du *De ingenio sanitatis* de Galien, du *Canon* d'Avicenne, de la chirurgie d'Albucasis et du *Liber ad Almansorem* de Rhazès eurent une grande influence sur les ouvrages écrits au XIII^e siècle, en terme de contenus et de composition, contribuant à définir une nouvelle épistémologie de la discipline. Attentif à reconstituer une chaîne d'écritures et d'influences (car ces différents auteurs se sont lus, voire se sont côtoyés), à dégager des continuités mais aussi à souligner des différences, M. McVaugh restitue à chacun sa place dans la construction d'une chirurgie rationnelle à la recherche, dans le voisinage revendiqué de la médecine, d'une certaine autonomie et identité. L'anatomie, désormais considérée comme un pré-requis à l'exercice de la chirurgie, de même que les procédés pharmacologiques, l'extension des compétences du chirurgien, non plus limitées aux seules affections superficielles (plaies, fractures, luxations) – qu'il s'agit, selon le principe galénique de la « solution de continuité », de joindre – mais également ouvertes sur des pathologies traditionnellement traitées par le médecin ou susceptibles de l'être, voire laissées aux empiriques – manifestations superficielles d'un trouble humoral interne (abcès, maladies de peau), calculs, hernies, hydropisie, cataractes –, sont quelques-uns des apports de l'héritage gréco-arabe qui structure fortement la pensée de nos auteurs et leurs visions de la rationalité de leur discipline. La chirurgie médiévale se révèle aussi réceptive aux attentes des patients en matière d'esthétique ; sous l'influence des textes arabes, elle se livre à des formes de chirurgie réparatrice et à des usages cosmétiques visant à l'embellissement des corps, non sans se demander, à l'image de Mondeville, si ceci relève bien de l'*ars medica* car il s'agit de modifier l'ordre naturel. Enfin, les traités du XIII^e siècle éclairent également les prémices de l'alchimie latine, lui empruntant, comme le montre M. McVaugh, de nombreux procédés (techniques de la sublimation et de la distillation pour produire huiles et eaux, nouveaux moyens de cautérisation), mais, alors qu'elle commence à être vivement attaquée par l'Église, en limitant le champ

d'investigation et d'application à la seule pratique médicale.

Si, par leur réflexion et leurs écrits, ces médecins et chirurgiens lettrés du XIII^e siècle ont contribué à doter leur discipline d'une forte cohérence intellectuelle et à promouvoir une identité professionnelle, *via* une réflexion sur l'apprentissage de leur métier et l'éthique de leur pratique (risques encourus et responsabilités du thérapeute), ils ne se montrent pas moins pris entre deux feux : la médecine, d'un côté, dont ils revendiquent l'héritage, mais à qui ils disputent certains domaines d'intervention, les chirurgiens empiriques, de l'autre, à qui ils finissent par laisser certaines pratiques jugées trop dangereuses en raison des techniques mises en œuvre. Dans une période où le marché de la santé est soumis à une rude compétition, les tentatives du chirurgien rationnel pour se doter d'une autonomie et d'une reconnaissance sont donc parfois mises à mal. Ainsi, malgré la postérité de leurs œuvres, dont témoignent manuscrits conservés, traductions et éditions imprimées, leurs efforts pour faire de la chirurgie une discipline universitaire, rationnelle, véhiculée principalement par l'écrit, n'ont pas été à l'aune de leurs espérances ; que l'édit de 1311 mette fin aux espoirs de Mondeville d'établir une chirurgie universitaire à Paris ou que cette discipline y soit enseignée, comme en Italie, par des professeurs qui se disent surtout médecins, faisant d'elle une spécialité mineure et inféodée à la médecine, l'héritage du XIII^e siècle semble en partie perdu chez les praticiens du XIV^e : si les nouveaux procédés thérapeutiques sont conservés, les présupposés d'une chirurgie rationnelle fondée sur des principes généraux nécessaires pour guider les opérations particulières ne sont plus à l'ordre du jour. Par ce tour d'horizon, M. McVaugh a su retracer de manière magistrale l'apothéose d'une certaine chirurgie dans toute sa complexité, de ses revendications à ses contradictions.

MARILYN NICLOUD

1 - MICHAEL R. McVAUGH, *Inventarium sive Chirurgia magna Guigonis de Caulhiaco* [Guy de Chauliac], 2 vol., Leyde, E. J. Brill, 1997.

2 - NANCY G. SIRAI, *Taddeo Alderotti and his pupils. Two generations of Italian medical learning*, Princeton, Princeton University Press, 1981.

**Chiara Crisciani
et Agostino Paravicini Bagliani (dir.)**

Alchimia e medicina del Medioevo

Florence, SISMEL. Edizioni del Galluzzo, « Micrologus' Library-8 », 2003, 400 p.

Ce volume, qui rassemble treize contributions, a pour ambition de mieux éclairer les rapports entre alchimie et médecine, qui ont en commun leur volonté de comprendre et d'agir sur le monde naturel. Il approfondit et élargit la magistrale étude proposée il y a quelques années par Chiara Crisciani et Michela Pereira, vaste synthèse sur l'alchimie latine¹. Deux articles seulement sont consacrés à des espaces non latins (Berenice Cavarra pour le monde byzantin et Paola Carusi pour le monde arabe) ; les autres ont pour cadre l'Occident latin où s'élaborent, à partir de la fin du XII^e siècle, des savoirs très influencés par les récentes traductions d'œuvres grecques et surtout de langue arabe qui révolutionnent le champ des connaissances. Sans doute les apports de l'alchimie étaient-ils susceptibles d'intéresser les médecins dans leur recherche des meilleurs médicaments, leur offrant de nouvelles connaissances des minéraux et des méthodes susceptibles d'extraire la vertu de chaque substance. Dès cette époque, les mentions alchimiques dans les textes médicaux et les références médicales dans les traités alchimiques sont nombreuses. Dans le cadre de la chirurgie rationnelle, l'influence alchimique se perçoit dans les fréquents recours à des procédés chimiques (la distillation) et dans la perception d'une possible altération des propriétés naturelles des médicaments (Michael R. McVaugh). L'épistémologie de ces deux disciplines, fondée sur une division entre théorie et pratique et sur une volonté d'intervenir sur la nature afin d'empêcher la corruption – des corps pour le médecin, des métaux pour l'alchimiste – favorise les rapprochements. Cette proximité est rendue possible par l'utilisation d'un ensemble commun de concepts et de doctrines (notion de mélange, système

humoral, humide radical, théorie des éléments...).

Les autres communications s'articulent autour de deux axes principaux. Le premier rassemble des études consacrées à un auteur et à des textes où se révèlent ces contiguités disciplinaires. Spécialiste de Roger Bacon, qui fut l'un des promoteurs du rapprochement entre alchimie et médecine dans sa recherche de la santé parfaite, Agostino Paravicini Bagliani éclaire, grâce à une étude philologique et textuelle, l'évolution de la pensée du franciscain d'Oxford à propos du prolongement de la vie. Partant du *Testamentum* du Pseudo-Lulle, M. Pereira montre comment la recherche de l'élixir universel et la suppression des frontières entre matière animée et inanimée autorise l'alchimiste à s'affirmer *perfectus medicus*, capable non plus seulement de guérir les corps, comme le fait le médecin, mais également de les parfaire. L'alchimie y affirme ainsi sa supériorité sur l'*ars medica*. Le carme catalan Guillaume Sedacer incarne ces figures qui touchent aux deux domaines puisqu'il fut le compilateur d'un traité de chirurgie et l'auteur de textes alchimiques, mais les transferts de savoir dans son œuvre ne dépassent pas une proximité de vocabulaire et une approche thérapeutique (Pascale Barthélemy). En revanche, sous couvert d'écriture médicale, le régime contre les calculs urinaires d'Angelo de Aquila (1405) propose aussi des médicaments agissant selon leur forme spécifique. L'analyse de la terminologie employée suggère que ce régime pourrait cacher un texte alchimique codé sur la transmutation (Danielle Jacquart). La très riche étude des traditions manuscrites et imprimées du *Livre* de Bernard Trévisan ne révèle pas, quant à elle, d'intérêts médicaux, à quelques exceptions près, même si l'œuvre dut sa diffusion à des médecins disciples de Paracelse, mais elle suggère d'autres rapprochements à examiner, entre alchimie et textes non scientifiques, cette fois (Didier Kahn).

Le deuxième groupe de communications privilégie l'analyse de démarches, de procédés et de produits communs aux deux domaines. À l'image de l'alchimie, dont elle partage le statut non universitaire et une prédominance du versant opératoire, la chirurgie accorde un

statut particulier à l'expérience dans le processus cognitif. Destinées avant tout à révéler des savoir-faire applicables dans des situations particulières, ces disciplines font de l'observation et du recours aux sens des outils de la connaissance (C. Crisciani). Giancarlo Zanier s'intéresse aux protocoles alchimiques proposés dans *De consideratione quintae essentiae* de Jean de Rupescissa et à leurs effets thérapeutiques dans le cas de maladies neurologiques, tandis qu'Antoine Calvet étudie les origines et le devenir de deux substances, la thériaque et l'élixir, proches par leurs prétentions universelles et leur principe d'action (la forme spécifique), et qui furent employés concurremment pour les soins du corps. Dans cette recherche du médicament unique et universel, aux vertus à la fois thérapeutiques et régénératives, c'est sans doute l'or potable qui a donné lieu à l'une des traditions textuelles les plus riches (C. Crisciani). Pour finir, Andrea Scotti propose de constituer un répertoire digital des recettes et modes d'écriture communs aux deux disciplines afin de tenter d'en dégager de possibles classifications et nomenclatures. La tâche s'annonce particulièrement ardue pour une tradition manuscrite plutôt mal cataloguée et répertoriée, qui révèle souvent, au-delà d'une répétition structurelle, de fortes singularités.

L'ensemble de ces études témoigne des nombreux points communs aux deux disciplines, à commencer par leur recherche du médicament universel, leur approche pratique et leur valorisation de l'expérience ou encore l'évolution de leur pensée théorique qui leur permet de passer d'un rapport analogique entre monde animé et monde inanimé à des formes d'identification (la matière inanimée étant pourvue des mêmes caractéristiques que la matière animée), ce qui favorise les corrélations et les influences réciproques. L'enquête souligne ainsi la forte perméabilité de la frontière entre les savoirs au Moyen Âge.

MARILYN NICOUD

1 - CHIARA CRISCIANI et MICHELA PEREIRA, *L'arte del sole e della luna. Alchimia e filosofia nel Medioevo*, Spolète, Centro italiano di studi sull'alto Medioevo, « Biblioteca di Medioevo latino-17 », 1996.

Ian Maclean

Le monde et les hommes

selon les médecins de la Renaissance

Préface de Ian Hacking

Paris, CNRS Éditions, 2006, 126 p.

Ian Maclean reprend dans ce livre quatre conférences données au Collège de France au printemps 2005. Ainsi constitué, l'ouvrage apparaît comme un condensé de son étude de référence sur la médecine savante du XVI^e siècle¹. Il a pour objet l'analyse des modes de pensée et d'appréhension du monde développés par la « médecine rationaliste » : celle que l'on apprend dans les universités européennes par opposition à celle qui se fonde sur des pratiques plus strictement empiriques. Le champ chronologique considéré est un long XVI^e siècle (des années 1500 aux années 1630), même si, comme le remarque l'éclairante préface de Ian Hacking, l'analyse privilégie surtout la fin de cette période. Le livre n'est pas d'un abord facile, non pour des questions de langue (il a, au contraire, été directement écrit dans un français sobre et élégant, toujours précis), mais plutôt à cause de l'extrême densité d'un contenu qui réinscrit systématiquement la médecine dans le cadre plus large – et exotique pour le non-spécialiste – des schèmes de pensée et des traditions intellectuelles de la Renaissance². I. Maclean propose en effet ici un formidable tour d'horizon des pratiques savantes et de l'*épistémè* de l'époque moderne, qui le conduit à revenir de manière critique sur le tableau qu'en avait naguère donné Michel Foucault dans *Les mots et les choses*.

Le premier chapitre montre comment, pour les médecins de cette époque, la nature est conçue par Dieu pour être déchiffrée, ce qu'ils s'attachent à faire en joignant la raison à l'expérience. Mais la tâche s'avère complexe du fait de la variabilité même de cette nature, chaque individu présentant des écarts singuliers par rapport au modèle dont il relève. L'art médical apparaît alors comme la connaissance finie d'un champ de savoir infini : on ne soigne jamais deux fois le même malade, pourrait-on dire.

L'auteur examine ensuite la précision des instruments dont disposent ces médecins pour appréhender la nature et la manière dont ils

s'approprient les outils de la logique classique pour élaborer une « logique médicale » apte à rendre compte de réalités soumises à des règles fluctuantes. Cette logique « molle » ne conduit pas à l'implacabilité d'une démonstration directe mais permet néanmoins des diagnostics fiables, par accumulation d'indices convergents. Les tentatives pour reconstituer un traité antique perdu, le *De demonstrationibus* de Galien, sont particulièrement éclairantes à cet égard.

La capacité de jugement des médecins de la Renaissance est mise à l'épreuve par le travail d'expertise qui leur revient face aux *mirabilia*, ces faits qui semblent être étrangers au fonctionnement normal de la nature et qui, par leur éventuelle valeur prophétique, peuvent troubler l'ordre social. Tel est l'objet du troisième chapitre. Invités à fixer la frontière entre le naturel et le surnaturel, les médecins utilisent une étiologie des aberrations qui traduit différents degrés d'intervention divine dans le fonctionnement de la nature. Ne pouvant uniquement se fonder sur ce qu'ils voient directement, ils développent une doctrine de la preuve et cherchent un juste compromis entre un refus de l'insolite, qui pourrait passer pour un manque de foi, et une acception trop large, qui les ferait suspecter de crédulité. Ils savent parfois cloisonner leur vision du monde et tenir sur le plan médical des positions qu'ils ne défendraient pas nécessairement dans d'autres contextes.

Le dernier chapitre aborde le déchiffrement de la nature et la question des signes. La sémiotique médicale, qui concerne la physiologie et la pathologie, est l'un des aspects les plus difficiles de l'art du médecin. Devant se prononcer sur l'état de santé futur de leurs patients, les praticiens procèdent avec prudence et largesse d'esprit et recourent parfois, sans s'y laisser enfermer, aux techniques divinatoires (chiromancie, métoscopie) et à la physiognomonie. Mais la pensée savante de la Renaissance ne saurait se réduire à la recherche de ces signes parfois dénués de pertinence.

Cette vision de l'art médical, centrée sur l'étude de la formation des médecins et leurs écrits théoriques, laisse largement de côté la relation au patient : même à la Renaissance, les médecins n'établissent probablement pas

leurs diagnostics par syllogismes ou dichotomies analytiques. I. Maclean propose ici une histoire intellectuelle, qui ne fait jamais appel à la place occupée par ses acteurs dans la société, par exemple. Mais cette démarche lui permet de ne pas disperser l'analyse et, après un vaste dépouillement documentaire et la lecture de maints traités oubliés, comme la *Philosophie rationale pour les chirurgiens* de Jean Eusèbe publiée à Lyon en 1551, de restituer de manière extrêmement convaincante une pensée médicale parfaitement reliée aux autres champs du savoir de la Renaissance (théologie, philosophie naturelle, logique, droit).

On pourrait éprouver quelques regrets nostalgiques en voyant de très belles pages de Foucault ainsi invalidées. Mais cette déconstruction n'est pas vaine, loin de là, elle offre un tableau beaucoup plus riche de la pensée de la Renaissance, avec ses limites et ses contradictions. Un tableau sans doute plus juste aussi.

LAURENT PINON

1 - IAN MACLEAN, *Logic, signs and nature in the Renaissance. The case of learned medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

2 - Pour d'autres exemples convaincants d'une telle mise en perspective, voir NANCY G. SIRAI, *The clock and the mirror: Girolamo Cardano and Renaissance medicine*, Princeton, Princeton University Press, 1997, et GIANNA POMATA et NANCY G. SIRAI (éd.), *HISTORIA. Empirism and erudition in Early Modern Europe*, Cambridge, The MIT Press, 2005.

John Henderson

The Renaissance hospital.

Healing the body and healing the soul

New Haven-Londres,

Yale University Press, 2006, 458 p.

John Henderson mène ici à son terme ses recherches sur les hôpitaux à la Renaissance et donne aux lecteurs une étude exhaustive de la vie dans les hôpitaux de Florence de la fin du XIII^e à la fin du XVI^e siècle, qui participe pleinement à la révision historiographique sur ce sujet, en cours depuis au moins deux décennies et en partie inspirée par la volonté

de mettre à l'épreuve les interprétations de Michel Foucault.

L'hôpital est un microcosme dans lequel se côtoient différents acteurs et où est mise en œuvre une pluralité de politiques dans ce corps social qu'est la ville. Les enjeux sanitaires s'y croisent avec les impératifs religieux et les nécessités de l'assistance aux pauvres dans une époque de fortes transformations démographiques et socio-économiques ; le système hospitalier florentin élaboré avant la peste noire évolue sous la pression d'éléments divers et y fait face par ses multiples services.

C'est un tableau d'ensemble que J. Henderson esquisse dans la première partie du livre. Il y décrit la création d'un véritable système d'assistance municipale, qui se différencie et se médicalise très précocement, avant même 1348. La peste et, dès la fin du Quattrocento, le mal napolitain et les autres maladies « incurables » contribuent ensuite à renforcer ce processus de médicalisation, qui va de pair avec le maintien, voire l'agrandissement, d'établissements voués à l'assistance aux pauvres. Ces derniers prennent progressivement le caractère d'institutions de discipline sociale et religieuse, celle-ci s'accroissant avec la Contre-Réforme, à la différence des hôpitaux qui se vouent aux soins de maladies particulières sous l'impulsion des élites politiques qui considèrent la protection de la santé de la population (et de celle du *contado*, d'où venait le gros de la main-d'œuvre) comme un problème et un enjeu spécifiques.

Les autorités florentines font ainsi des hôpitaux des pôles centraux dans les stratégies d'urbanisme : le décor de ces lieux pieux constitue un lemme de la grammaire symbolique du bon gouvernement à l'époque républicaine comme sous la principauté des Médicis. D'ailleurs, la périodisation adoptée par l'auteur est celle d'une longue Renaissance, ce qui ne va pas sans problèmes, mais se justifie en raison du cadre urbain choisi.

L'analyse attentive de l'architecture et des embellissements des locaux (que le lecteur peut apprécier grâce à un beau dossier iconographique) ne sert pas seulement à démontrer leur centralité dans l'agenda des élites sociales et politiques de Florence, mais aussi à suivre l'évolution de l'organisation et des activités

qui y sont poursuivies. Parmi celles-ci, la deuxième partie du livre s'intéresse à la vie religieuse, qui n'est pas importante seulement par rapport aux valeurs de la société chrétienne, reformulées à l'époque de la Contre-Réforme, mais également dans le cadre de la tradition hypocratique-galénique qui vise à l'équilibre entre le corps et l'âme. J. Henderson s'arrête longuement sur le profil, les motivations et les tâches de la « famille » (le personnel non médical) qui, dans les hôpitaux florentins, était en grande partie constituée par des laïcs consacrés, selon une ancienne et stable tradition citadine.

Les activités médicales forment l'objet de la troisième partie. Grâce à un ample éventail de sources, J. Henderson parvient à plusieurs conclusions intéressantes, qui enrichissent sensiblement notre connaissance de la pratique médicale à la Renaissance. Les plus originales ne concernent pas tellement les données statistiques sur les taux de mortalité (ne dépassant pas les 10 %, ce qui avait déjà été avancé par plusieurs historiens, dont l'auteur lui-même, et ce qui est à mettre en relation avec la spécialisation des différents établissements, qui soignaient pour la plupart des maladies aiguës), mais les modes de traitements pratiqués. Ces derniers sont minutieusement reconstruits (grâce à l'étude des ordonnances), un type de sources aussi précieux que rare dans les fonds d'archives des hôpitaux. L'auteur rend compte des profils professionnels en activité dans les hôpitaux. Les médecins, chirurgiens, barbiers licenciés et apothicaires y étaient entourés d'apprentis mais aussi d'un nombre variable de praticiens non licenciés, parmi lesquels plusieurs femmes, dont la présence ne fut limitée que vers la fin de la période considérée (souvent par le biais des accusations de sorcellerie). Tous étaient actifs aussi à l'extérieur des hôpitaux, qui, en ce qui concerne les traitements médicaux, n'étaient nullement des univers fermés mais étaient, au contraire, ouverts sur la ville. Les carrières des médecins que suit J. Henderson en sont une preuve évidente, ainsi que la circulation des remèdes préparés dans les apothicaireries des lieux pieux.

Si l'on savait déjà que les hôpitaux de la Renaissance n'étaient pas tous des antichambres de la mort, J. Henderson en apporte, dans ce beau livre, une démonstration

convaincante, qui a également une grande valeur méthodologique : comme dans l'un de ses travaux précédents¹, l'auteur croise avec pertinence les méthodes et les préoccupations de l'histoire sociale et urbaine, qui dominent encore largement l'histoire des hôpitaux à l'âge moderne, et celles de l'histoire de la médecine. Il montre ainsi que les hôpitaux peuvent être un espace d'observation de l'articulation entre les deux dimensions de la pratique médicale, trop souvent l'objet d'études séparées.

Certes, ces résultats ne sont valides que pour l'Italie, voire pour la seule Florence. L'auteur en est conscient et évoque parfois des éléments comparatifs, qui font pour la plupart ressortir l'originalité du modèle florentin.

MARIA PIA DONATO

1 - JON ARIZABALAGA, JOHN HANDERSON et ROGER FRENCH, *The great pox: The French disease in Renaissance Europe*, New Haven-Londres, Yale University Press, 1997.

David Gentilcore

Medical charlatanism in Early Modern Italy

Oxford, Oxford University Press, 2006, 426 p.

Depuis un certain temps, l'historiographie s'intéresse à toutes ces figures de praticiens qui peuplaient le monde médical de l'Ancien Régime. Loin d'être des marginaux, ils constituaient une partie importante du monde de la santé des villes et des campagnes de l'Europe. Leurs services et leurs remèdes, quoique contrôlés par les autorités et parfois fort différents, étaient légitimés par un ensemble de valeurs et d'attentes partagées autour de ce domaine¹ ainsi que par une culture médicale d'origine galénique suffisamment souple et fluide pour intégrer une pluralité de stratégies de traitement. David Gentilcore en fait l'objet d'une étude de grande ampleur d'histoire sociale de la médecine, centrée sur l'Italie mais qui offre des indications plus générales.

Dans la première partie, l'ouvrage traite de la représentation et de l'auto-représentation des charlatans. D. Gentilcore mobilise des

sources diverses, notamment iconographiques, pour analyser la formation des stéréotypes autour du charlatanisme. Les pratiques linguistiques deviennent les clés de la compréhension de leur construction, à partir de laquelle D. Gentilcore interroge, dans la deuxième partie de son ouvrage, les stratégies sociales, économiques et médicales des charlatans dans la Péninsule.

Grâce à une base de données rassemblant plus d'un millier de cas, réalisée à partir des licences qui leurs étaient accordées par les collèges et les *Protomedici* des villes italiennes, ou encore de procès que ces mêmes autorités ont intentés contre les praticiens irréguliers, D. Gentilcore met en lumière une réalité complexe dont il tire plusieurs conclusions. Tout d'abord, les procédures dépendaient d'un système souple qui permettait aux autorités médicales de gérer avec facilité le phénomène (et d'en tirer le gros de leurs finances); ensuite, en dépit de plaintes et de cris d'alarme réitérés de la part de la médecine académique, le rôle des charlatans était perçu comme utile là où le réseau sanitaire, pourtant généralement dense dans l'Italie moderne, l'était moins. D'ailleurs, le charlatanisme constituait un monde fort hétérogène, ce qui explique en partie l'attitude parfois ambiguë des autorités à son égard. Au sein de ce monde, D. Gentilcore propose de distinguer « les ambulants », en général modestes et confrontés aux risques d'une vie itinérante, les « charlatans spécialisés » (comme les arracheurs de dents ou les charmeurs de serpents), pour lesquels les risques étaient limités par le fait d'offrir des services bien reconnaissables et les « marchands-charlatans », membres aisés et reconnus de leur communauté, qui pouvaient à l'occasion faire corps pour défendre les vertus de leur remèdes.

Le chapitre 6 porte justement sur les médicaments vendus et « inventés » par les charlatans. L'offre thérapeutique qui en résulte est relativement variée et, bien que restant fortement traditionnelle, elle est basée sur les mêmes ingrédients que ceux utilisés par la médecine académique, tout en étant généralement plus pauvre et plus simple (ce qui ne veut pas dire que ces remèdes coûtaient moins cher, car, au contraire des traitements classiques, leurs prix suivaient les lois du marché).

Traditionnels dans la préparation de leurs médicaments, les charlatans affirmaient néanmoins leur différence, contestant parfois la pharmacopée officielle. D. Gentilcore insiste sur la perméabilité des frontières entre ces deux domaines, que l'on a longtemps considérées comme rigides.

La troisième partie du livre, la plus originale, porte sur les stratégies de communication des charlatans. Les itinéraires et la logistique des voyages, les performances, les gestes, les codes vestimentaires et linguistiques, les supports manuscrits et imprimés de leur activité y sont analysés grâce au croisement de méthodes et de sources diverses. Il s'agit d'une véritable histoire culturelle qui a, entre autres, le mérite de sortir du cadre citadin en considérant la Péninsule dans son ensemble.

Cet ouvrage stimulant pose un certain nombre de questions. En premier lieu, il offre une contribution, pour une période ancienne, à l'examen de la notion de profession, dont le bien-fondé heuristique à l'époque moderne paraît de moins en moins certain même si l'on observe, comme le fait D. Gentilcore, l'existence d'organismes corporatifs légitimés par le pouvoir public². Les charlatans sont à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la profession médicale, et ils prospèrent en symbiose avec les praticiens diplômés de l'université grâce à une pluralité de stratégies qui accentuent tour à tour la complémentarité ou la compétition.

La fluidité des classifications et des segmentations sociales est bien mise en évidence par cette étude dont la focale est décentrée vers les marges du système corporatif. D. Gentilcore enregistre, de plus, l'existence d'un décalage significatif entre les stéréotypes, producteurs d'identités sociales, et la réalité socio-économique des charlatans. Selon lui, c'est le marché qui joue un rôle déterminant dans la formation et l'évolution de ce métier « paramédical ». Le livre aborde un réel problème, celui de la « culture populaire ». Même si la question des clients et des patients des charlatans aurait pu être traitée de manière plus approfondie, l'ouvrage est tout entier traversé par cette interrogation : existe-t-il une « médecine populaire » ? La problématique n'est pas nouvelle, mais D. Gentilcore lui apporte une contribution significative. Au lieu de poser

comme acquise l'existence d'une séparation entre une médecine populaire et une médecine savante, l'étude du charlatanisme invite à analyser tout d'abord avec précision les formes et les modalités de circulation du savoir médical ainsi que son influence, sans pourtant négliger le fait que, au cours des XVI^e-XVIII^e siècles, les classes populaires et les élites se distinguent de plus en plus culturellement et quant à leur comportement à l'égard de la médecine.

La périodisation est, à vrai dire, un des points les plus problématiques de *Medical charlatanism*. D. Gentilcore observe une diminution des licences accordées aux charlatans au XVIII^e siècle, ce qui lui permet de formuler l'hypothèse d'une crise du charlatanisme vers la fin de l'Ancien Régime. Cette conclusion est sans doute valide sur un plan général, ne serait-ce qu'en raison des transformations inévitables que ces pratiques subirent au XIX^e siècle, à la suite de la réforme des professions. Toutefois, une plus grande attention aux évolutions des siècles précédents aurait été souhaitable, afin de nuancer l'idée d'un « Ancien Régime médical » homogène. Sans doute est-ce en partie dû à la nature administrative et judiciaire des sources disponibles.

MARIA PIA DONATO

1 - GIANNA POMATA, *La promessa di guarigione: malati e curatori in Antico Regime Bologna XVI-XVIII secolo*, Rome-Bari, Laterza, 1994.

2 - Voir également MARGARET PELLING, *Medical conflicts in Early Modern London: Patronage, physicians, and irregular practitioners 1550-1640*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

Martin Porter

Windows of the soul. The art of physiognomy in European culture 1470-1780

Oxford, Clarendon Press, 2005, 386 p.

L'histoire de la physiognomonie – qu'un dictionnaire anglais définit en 1696 comme « a discovery of men's natures by their looks » – commence à intéresser les historiens. Les jours sont révolus, semble-t-il, où l'on pouvait ridiculiser ou même rejeter carrément comme « pseudo-science » ou superstition farfelue

cette discipline pourtant bien installée au cœur de la société moderne : on lui accorde une attitude beaucoup plus tolérante et compréhensive qu'autrefois. Révélateur à ce propos est le fait que l'*Histoire du corps* (2005), parue sous la direction d'Alain Corbin, de Georges Vigarello et de Jean-Jacques Courtine, consacre aux sciences et aux arts du visage des pages empreintes d'un certain respect. J.-J. Courtine est d'ailleurs l'auteur avec Claudine Haroche, d'une *Histoire du visage* (1994), une belle synthèse orientée autour de la physiognomonie.

Mettant entre parenthèses les traditions physiognomoniques des cultures arabes, indiennes, japonaises, chinoises, etc., l'on peut deviner dans l'Europe prémoderne cinq cycles majeurs de l'influence physiognomonique : l'Antiquité, période qui vit la création de la plupart des écrits destinés à devenir canoniques dans leur genre jusqu'au xvi^e siècle ; le Moyen Âge, où les textes classiques se fondent sur la tradition arabe ; la Renaissance et les Temps modernes, temps d'épanouissement, puis de déclin ; et le renouveau de la discipline, vers la fin du xviii^e siècle, apporté par le pasteur suisse Johann-Caspar Lavater. En fait, c'est le moment lavaterien et son impact sur la culture européenne du xix^e siècle qui ont reçu le plus d'attention ces dernières années, cela surtout dans le monde anglophone, aussi bien de la part des historiens de l'art, de la culture, que des sciences¹. On remarque aussi un intérêt nouveau pour les technologies de l'identification faciale².

Le livre de Martin Porter ajoute une pierre importante à ce renouveau historiographique, en raison de sa focalisation sur une période – relativement négligée – pré-lavaterienne. Dans *Windows of the soul*, M. Porter fixe les limites chronologiques de son étude afin de marquer, en amont, la publication, en 1471, du premier livre physiognomonique imprimé, *Decisiones physionomiae*, du médecin italien Pietro d'Abano (fin du xiii^e siècle). En aval, il s'arrête à la « reformation » (ou selon lui, la déformation) de la physiognomonie par Lavater, qui publia ses *Physiognomische Fragmente* dès 1775.

Dans un chapitre important et très fouillé intitulé « The bookish face of physiognomy in Early Modern Europe », M. Porter montre

que, tout au long de cette période, la physiognomonie bénéficia d'une présence non négligeable dans l'édition européenne. Chose notable, elle se trouvait dans une gamme très large de publications de toutes sortes (livres de médecine et d'histoire naturelle, analyses hermétiques et astrologiques, ouvrages pédagogiques, traités d'esthétique, almanachs et livres de vulgarisation...); dans des formats très variés, du prospectus jusqu'à l'in-folio ; et dans un éventail impressionnant de langues, tant classiques que vernaculaires (y compris l'islandais et le gallois). La physiognomonie semble s'être infiltrée, d'ailleurs, dans toutes les tendances idéologiques, religieuses, philosophiques de la période. Il y avait donc une physiognomonie aristotélicienne, hermétique et néoplatonicienne, paracelsienne (et, bien sûr, anti-paracelsienne), catholique et réformée, anglicane et piétiste, orthodoxe et kabbalistique, et ainsi de suite. De plus, la physiognomonie trouve des lecteurs acharnés parmi les deux sexes, toutes les classes sociales, les jeunes et les adultes...

Comment se repérer au milieu d'un tel chaos de textes hétéroclites et souvent contradictoires ? La réponse de l'auteur est d'essayer plusieurs angles d'approche. Il combine ses analyses sur l'offre du livre physiognomonique avec la perspective de sa réception. Il y montre beaucoup d'ingéniosité en soumettant à une analyse fine les graffitis gribouillés dans les marges des pages. De plus, M. Porter aligne la physiognomonie sur l'histoire de la perception, en focalisant sur « l'œil physiognomonique » et sur la pratique sociale correspondante – et, par là, cherche à passer au-delà de l'écrit afin de cerner des traditions orales. Par ailleurs, il envisage la pratique comme un moyen de façonnement individuel qui, en tant que technique du soi, entretenait des relations étroites avec le savoir rhétorique et les arts de la mémoire.

L'approche multiforme de M. Porter est louable en elle-même et ouvre des pistes de recherche. Toutefois, et il l'admet lui-même, en parcourant tant de domaines et en multipliant les angles d'approche, l'auteur ne peut qu'effleurer la plupart des questions importantes. Par ailleurs, le moins convaincant de l'ouvrage est son fil conducteur : la tradition her-

métique qui émergea dans la physiognomonie à partir des écrits de Pic de la Mirandole et Marsile Ficin au XVI^e siècle. D'après M. Porter, ces auteurs développèrent l'hypothèse selon laquelle l'art physiognomonique fut le langage primitif qu'Adam et Ève pratiquèrent au jardin d'Éden, hypothèse qu'ils crurent étayée par des écrits anciens alors attribués au prétendu mystique égyptien Hermès Trismégiste. M. Porter surestime l'importance du courant hermétique à l'intérieur du monde hétéroclite et foisonnant des arts physiognomoniques. En voulant élargir l'influence de ce courant particulier, il suggère en particulier l'existence d'un rapport étroit entre l'hermétisme « égyptien » et l'arrivée en Europe dès le XV^e siècle des Gitans (appelés « Égyptiens »), associant quelque peu fallacieusement deux phénomènes fort différents. Quant à sa suggestion selon laquelle l'hermétisme fut à la base d'un prétendu culte mystico-astrologique qui aurait été « le culte le plus profond et le plus diffusé de l'Ouest chrétien » au Moyen Âge (p. 223), il faut constater qu'il n'en fournit pas la moindre preuve.

Malgré ses qualités évidentes, *Windows of the soul* pâtit donc de l'insistance de l'auteur sur l'approche hermétique d'un mouvement qui fut, comme il le montre d'ailleurs, on ne peut plus protéiforme. À vouloir envisager trop de facettes dans une seule monographie, M. Porter n'évite pas une certaine incohérence dans un livre pourtant plein d'idées neuves, de perspectives innovantes, d'aperçus frappants et de très belles pages.

COLIN JONES

1 - Voir, parmi les publications les plus récentes, MARY COWLING, *The artist as anthropologist: The representation of type and character in Victorian art*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989; LUCY HARTLEY, *Physiognomy and the meaning of expression in nineteenth-century culture*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001; RICHARD T. GRAY, *About face: German physiognomic thought from Lavater to Auschwitz*, Détroit, Wayne State University Press, 2004.

2 - Voir surtout JANE CAPLAN et JOHN TORPEY (éd.), *Documenting individual identity: The development of State practices in the Modern era*, Princeton, Princeton University Press, 2001.

Rafael Mandressi

Le regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident
Paris, Le Seuil, 2003, 339 p.

L'auteur se propose d'étudier la « civilisation de l'anatomie » de la fin du Moyen Âge au début du XIX^e siècle. Rafael Mandressi suit, avec une grande acuité, à partir d'un corpus considérable d'écrits anatomiques, l'élaboration de cet espace intellectuel qui consiste à étudier la matière vivante à travers un corps mort. Les opérations intellectuelles spécifiques façonnant le regard de l'anatomiste sont ainsi analysées avec une grande précision, mettant en lumière le passage d'une vision fragmentée, parcellaire, localisée, à une représentation d'ensemble de l'humain. La mise en valeur par l'auteur des techniques d'observation et d'interprétation souligne la force des analogies et des métaphores architecturales ou cartographiques qui les guident. De ce patient effort de description des cadavres surgit l'invention scientifique du corps. L'auteur donne ainsi à voir l'émergence d'un savoir qui, jusqu'à l'établissement de la physiologie, à la fin du XVIII^e siècle, est en quête d'un espace dans le paysage intellectuel classique de l'herméneutique de la Renaissance. De la philologie à la pratique de la dissection, l'anatomie n'est pas une discipline constituée, mais elle se reconfigure progressivement dans cette reformulation alors en cours de l'image du corps et de ses limites.

Mais R. Mandressi ne se contente pas d'une approche spécifique de l'histoire des idées, il a le souci de saisir son sujet dans sa complexité, en prenant au sérieux les différentes médiations qui le constituent en objet de consommation et d'étude. Ainsi, l'attention portée aux dispositifs éditoriaux, à la mise en imprimé, à la traduction, à la réception des *authoritates* de l'Antiquité fait de cette étude un livre important de l'histoire de l'édition scientifique, dans le sillage des travaux d'Ann Blair ou d'Adrian Johns. Cette approche permet également de comprendre ce que recouvre le phénomène de la publication et de la publicité ainsi que le jeu de démarcation ou de délocalisation qui s'instaure avec les institutions médicales. En dernier lieu, R. Mandressi tire le fil des pratiques mondaines et s'interroge sur

cette singulière attraction exercée par le spectacle de la dissection, ce dès l'ouverture des premiers théâtres anatomiques, à la fin du XVI^e siècle, jusqu'à la création des musées d'anatomie sur les champs de foire, au début du XIX^e siècle. En s'intéressant aux enjeux moraux et mondains de la diffusion de ces savoirs, R. Mandressi souligne l'utilisation de plus en plus fréquente de l'« outil anatomique » pour « disséquer » le corps social. Sur ce point, l'analyse des formes d'appropriation et de l'influence, nouvelle, du public dans l'essor de ce savoir aurait pu davantage tenir compte des leçons de la sociologie et de l'anthropologie des sciences qui, aujourd'hui, abordent à nouveaux frais la question du corps par de multiples biais (par exemple par des travaux sur l'astrologie médicale).

Essentiellement fondée sur des sources imprimées, cette enquête procède à partir d'une lecture intensive d'un large corpus de textes, depuis ceux des principaux auteurs de l'Antiquité et de la période médiévale jusqu'à la littérature spécialisée due aux médecins de l'époque moderne. Elle s'appuie également, quand cela est nécessaire à la démonstration, sur nombre d'autres ouvrages (dictionnaires, traités d'architecture, de peinture, livres d'histoire ou de politique) qui montrent la place croissante occupée par l'anatomie dans les espaces sociaux et culturels, à partir du XVII^e siècle (chap. 5). En fin connaisseur des recherches centrées sur l'histoire intellectuelle, l'auteur mobilise les travaux de Danielle Jacquart, sur la pensée scolastique, ainsi que les recherches de Mirko Grmek, sans oublier les études plus récentes de Thomas Laqueur sur le corps masculin ou d'Andrea Carlino sur les théâtres anatomiques. L'histoire de la philosophie est elle aussi particulièrement bien représentée dans cet ensemble, même si l'on peut regretter l'absence de référence aux travaux importants de Ian Maclean sur la culture médicale de la Renaissance, en particulier sa dimension sémiotique¹.

Mais la portée du livre pourrait être plus grande si l'on situe cette entreprise dans le champ des recherches actuelles sur l'histoire de la médecine. Contrairement à l'historiographie anglophone, plus désireuse de s'inscrire, au tournant des années 1980 et 1990,

dans le droit fil de l'histoire des savoirs (Colin Jones, Laurence Brockliss, Ann Vila, Elizabeth Williams), les chercheurs français ont plutôt choisi la voie d'une histoire sociale de la pensée et des politiques publiques (Jean-Pierre Peter, Jacques Gélis, Jean-Pierre Goubert, François Lebrun, Pierre Darmon, Roselyne Rey). L'approche française a ainsi conduit à une meilleure compréhension d'un Ancien Régime des pratiques médicales et permis de situer l'avènement de la figure sociale du médecin, tandis que l'approche anglophone a surtout encouragé un considérable travail sur les sources, dépassant la seule étude de la professionnalisation du corps médical ou de la Société royale de médecine pour, ensuite, faire un effort important de décloisonnement et d'alignement sur une histoire culturelle des sciences, en prenant en compte les dimensions intellectuelles mais aussi économiques et culturelles de la médecine. R. Mandressi a parfaitement saisi cette mutation historiographique et, en privilégiant l'étude des dispositifs éditoriaux, il propose de mettre à l'épreuve ces différentes approches méthodologiques. R. Mandressi entend ainsi rendre intelligible cette « invention » intellectuelle du corps et démontrer les pratiques et les opérations de montages disciplinaires. L'anatomie n'est pas, selon lui, un espace parmi d'autres où s'élabore un discours sur le corps, mais bien le lieu stratégique de la construction de la connaissance à travers l'articulation des savoirs pratiques et d'une culture visuelle. Cette attention portée au système de pensée et aux cadres épistémologiques s'ouvre sur une compréhension globale des « sciences du corps » et de leur appropriation sociale à l'âge classique. Les axes de recherche choisis par R. Mandressi sont prometteurs. L'administration de la preuve dans les « sciences du corps » et leurs « régimes historiographiques » correspondent à des thématiques tout à fait neuves dans le champ de l'histoire de la médecine, conformes aux préoccupations des *sciences studies*, et montrent l'importance d'une démarche processuelle et anti-essentialiste attentive à l'inscription dans une culture matérielle des pratiques scientifiques.

L'ouvrage impressionne par son ubiquité et l'originalité de sa démarche visant à traiter dans toute son ampleur la densité sociale et

culturelle de l'objet anatomique. On regrettera néanmoins l'absence d'une prise en compte des recherches sur la génétique textuelle des écrits scientifiques, qui aurait davantage aidé à saisir le passage d'un savoir pratique, visuel et oral, à une mise en imprimé, voire à une mise en corpus de ces connaissances. Les travaux de Barbara Stafford sur la visibilité et l'invisibilité, ou ceux de Lorraine Daston et Katharine Park sur le « corps inhumain » et la monstruosité auraient également été utiles à l'étude de ces mises en représentations du corps qui passent par une réflexion sur le visible et sur le vraisemblable². Il est dommage que l'auteur n'ait pas pris davantage de distance avec une perspective parfois un peu diffusionniste pour pousser plus loin son enquête sur les usages sociaux et les formes d'appropriation de ces connaissances. Enfin, on aurait souhaité mieux comprendre la singularité des formes de circulation de ces énoncés scientifiques par rapport à d'autres configurations de savoirs. Mais, au total, en croisant intelligemment histoire du livre et histoire de la médecine, cette étude de cas ouvre la voie d'une méthodologie à même de permettre d'élargir le champ d'une histoire intellectuelle trop souvent désireuse de reconduire les fausses généalogies disciplinaires de l'Antiquité au XIX^e siècle.

STÉPHANE VAN DAMME

1 - IAN MACLEAN, *Logic, signs and nature in the Renaissance: The case of learned medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

2 - BARBARA M. STAFFORD, *Body criticism. Imagining the unseen in the Enlightenment art and medicine*, Cambridge, The MIT Press, 1991 ; LORRAINE DASTON et KATHARINE PARK, *Wonders and the order of nature, 1150-1750*, New York, Zone Books, 1998.

Claudia Pancino et Jean d'Yvoire

Formato nel segreto. Nascituri e feti fra immagini e immaginario dal XVI al XXI secolo
Rome, Carocci, 2006, 189 p.

Ce petit livre, illustré de plus d'une centaine d'images, emprunte son titre à un verset du psaume CXXXIX, cité en exergue : « Mon âme,

tu la connaissais bien, / mes os n'étaient point cachés devant toi / quand je fus fait dans le secret [...] ». Il se propose d'éclairer les controverses récentes concernant le statut des enfants à naître, en remontant dans le temps. Deux chapitres d'inégale longueur le composent : Claudia Pancino, spécialiste de la grossesse et de la naissance, étudie en une centaine de pages très documentées l'iconographie des fœtus depuis la Renaissance jusqu'au XIX^e siècle, essentiellement dans les ouvrages de médecine. La contribution de Jean d'Yvoire concerne le temps présent.

À l'origine de la démarche des deux auteurs, se trouve l'essai abondamment cité de Barbara Duden¹. Suivant un cheminement souvent très personnel et parfois désordonné, l'historienne allemande montrait comment le statut de la femme enceinte avait récemment changé : alors qu'autrefois l'enfant à naître était invisible, caché, incertain, et imaginé par la femme seule, aujourd'hui, grâce aux nouvelles techniques de représentation et de visualisation des fœtus, il est devenu public et la femme a été en quelque sorte dépossédée de son fruit par les médecins et par la société tout entière. C. Pancino reprend l'analyse de cette mutation historique en étudiant les imprécisions anciennes du vocabulaire pour désigner les enfants à naître (« créature », « enfant », « embryon » ou « fœtus »). Elle commente des images anatomiques tirées pour la plupart de livres de médecine, en partant des ouvrages médiévaux (manuscrits de Moschion et de Trotula, traités arabes ou perses). Les fœtus des traités de la Renaissance (Eucharius Rösslin en 1530, Giulio Cesare Aranzi en 1564, Ambroise Paré en 1586, Jacob Rueff en 1580, Scipione Mercurio en 1596) ressemblent à des adultes en réduction, se tenant debout ou dansant dans des utérus en forme d'ampoules. Ces représentations s'expliquent par le poids de l'imaginaire religieux : c'est parce que l'homme a été créé à l'image de Dieu qu'il doit avoir des proportions humaines dès les premières semaines de la grossesse. Aux siècles suivants, chez François Mauriceau (1668), William Smellie (1754), Orazio Valota (1791), les fœtus deviennent de vrais bébés à terme : présentés sur des matrices idéalement propres et sèches, ouvertes en carré, ils ont les yeux fermés et sont figés dans

des postures qui correspondent aux diverses présentations obstétricales. En publiant, en 1774, les trente-quatre gravures sur cuivre in-folio de son *Anatomia uteri gravidi*, William Hunter fait sensation par le réalisme nouveau de la figuration des enveloppes, des tendons et de la peau: il a eu la chance de pouvoir disséquer le corps en parfait état d'une jeune femme enceinte proche de son terme. Mais, malgré cette précision, l'anatomiste ne peut faire abstraction de l'imaginaire de son temps et il continue à voir les différents stades de la grossesse comme le développement d'un enfant en miniature. En 1799, Samuel Thomas Sömmering publie ses *Icones embryonum humanorum*: deux grandes planches représentent les vingt états successifs de l'enfant à naître. L'auteur se vante de n'avoir reproduit que ceux qu'il trouvait « beaux », c'est-à-dire ayant forme humaine, et écarté ceux qui, dans ses dissections, lui avaient semblé monstrueux ou corrompus. Ce n'est qu'au XIX^e siècle que l'on commence à comprendre l'embryogenèse et les différents stades embryonnaire et fœtal.

Après l'étude des céroplasties des XVIII^e et XIX^e siècles, destinées à l'enseignement médical, et l'évocation des Vénus ouvrantes d'ivoire – si prisées dans les cabinets de curiosités d'autrefois –, on s'étonne de voir commentées quelques statues et peintures des Vierges enceintes, seules ou dans la scène de la Visitation: la destination de ces œuvres est tellement différente que l'on a du mal à comprendre ce qui peut autoriser un tel rapprochement. La seule constante serait que l'enfant à naître est toujours représenté comme un homoncule. À cet égard, on peut regretter que C. Pacino n'ait pas eu connaissance de l'ouvrage remarquable de Maaïke van der Lugt²: la connaissance des théories médiévales de la génération lui aurait permis de mieux comprendre le caractère précisément unique de la grossesse de la Vierge. Malgré ses références à une importante bibliographie internationale, C. Pacino ne connaît pas non plus l'étude récente de Lianne McTavish³, dont le dernier chapitre étudie, avec le regard d'une spécialiste de la culture visuelle, les gravures de fœtus dans les traités médicaux des XVII^e et XVIII^e siècles: les graveurs, comme les accoucheurs, qui n'ont jamais « vu » de fœtus dans une matrice, doivent les imaginer; ils le

font en les montrant comme des *putti*, les seuls enfants qu'ils savent dessiner.

Le passage au chapitre concernant le XX^e siècle se fait par un saut chronologique (le XIX^e siècle n'a pas vraiment été abordé auparavant) et linguistique (le texte de Jean d'Yvoire, écrit en français et traduit, fait surtout référence à la bibliographie française). Il s'attache à décrire les processus scientifiques et éthiques par lesquels le fœtus a fait irruption dans notre imaginaire visuel contemporain: photographies sensationnelles du Suédois Lennart Nilsson (publiées aux États-Unis en 1965 et en France en 1966), montrant des fœtus hors du corps maternel; petits films cheminant dans l'utérus grâce à des caméras miniaturisées; échographies généralisées pour toutes les femmes enceintes, qui peuvent désormais « voir » et prénommer leur bébé avant la naissance; affaire récente des fœtus morts de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul; débats sur le droit à l'avortement et ses conséquences, bien étudiées par Luc Boltanski⁴, qui est souvent cité; défense sans cesse réitérée par le Vatican de toute vie humaine dès la conception; questions éthiques posées par l'utilisation des embryons à des fins de recherche ou par le fameux « arrêt Perruche ». Ce balisage rapide du panorama contemporain, complété *in fine* par l'analyse de trois fictions récentes, de François Weyergans, Claude Louis-Combet et Pascal Quignard, évoquant la vie intra-utérine, indique bien en effet que nous sommes entrés dans une autre époque, où l'ancien imaginaire « affectif » de la vie prénatale a été définitivement balayé par l'imaginaire scientifique. La science structure désormais nos représentations, pour le meilleur et pour le pire.

MARIE-FRANCE MOREL

1 - BARBARA DUDEN, *Der Frauenleib als öffentlicher Ort: vom Missbrauch des Begriffs Leben*, Hambourg, Luchtergand Literaturverlag, 1991, traduit en français en 1996 (*L'invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes & Cie).

2 - MAAIKE VAN DER LUGT, *Le ver, le démon et la Vierge. Les théories médicales de la génération extraordinaire*, Paris, Les Belles Lettres, 2004.

3 - LIANNE McTAVISH, *Childbirth and the display of authority in Early Modern France*, Aldershot, Ashgate, 2005.

4 - LUC BOLTANSKI, *La condition fœtale*, Paris, Gallimard, 2004.

Anne Carol

Les médecins et la mort, XIX^e-XX^e siècle

Paris, Aubier, « Collection historique », 2004, 336 p.

Pour la définir dans son essence même, Hippocrate énonçait que la médecine, « c'est délivrer complètement les malades de leurs souffrances, éteindre la violence des maladies, et ne pas traiter les malades qui sont vaincus par la maladie, leur cas étant au-dessus des ressources de l'art » (*De l'art*, c3). Un siècle plus tard, Hérophile d'Alexandrie insistait sur ce point, définissant le parfait médecin comme « celui qui est capable de faire la distinction entre le possible et l'impossible ».

Est-ce à dire que la mort excède le champ de la médecine, qu'elle échapperait à sa compétence, à ses moyens ? Certes non. Mais c'est le passage que la mort représente qui fait problème. Il y a un « en deçà » du moment de la mort où la médecine reste en suspens – on ne peut plus rien faire – et un « au-delà » où le médecin détient plus que tout autre le savoir qui confirme que la mort est bien mort.

Dans un ouvrage remarquable en tout point, Anne Carol entre au cœur de ce fort domaine propre à la médecine, son rapport à la mort. Elle y aborde et analyse l'ensemble des espaces où se joue, envers la mort et dans les œuvres de médecine, cette relation ambivalente, très chargée, très bavarde aussi, entre la distance, les évitements voire le rejet, et la saisie, la prise en main, la captation même.

Évidemment, pour tout médecin, la mort d'un malade porte avec elle l'ombre d'un échec. De là maintes procédures pour la mettre à couvert : n'en pas évoquer la perspective à qui s'en approche, souvent aussi – mais la déontologie le condamne – l'absence au chevet du mourant. Pourquoi des soins en pure perte ? Pour ceux qui estiment au contraire devoir une présence sans défaut au chevet de l'agonisant, les perspectives ne manquent

pas non plus d'ambiguïtés : soigner, prolonger la vie à tout prix, jusqu'à imposer parfois angoisses et douleurs physiques à qui n'attendait plus que le repos final (un fort chapitre, très étayé par des sources abondantes, concerne ces souffrances) ; ou bien forcer sur le soulagement, au risque parfois d'abrèger le délai de survie, ou d'opposer trop rudement la barrière des prescriptions médicales aux légitimes mais dérangeantes marques d'affection et de tristesse de la famille auprès de celui qu'elle va perdre.

Le livre prend appui sur un constat propre à nos sociétés développées. Comme le rappelle l'auteure, « il semble difficile aujourd'hui, de concevoir une mort où la médecine et les médecins seraient absents ». Mais s'impose le regard vers l'amont, au temps où l'on mourait le plus souvent chez soi. Seront donc étudiés le processus souvent très paradoxal de médicalisation et même de conquête de la mort, les « formes d'action et d'abstention » que suppose cet investissement, ses degrés de « complaisances et de réticences ».

On notera la finesse de la démarche choisie pour développer l'ouvrage, en suivant le déroulement même des phases du mourir dans lesquelles s'investit le devoir – ou le désir – du corps médical qui se les approprie : du pronostic létal à l'agonie, de celle-ci au constat de la mort, enfin le traitement du cadavre, pour s'en protéger (hygiène/sanies), pour l'étudier et en apprendre (anatomie, dissection, muséographie), pour s'en débarrasser (modes et lieux d'inhumation, lent développement des incinérations). Une dernière partie traite des plans nouveaux où s'inscrivent désormais certaines des apories de la mort : acharnement thérapeutique, états de survie au-delà de la vie, prélèvements d'organes pour les greffes, ouvrant sur le difficile problème actuel d'une (ou de) définition(s) nouvelle(s) de la mort ; lancinante interrogation enfin sur le dossier brûlant de l'euthanasie.

Un fil court tout au long de cette belle étude. C'est l'épineuse question que pose le passage de la vie à la mort dont l'évidence est rien moins que problématique. Les signes en sont plus que fréquemment trompeurs. Aussi nourrie que soit la symptomatologie affinée sur des siècles, sa prolixité ne la met pas à l'abri des faux-semblants, des ambiguïtés, des

surprises. Où commence et où se termine l'agonie ? De belles pages du livre fouillent ce tableau foisonnant de mots, d'observations, de scénarios préparés et construits pas à pas par la médecine afin d'être en mesure de décider à coup sûr, à la vue, à la palpation, au son, à tout autre recours sensible ou instrumental, si ce que manifeste ce corps qui gît là immobile, c'est une mort apparente ou une mort avérée.

Cette question ouvre sur de nombreuses situations concrètes. Ainsi le partage, lors de l'agonie, entre le moment du médecin et celui du prêtre. Pour ce dernier, la licéité ou non des onctions faites sur une personne ou une non-personne. Surtout, présente sur plus de deux siècles, la hantise de l'enterré vivant. La médecine, qui sut en jouer, y trouva l'un des biais par lesquels s'imposer dans l'espace civil en obtenant – non sans de longs délais – la reconnaissance du médecin comme dispensateur du certificat de décès.

Mais encore fallait-il que, à mesure des progrès acquis grâce à l'essor de la grande clinique, de l'anatomopathologie, de la physiologie expérimentale, on eût trouvé et défini le ou les signes décisifs et certains de la mort. Ceux-ci cependant ne cessèrent de se dérober ou de trahir. L'étude minutieuse d'A. Carol suit en détail l'élaboration successive de critères modernes de la mort, qui prit deux siècles – mort cardiaque, puis mort cardio-respiratoire, mort cérébrale. Le point d'arrivée reste ambigu. L'électro-encéphalogramme plat n'exclut pas la survenue d'états végétatifs persistants. La mort du cerveau semble ainsi susceptible de se fragmenter selon des critères successifs sans cesse remodelés : mort corticale, néo-corticale, mort cognitive. Et le progrès des techniques de réanimation ont mené à ce point (et aux problèmes d'éthique qui en résultent) que les prélèvements d'organes pour la greffe se font sur un mort dont les parties utiles conservent leurs fonctions vitales. Ce morcellement du processus de mort crée une situation étrange.

Sur ce flou épistémologique, sur ses incertitudes et ses labilités, A. Carol nous offre des pages attentives, fouillées, passionnantes, extrêmement instructives. Les logiques mêmes de la recherche scientifique et leurs flexions sont ici minutieusement travaillées. Et n'est pas

négligée la réflexion sur les répercussions que peut en éprouver le monde où nous vivons. Échos troublants. Pour les médecins, comme pour chacun de nous (le moraliste le savait déjà), « la mort ne se peut regarder fixement ».

D'autres domaines encore, liés au même sujet, sont abordés dans ce livre, tous objets de débats actuels très sensibles (degrés de prise en charge de la douleur, soins palliatifs, refus de la médecine technicienne).

Oui, nous avons là, dans cette belle et ample étude, si solidement, si savamment réalisée, un vrai accomplissement de ce que peut et doit être un travail d'histoire historienne (ou d'anthropologie historique) de la médecine.

JEAN-PIERRE PETER

Jonathan Simon

Chemistry, pharmacy and Revolution in France, 1777-1809

Aldershot, Ashgate,

« Science, technology and culture, 1700-1945 », 2005, 196 p.

L'ouvrage propose une interprétation particulièrement stimulante des origines, des acteurs et des enjeux de la « révolution chimique » qui, incarnée par Lavoisier, caractérise le tournant du XVIII^e au XIX^e siècle. S'écartant des interprétations trop internalistes qui cherchent à rendre compte de cette « révolution » en insistant sur les innovations théoriques ou le changement de « paradigme », l'auteur montre comment ce phénomène majeur de l'histoire des sciences peut être considéré comme le résultat d'un processus de distanciation entre différents savoirs et, plus précisément, de distinction entre la chimie et la pharmacie. Selon Jonathan Simon, la « révolution chimique » de Lavoisier constitue en effet le point d'aboutissement de mutations au fil desquelles les représentants de la chimie moderne (construite autour de nouveaux langages, de lieux et pratiques) se détachent des pharmaciens et rendent progressivement autonome cette discipline. Ainsi, et là est le caractère novateur de l'étude, écrire l'histoire de la chimie nécessite tout d'abord de considérer celle de la pharmacie

(1777 correspondant à la création du Collège de pharmacie, 1809 à celle du *Bulletin de pharmacie*).

S'interrogeant sur les étapes et les conditions théoriques ou institutionnelles de ce processus, qui n'a rien de linéaire, l'auteur étudie les transformations successives des relations entre chimie et pharmacie, en insistant particulièrement sur les périodes révolutionnaire et impériale, où se formalise une histoire « héroïque » des disciplines avec laquelle il invite à prendre ses distances et dont il dévoile les enjeux. En mettant en lumière la proximité qui liait la chimie à la pharmacie, J. Simon révèle les stratégies institutionnelles, discursives et sociales qui ont rendu possible l'avènement de la « chimie moderne ».

À partir de la fin du XVII^e siècle, la « pharmacie », au sein de laquelle la chimie fait figure de science auxiliaire, est traversée de courants divergents : les uns tendent à détacher celle-ci de ses aspects pratiques et à la distinguer nettement de la fabrication des médicaments, les autres, au contraire, en valorisent le caractère artisanal et technique. De Nicolas Lemery à Pierre-Joseph Macquer en passant par Gabriel-François Venel et Christophe Glaser, l'auteur rappelle les diverses étapes conceptuelles et théoriques, toujours prudentes et progressives. Les recherches de Lavoisier prennent place dans cette entreprise de promotion d'une « chimie » théorique (ou « philosophique ») et d'autant plus scientifique qu'elle doit se distinguer des savoirs « artisanaux » assimilés à une pratique pharmaceutique progressivement mise à distance. Dès lors, et contrairement à l'histoire canonique qui tend à masquer les liens entre chimie et pharmacie, l'auteur analyse les différentes modalités à partir desquelles le « laboratoire » du chimiste se sépare progressivement de l'« officine » du pharmacien. L'autonomisation progressive de la chimie conduit à la transformation d'une pharmacie dont les représentants doivent désormais prendre position face aux partisans de la chimie « moderne » qui tendent à leur dénier le statut de scientifiques. À partir des années 1780, on assiste ainsi à une démarcation de ces disciplines de part et d'autre desquelles s'opposent les partisans d'une pharmacie « analytique » – se rapprochant de la chimie – et ceux d'une pharmacie « utile », artisanale et pratique – valori-

sant la fabrication de médicament – lesquels, réunis autour de Jacques-François Demachy ou C. Delunel, mènent une campagne particulièrement violente contre Lavoisier, refusant de soumettre la pharmacie aux normes de la chimie « moderne ».

Dans la continuité des renouvellements profonds et récents qui ont caractérisé l'histoire sociale des savoirs, l'auteur étudie les différents cadres institutionnels (journaux, sociétés savantes...), les transformations des modalités de la preuve ainsi que les jeux de réseaux et de clientèles dans lesquels s'inscrit ce processus d'autonomisation. À travers les luttes et les dynamiques qui caractérisent alors les rapports entre les deux disciplines, J. Simon offre un nouvel éclairage, particulièrement original, sur la nébuleuse des « réformateurs » réunis autour de Lavoisier dans la décennie 1780 et leurs trajectoires individuelles sous la Révolution et l'Empire. Il ouvre de nouvelles voies d'interprétation concernant les alliances, mais aussi les conflits qui opposent les différents représentants de ce milieu professionnel où se mêlent les intérêts scientifiques et politiques. Une place privilégiée est accordée à Antoine-François Fourcroy qui joue un rôle majeur non seulement dans la consécration et la diffusion de la chimie « moderne », mais aussi dans la promotion de la « nouvelle » pharmacie, aspect souvent ignoré dans les études consacrées à cet acteur. À travers différentes institutions créées sous le Directoire et l'Empire (la Société libre des pharmaciens de Paris, l'École gratuite de pharmacie, puis les Écoles de pharmacie) et surtout par le biais des *Annales de chimie* (qui fusionnent avec le *Journal de pharmacie* et s'impose dès lors comme le nouveau lieu de la recherche « pharmaceutique »), A.-F. Fourcroy et les membres de sa clientèle (Nicolas Vauquelin en premier lieu) parviennent à imposer aux pharmaciens de nouvelles normes de construction du savoir, désormais calquées sur le modèle de la chimie. Soit un renversement radical des rapports de force entre les deux savoirs, puisque la pharmacie est désormais considérée comme une sous-discipline de la chimie. Le conflit qui oppose A.-F. Fourcroy à Berthollet autour du statut de « chimiste » est réinterprété par l'auteur dans cette perspective : Berthollet, refusant toute forme de

proximité avec la pharmacie, utilise la Société d'Arcueil pour promouvoir un cadre où les chimistes puissent affirmer leur légitimité scientifique en rapprochant des physiciens.

Un des intérêts majeurs de l'ouvrage est donc le souci de l'auteur d'inscrire l'histoire des savoirs dans l'histoire politique et sociale et de montrer comment la Révolution française a fourni à de nouveaux partages et organisations de ces savoirs les conditions d'apparition au sein d'une sphère scientifique de plus en plus atomisée. Il montre, plus précisément, comment les promoteurs de la chimie moderne ont su utiliser certaines opportunités politiques pour s'appuyer sur les institutions pédagogiques et administratives, renforcer ainsi leur position et asseoir leur autorité, parvenant à imposer de nouvelles formes de domination aux représentants d'un savoir pharmaceutique qui n'eurent d'autres choix que de se soumettre ou disparaître. Des « silences » historiographiques sont à regretter face à des travaux qui, à la croisée de l'histoire politique et scientifique, auraient sans doute permis d'approfondir certains phénomènes : les recherches de Patrice Bret, par exemple, ne sont jamais citées, lesquelles auraient permis d'étudier plus précisément les modalités sociales et institutionnelles du processus de distinction et de formalisation des savoirs chimique et pharmaceutique lors de la période majeure – et finalement peu abordée par l'auteur – du gouvernement révolutionnaire (1793-1794). Cet ouvrage érudit et convaincant apporte néanmoins un éclairage particulièrement original et, chose plus rare, propose, à travers l'intérêt porté aux formes d'hybridation, de voisinage et de distanciation des savoirs, des pistes de réflexion susceptibles de renouveler l'histoire des sciences.

JEAN-LUC CHAPPEY

Nicole Edelman

Les métamorphoses de l'hystérique.

Du début du XIX^e siècle à la Grande Guerre

Paris, La Découverte, « L'espace de l'histoire », 2003, 346 p.

Depuis l'Antiquité, l'hystérie ne cesse d'intriguer et d'inquiéter les médecins. Les discours

se sont succédé pour expliquer cet étrange désordre, ce mal essentiellement féminin qui fait se tordre aussi bien les corps, en des convulsions parfois spectaculaires, que les esprits – lors de la « crise », les mots les plus grossiers s'échappent de la bouche de la jeune fille la mieux élevée. Jamais la médecine n'a pu s'entendre sur la cause de l'hystérie, pas plus que sur son existence. Il est ainsi étrange de voir que ce mal, dont on craignait au XIX^e siècle qu'il ne menaçât l'ensemble de la société, ne figure même plus dans le fameux DSM-IV (l'ouvrage de référence en matière de diagnostic psychiatrique). Officiellement, l'hystérie a aujourd'hui disparu.

L'ouvrage de Nicole Edelman n'offre pas de réponse à cette étrange disparition. Il ne s'agit pas non plus d'ajouter une énième interprétation de la nature de l'hystérie. Ce qui intéresse l'auteur est justement que personne n'ait jamais pu s'accorder sur son sens. Dès lors, la question n'est pas tant de savoir ce qu'est ou n'est pas l'hystérie que de restituer ses « métamorphoses », de voir ce que chaque époque a projeté d'elle-même dans son interprétation du phénomène. Mal traditionnellement associé aux femmes, la forme de l'hystérie révèle, notamment, beaucoup des conceptions d'une société sur le sexe faible, sa « nature » et son rôle. En l'occurrence, N. Edelman traite d'un long XIX^e siècle français, période marquée à la fois par une extrême volatilité des contextes politiques et par une tout aussi grande instabilité des discours sur l'hystérie.

Au début du XIX^e siècle, la classique interprétation utérine domine. L'hystérique souffre d'un utérus malade car insuffisamment sollicité. Pour guérir la patiente, il convient donc de la marier, le coût suivi de la maternité délivrant l'organe de ses dérangeantes contractions. Cette interprétation de l'hystérie est le pendant d'une certaine idée de la femme, vue comme un être faible dominé par sa physiologie. Dès lors, il suffit de lui donner ce que son corps réclame – un mari et des enfants – pour faire cesser les troubles. Le mal hystérique ne fait ainsi que confirmer la nécessité de confiner la femme, cette éternelle mineure, dans son foyer.

Une nouvelle interprétation émerge après la révolution de Juillet. Sous la plume de

l'aliéniste Étienne Georget, l'hystérie est déconnectée du sexuel pour devenir une maladie du cerveau, hypothèse reprise par Pierre Briquet au début du Second Empire. Cette transformation est contemporaine du développement des grands hôpitaux publics. Les médecins ne sont alors plus seulement confrontés à l'hystérique bourgeoise, trop nerveuse car menée trop tard au mariage. Dans les hôpitaux, ce sont des femmes du peuple qu'ils rencontrent, de celles qui, marquées par le travail et la misère urbaine, sont particulièrement susceptibles de subir une surexcitation nerveuse.

Cela étant, en dépit de cette amorce de changement du profil de l'hystérique, une grande part des médecins demeure fidèle à l'interprétation utérine. Celle-ci fait d'ailleurs un retour en force sous l'ordre moral : puisque l'époque est à l'affirmation des valeurs traditionnelles, il est cohérent de réduire de nouveau la femme à son utérus et à son rôle de mère.

A contrario, l'avènement du régime républicain fait voler en éclats la thèse utérine autour de la figure de Charcot. Pour le maître de la Salpêtrière, l'hystérie n'a rien à voir avec l'utérus, preuve en est que certains hommes peuvent également en être atteints, ce qui illustre bien le fait que son origine est d'ordre nerveux et non sexuel. Néanmoins, selon N. Edelman, cette création d'un hystérique mâle ne marque pas un changement dans la perception d'un homme et d'une femme qui seraient égaux devant la maladie. L'homme hystérique de Charcot serait plutôt une construction artificielle, un argument destiné à asseoir sa théorie et à établir le primat de l'approche neurologique de l'hystérie sur celle des aliénistes. Dans la pratique, presque aucun individu de sexe masculin ne sera admis comme « hystérique » dans les services hospitaliers, y compris chez les disciples de Charcot.

Mais à peine le milieu médical est-il enfin parvenu à construire une image satisfaisante de l'hystérique – une hystérique maîtrisable, dont la crise suit un ordre presque mécanique et peut être contrôlée par des techniques hypnotiques – que celle-ci s'échappe de nouveau. Les littéraires d'abord s'emparent du terme, pour en faire un adjectif souvent positif, un signe d'hypersensibilité relevant aussi bien

du masculin que du féminin. Les médecins eux-mêmes achèvent ensuite de démembrer l'hystérique charcotienne. Pour Hyppolite Bernheim, l'hystérie de la Salpêtrière est avant tout une « hystérie de culture », dans le sens où les malades y manifestent les symptômes que l'on attend d'elles. L'hystérie n'est ni utérine ni cérébrale, elle n'est tout simplement pas d'ordre physique. Les hystériques sont des femmes suggestibles qui expriment leurs troubles en se conformant aux attentes du médecin. Ainsi, s'il existe des hystériques, l'hystérie en soi n'existe pas. Après Bernheim, Freud et Janet achèvent de faire passer le mal du côté du psychisme. Les symptômes des malades sont désormais interprétés comme des signes de conflits intrapsychiques plus profonds. Ce n'est plus l'hystérie qui intéresse, mais ce qu'elle cache tout en le révélant.

On ne peut qu'être impressionné par l'ampleur et la qualité du matériau mobilisé par N. Edelman, qui a consulté la totalité des thèses de médecine de la période sur l'hystérie ainsi que les registres de plusieurs établissements publics et privés, ceci pour mesurer le nombre de patients diagnostiqués « hystériques », sans oublier son travail sur les romans. Ces sources, souvent inédites, lui permettent d'apporter un regard original sur l'histoire d'une maladie dont on croyait pourtant tout savoir. La complexité et l'ambivalence des discours sur les hystériques sont ici restituées. Ces discours reflètent d'abord l'évolution des rapports de pouvoir entre spécialités médicales : autour de l'hystérie, partisans de l'origine somatique ou psychique des désordres nerveux s'affrontent, les neurologues se servent de la maladie pour contredire les aliénistes, avant d'être critiqués à leur tour par les psychologues... Mais la variation des approches de l'hystérie n'est pas seulement révélatrice des transformations du champ médical, elle illustre aussi comment les conceptions médicales expriment et confortent les normes d'une époque. N. Edelman rend ainsi compte de manière particulièrement convaincante du rôle joué par les médecins dans la légitimation du partage entre le masculin et le féminin, le corps médical apportant une caution scientifique à l'éviction des femmes de la sphère publique.

Enfin, on notera une seule absence dans un ouvrage par ailleurs en tout point remarquable : celle de l'hystérique elle-même. On aurait aimé en savoir davantage sur la façon dont ces femmes vivaient, interprétaient leurs troubles, sur ce qu'elles pensaient des théories et des traitements médicaux et sur ce que les médecins ont fait (ou non) des paroles et des écrits de leurs patientes. Il reste donc peut-être une dernière histoire de l'hystérie à écrire : une histoire envisagée du point de vue des malades.

AUDE FAUVEL

Hervé Guillemain

Diriger les consciences, guérir les âmes.

Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)

Paris, La Découverte, « L'espace de l'histoire », 2006, 347 p.

Opposer conceptions médicales et religieuses de la folie est un lieu commun de l'histoire psychiatrique. Entre le fou « malade » des psychiatres – soit un être que l'on peut comprendre, puis soigner, voire guérir – et le « possédé » des chrétiens – dont l'expérience surnaturelle échappe à l'entendement –, il y aurait un hiatus fondamental, qui expliquerait d'ailleurs pourquoi l'avènement de la psychiatrie française est contemporain de la laïcisation de la société au XIX^e siècle. Si la rupture entre religion et médecine mentale est constitutive de l'identité de la psychiatrie, que dire alors de celle de la psychanalyse, dont on sait combien l'aspect sexuel a pu choquer les milieux catholiques ?

L'ouvrage d'Hervé Guillemain vient largement bousculer cette vision d'une rupture radicale entre religion et conceptions « modernes » de la maladie mentale. Dans *Diriger les consciences, guérir les âmes*, il n'est pas seulement question de mettre en avant certaines persistances, comme le maintien des structures hospitalières chrétiennes à l'ère laïque, par exemple, mais bien de montrer qu'approches religieuses et médicales des troubles psychiques sont liées par un réseau d'influences mutuelles. Pour l'auteur, c'est au niveau des pratiques de soin que se noue cette interaction. Théra-

peutiques religieuses, médicales et psychologiques (ce mot est ici entendu au sens large) de la folie, loin d'être antinomiques, ont ainsi hérité les unes des autres ; de ces échanges, H. Guillemain s'efforce de restituer l'histoire, des années 1830 à la veille de la Seconde Guerre mondiale.

Les premiers aliénistes du XIX^e siècle ont souvent été décrits comme des hommes intransigeants, désireux d'asseoir la mainmise de la médecine sur la folie. Philippe Pinel déclare au début du siècle que les aliénés doivent être soignés par des médecins spécialistes, un monopole qu'Étienne Esquirol obtient en 1838, date à laquelle l'État français met en place un réseau d'asiles publics laïcs confiés aux aliénistes. Mais derrière ce corporatisme affiché, la pratique est plus ambiguë. Le « traitement moral » de Philippe Pinel – qui consiste à vouloir s'appuyer sur ce qui reste de raison chez l'aliéné pour le forcer, au besoin par l'autorité, à quitter son délire – entretient un rapport de proximité évident avec la « direction de conscience » chrétienne. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'écouter dans le cadre d'un dialogue encadré, de guider l'esprit troublé pour qu'il revienne à plus de quiétude. Chrétiens et aliénistes se rejoignent donc en partie dans leur vision du soin des maux de l'âme, une entente visible dans le quotidien asilaire. Loin de disparaître, les établissements catholiques et protestants connaissent ainsi un essor jamais contrarié au XIX^e siècle, tandis que dans les asiles publics les aliénistes encouragent la pratique religieuse de leurs patients, considérant qu'elle peut les aider à recouvrer un équilibre mental.

L'emprise de la religion dans le cadre hospitalier décline toutefois sensiblement sous la Troisième République. Souvent anticléricaux, les médecins républicains entendent aussi inscrire la médecine mentale dans la clinique : l'étiologie « morale » de l'aliénation disparaît au profit d'une approche organiciste, ce qui réduit encore les points de contacts possibles entre thérapeutiques religieuses et aliénistes. Dans ce cadre, la religion devient l'ennemi à abattre, les nouveaux aliénistes en font même une source possible de troubles mentaux. Mais le dialogue entre médecine et religion ne disparaît pas pour autant. Il se recompose en dehors des

asiles autour de la question des miracles. Dans une époque imprégnée de positivisme et de culte de la science, la multiplication des apparitions de la Vierge à la fin du siècle embarrasse l'Église qui se tourne alors vers les médecins. Convoqués pour établir la réalité des guérisons miraculeuses, ceux-ci jouent un rôle de plus en plus important au sein du monde chrétien, devenant juges des états de possession et de sainteté. Inversement, les « miracles » de Lourdes interrogent le monde médical sur sa faculté à penser la guérison, le conduisant notamment à réinterpréter les phénomènes hystériques. Ainsi Charcot, parangon d'une approche organiciste dure de l'hystérie, finit-il pourtant par poser l'existence d'une « foi qui guérit » juste avant de mourir. Selon H. Guillemain, les psychothérapies qui émergent à l'orée du xx^e siècle peuvent ainsi être considérées comme des formes laïcisées des « directions de conscience » chrétiennes.

Cette nouvelle entente entre mondes chrétiens et médicaux expliquerait en partie pourquoi la France se montre aussi rétive à l'introduction de la psychanalyse à la veille de la Première Guerre mondiale. Ni les médecins ni, à plus forte raison, l'Église ne veulent d'une théorie jugée amoralisée et qui remet en cause l'équilibre entre approches religieuses et psychologiques des troubles psychiques. Toutefois, la séparation entre la doctrine freudienne – contestée – et la pratique analytique – jugée, elle, bénéfique – finit par rendre possible la pénétration de la psychanalyse durant l'entre-deux-guerres. Or loin d'y faire obstacle, comme on l'a souvent dit, le milieu chrétien joue au contraire souvent un rôle d'accélérateur dans ce processus. L'on découvre ainsi l'influence méconnue et pourtant fondamentale de certaines personnalités chrétiennes dans la diffusion des idées et des méthodes psychanalytiques en France, comme celle de Roland Dalbiez, philosophe néothomiste, dont *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne*, parue en 1936, a permis de réconcilier les milieux catholiques avec l'approche freudienne.

L'ouvrage d'H. Guillemain se présente donc comme un livre ambitieux, mettant en cause de nombreux présupposés de l'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse. C'est

un pan entier de l'histoire de la prise en charge des troubles psychiques qu'il révèle, montrant l'étonnante intrication des idées scientifiques, des pratiques thérapeutiques de la folie et de leurs vis-à-vis chrétiens, là où, précédemment, on avait surtout insisté sur les phénomènes de ruptures et d'oppositions. En étudiant l'interpénétration du religieux et du scientifique autour de la question de la folie, l'originalité de *Diriger les consciences, guérir les âmes* est ainsi de faire se rencontrer histoire religieuse et histoire des savoirs, deux domaines généralement disjoints que H. Guillemain invite à penser ensemble au sein d'une même histoire culturelle. L'on saluera aussi la richesse des sources sollicitées, en particulier l'importance du travail mené sur les archives hospitalières, trop souvent négligées par les spécialistes de l'histoire psychiatrique, dont il tire à la fois des mesures statistiques inédites et de précieuses observations sur le quotidien asilaire. À la fois novateur dans son approche et dans le type de sources qu'il mobilise, l'ouvrage de H. Guillemain est donc une contribution majeure au champ de l'histoire de la folie, au sein duquel il est d'ailleurs déjà une référence.

AUDE FAUVEL

**Patrice Bourdelais
et Olivier Faure (dir.)**

Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales, XVIII^e-XX^e siècles
Paris, Belin, 2005, 383 p.

Dans une perspective chronologique longue, seize contributions s'interrogent sur les objets, pratiques et logiques sociales qui véhiculeraient « le nouveau » dans le domaine médical et sanitaire. Le parti pris des maîtres d'œuvre consiste d'abord à s'attacher résolument à l'étude des pratiques. Bien que cette revendication ne soit pas véritablement nouvelle sur le plan de la méthode, son application reste plus souvent de l'ordre de l'annonce qu'elle n'est concrètement réalisée. L'histoire sociale et culturelle des pratiques médicales est un chantier encore sous-exploité. De surcroît, comme l'affirment avec justesse Patrice Bourdelais et Olivier Faure, l'analyse du « cheminement de

la nouveauté s'est jusqu'à une date récente beaucoup plus appliquée aux savoirs qu'aux pratiques ».

Ainsi, l'ouvrage se singularise surtout par son attachement à l'étude d'objets et de gestes qui incarnent, dévient et réorientent des pratiques et leur diffusion. La principale question porte sur la manière dont se diffusent des convictions et des croyances, des gestes et des comportements, des objets et des appareils dans le domaine de la santé corporelle et de la pratique médicale. Le thème mène tout droit au cœur des interrogations conceptuelles de l'histoire médicale des quarante dernières années : médicalisation imposée par une profession en voie de consolidation de son pouvoir d'abord, médicalisation tirée par la demande sociale ensuite.

L'ouvrage est organisé en trois parties. La première rassemble les analyses de nouveaux objets et techniques. Matthew Ramsey se penche sur la transformation de l'uroscopie d'Ancien Régime en analyses urinaires de laboratoire au XIX^e siècle. Le terrain est fructueux, mais il est dommage que l'enquête n'approfondisse pas les façons de faire précises de ces analyses au XIX^e siècle, au lieu de les traiter en bloc sous l'appellation « analyses urinaires ». Dans une deuxième étude de cas, Anne Carol s'intéresse à l'histoire de l'examen gynécologique en France aux XVIII^e et XIX^e siècles. Du toucher au voir, d'une pratique marginale et indécente à l'élément constitutif d'une spécialisation professionnelle, d'un examen à main nue à l'usage d'appareils spécifiques (le spéculum), le récit analyse bien le jeu entre promotion professionnelle et réticence féminine dans ce que l'auteur désigne comme les « stratégies de la pudeur ». L'enquête de Catherine Rollet et Virginie de Luca sur les biberons et les nouvelles pratiques de puériculture est plus restreinte dans le temps (1880-1930) : exploitant une source remarquable et homogène, les rapports de médecins inspecteurs, elle gagne en profondeur. Par une analyse des méthodes, moyens et résultats de la campagne pour faire adopter par les nourrices de nouveaux comportements dans le domaine de l'alimentation des nourrissons, l'enquête permet d'évaluer la diffusion et les résistances au-delà des discours. L'étude de

l'introduction de la chirurgie occidentale dans un hôpital en Indochine propose un déplacement souhaitable, qui quitte la métropole pour suivre la transformation des pratiques et des techniques dans un monde où la diffusion renvoie à la colonisation et à la question de l'hégémonie culturelle. L'article d'Evelyn Ackerman rappelle aussi les difficultés d'accès aux sources qui limitent souvent ce type d'étude. Enfin, une dernière contribution par Anne Rasmussen prend résolument la direction d'une nouvelle histoire des objets de soins. Loin des clichés et des sentiers battus, cette étude interroge la catégorie des « remèdes » pour lui donner une vie propre. Cachets, comprimés et autres formes matérielles sont ici des supports qui rendent visibles d'autres protagonistes et configurations sociales déterminant acceptation ou refus : mentalités collectives, comportements individuels, consommation et marché économique, médiateurs sociaux et culturels, ici les militaires.

La deuxième partie de l'ouvrage étudie les professionnels de la santé. Si elle commence par une enquête sérieuse de Vincent Barras dans le domaine judicieusement choisi de l'espace domestique, l'objet de l'enquête, l'onanisme, semble toutefois étendre indûment, malgré les justifications de l'auteur, la notion d'innovation sanitaire. Suit une contribution de Daniel Teyssie sur la dénonciation des erreurs populaires en médecine autour de 1820, à partir de deux articles de dictionnaires du temps. L'auteur considère que la mise en place de nouvelles pratiques de santé, « une des plus vastes entreprises d'acculturation sociale réalisée du XVIII^e siècle au XX^e siècle, du haut en bas de la société, ne va pas sans un travail concomitant de "désinculcation" ». Certes, il est essentiel d'analyser la construction de la notion d'erreur afin de comprendre son caractère utilitaire pour les propagateurs de la supposée nouveauté, mais cette étape de la diffusion reste, analysée isolément, loin des pratiques nouvelles à promouvoir. Olivier Faure renoue, quant à lui, avec l'intérêt pour les professions auxiliaires de la première moitié du XIX^e siècle, notamment les sages-femmes, qui sont restées largement écartées des enquêtes historiques. De leur recrutement jusqu'à leur installation dans la pratique, il

démontre que le premier XIX^e siècle contredit la formule trop réductrice de l'histoire de l'accouchement comme « celle de la conquête des hommes sur les femmes ». Le neuvième chapitre est consacré par Anne Hugon aux sages-femmes africaines en contexte colonial. En s'appuyant sur les archives de l'administration médicale coloniale de la Côte-de-l'Or, elle décrit en détail les transformations de l'accouchement au Ghana entre 1930 et 1950. Ce parcours un peu hétérogène du côté des professionnels se termine par « le parasitologie, l'anophèle et les gambusia », contribution de Gabriel Gachelin et Annick Opinel relative au paludisme en Corse dans l'entre-deux-guerres.

La troisième partie se tourne vers les institutions. De l'hygiène à l'école et par l'école, envisagée par Pierre Guillaume, à la diffusion des pratiques de santé pendant le siècle de Paris en 1870-1871, par Bertrand Taithe, du curé dans la ville en Italie aux XIX^e et XX^e siècles, par Serenella Nonnis Vigilante, aux bureaux d'hygiène municipaux en France entre 1879 et 1900, par Patrice Bourdelais, des écoles d'infirmières en Suisse entre 1890 et 1940, par Joëlle Droux, à l'introduction de la ségrégation des lépreux en Chine à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, par Angela Ki Che Leung, l'agencement d'études bien conduites et sérieuses reste encore quelque peu éclectique.

L'ouvrage visait à intégrer la nouveauté médicale dans le cadre d'un changement social plus vaste. Les directeurs souscrivent, comme la plupart des auteurs de l'ouvrage, à l'idée que l'on est passé d'une « médicalisation-conquête » à une « médicalisation négociée » dans un espace que l'on pourrait définir comme celui d'une offre et d'une demande de soins de santé. Une seconde ligne d'analyse, qui s'interroge sur la place des femmes dans la diffusion des nouvelles pratiques de santé, semble plus difficile à établir à partir des études de cas présentées. Au centre de ce recueil d'articles se trouve une solide histoire sociale de la transformation des attitudes individuelles et collectives face à la maladie et à la santé depuis trois siècles. Si la théorie de la médicalisation est repensée afin de servir comme trame analytique s'exerçant, non plus du haut en bas de la pyramide sociale, mais

sous forme « négociée », il reste à éclairer de manière précise comment ces négociations s'engagent et se résolvent. Si certaines contributions de l'ouvrage s'y emploient franchement, d'autres restent attachées à des sources et des catégories beaucoup plus classiques. Naguère, l'un des deux directeurs de l'ouvrage affirmait que « la grandeur d'une œuvre ne se mesure pas à sa capacité à épuiser un sujet, mais bien au contraire à ouvrir de nouvelles pistes »¹. À cette aune, ce recueil ouvre plus de pistes, notamment du côté des archives à consulter, qu'il n'épuise le sujet de la « nouveauté » en médecine. Toutefois, le lecteur aurait souhaité que soit davantage cerné le cœur du thème annoncé : qu'est-ce qui fait, dans le domaine des soins de santé, qu'une pratique soit considérée comme « nouvelle », qui construit les ruptures, et à qui ces dernières profitent-elles ?

CHRISTIAN BONAH

1 - OLIVIER FAURE, « Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », in M. LAGRÉE et F. LEBRUN (dir.), *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, PUR, 1994, pp. 59-70.

Mark Jackson

Allergy: The history of a modern malady

Londres, Reaktion Books, 2006, 288 p.

L'allergie est-elle une maladie parmi d'autres ou bien l'inscription dans les corps d'un malaise généré par la civilisation moderne ? Cette pathologie reflète-t-elle une défaillance physiologique ou la perte de capacité des êtres humains à tolérer leur environnement ? Faut-il redoubler d'efforts pour mieux comprendre, dans la genèse des réactions allergiques, les mécanismes moléculaires, ou plutôt se pencher sur le rôle des facteurs psychologiques et sociaux ? L'histoire de l'allergie proposée par Mark Jackson illustre la difficulté que présente le fait de dissocier les recherches scientifiques de leur contexte culturel et social. L'ouvrage, riche et précis, retrace l'ensemble des recherches fondamentales en matière d'allergie, la place de celle-ci dans la clinique, son importance dans l'organisation des services de santé et ses multiples significations sociales et culturelles. Fondée sur un travail

de recherche méticuleux, d'une grande clarté d'écriture, cette synthèse très efficace d'un sujet complexe est sans doute destinée à devenir un ouvrage de référence.

Le mot « allergie » est apparu au début du XX^e siècle. À la fin du XIX^e siècle, des chercheurs avaient découvert que l'injection de protéines étrangères induisait la production d'anticorps protecteurs. En 1903, deux physiologistes français, Charles Richet et Paul Portier, mirent en lumière le phénomène inverse : une réaction physiologique violente, pouvant entraîner la mort, avait lieu à la suite d'une seconde injection de cette même protéine. C. Richet baptisa ce nouveau phénomène du terme de « anaphylaxie », pour l'opposer à celui de prophylaxie. En 1906, le chercheur autrichien Clemens von Pirquet proposa le mot « allergie » pour décrire une réactivité modifiée, induite par un contact répété avec des protéines étrangères à l'organisme. Ce terme fut rapidement adopté pour définir les réactions nuisibles (asthme, rhume des foins, urticaire, œdèmes) liées à une sensibilisation spécifique par des substances allergisantes. Ces réactions découlent de prédispositions innées, mais aussi de l'histoire des rencontres passées avec les substances sensibilisantes : ainsi l'allergie au *Penicillium notatum* ne devint-elle un problème grave qu'après le développement de la pénicilline.

Les chercheurs déterminèrent rapidement certains aspects physiologiques de l'allergie tels que le rôle de l'histamine dans l'avènement des symptômes typiques, sans toutefois parvenir à expliquer les raisons du développement sélectif des allergies chez certains individus, ni la variabilité dans la sévérité de leurs manifestations. Les cliniciens constataient cependant que l'intensité des crises allergiques pouvait dépendre de l'état psychologique du malade. L'allergie acquit la réputation d'être liée à une sensibilité extrême et, de ce fait, surtout présente parmi les classes supérieures ; des médecins soignant des enfants asthmatiques, attribuant cette maladie à une réaction allergique de ces derniers à leur environnement domestique, allèrent jusqu'à proposer de les placer dans des institutions thérapeutiques, afin de réaliser une « parentectomie » – élimination du parent pathogène dans l'entourage de l'enfant.

Dans l'entre-deux-guerres, l'allergie fut, le plus souvent, traitée par la désensibilisation. Le médecin tentait d'abord d'identifier l'allergène (produit sensibilisant) en observant la réaction locale à une injection de celui-ci en petite quantité (extrait de pollen, de poils d'animaux ou de produits chimiques sous la peau). S'il parvenait à déterminer la substance sensibilisante, il tentait ensuite d'habituer le malade à son contact en la lui injectant, d'abord fortement diluée, puis en augmentant graduellement la dose. L'efficacité de cette approche n'a jamais été établie de façon probante, la variabilité de l'intensité des réactions allergiques et leur dimension psychosomatique rendant difficile l'évaluation objective des résultats de la désensibilisation. Néanmoins, la grande popularité de cette pratique a permis le développement des services d'allergologie et de la production industrielle des allergènes pour le diagnostic et le traitement.

Après la Seconde Guerre mondiale, les progrès de la recherche biologique conduisirent à une meilleure compréhension des liens entre allergie et immunité, et le développement des substances antihistaminiques et bronchodilatatrices, à une amélioration de la prise en charge des symptômes allergiques. Pourtant, loin de disparaître, l'allergie est devenue un problème de santé publique. Les médecins ont pu constater une augmentation importante du nombre de personnes concernées – ouvriers allergiques aux produits chimiques qu'ils utilisent (contredisant ainsi l'image de l'allergie comme pathologie des couches supérieures), nombreux enfants et personnes victimes d'allergies alimentaires. La fréquence et la sévérité potentielle de ces dernières ont incité à rendre légalement obligatoire la mention de la totalité des ingrédients d'une préparation alimentaire sur son emballage. Par ailleurs, la progression des allergies a stimulé le développement d'une industrie florissante des anti-allergiques, allant des cosmétiques et des produits de nettoyage aux moquettes, en passant, par exemple, par les chatons génétiquement modifiés qui, selon leurs producteurs, ne provoquent plus d'allergie aux poils de chat.

L'augmentation importante du nombre d'individus sujets aux allergies dans les pays occidentaux a été attribuée à la pollution

atmosphérique, à un nombre plus élevé d'allergènes dans la nourriture et l'environnement, au « tout chimique » et au « tout artificiel ». La transformation de l'allergie en symbole de la toxicité de la civilisation contemporaine a atteint son apogée avec le syndrome d'hyper-sensibilité chimique multiple, qui s'applique aux individus allergiques à la quasi-totalité des produits d'utilisation courante dans les pays industrialisés. Selon certains experts, il s'agit d'un problème psychosomatique; pour d'autres, d'une véritable maladie, aux causes physiologiques bien déterminées (telles, par exemple, que le dysfonctionnement d'un enzyme neutralisant les résidus toxiques dans le sang). Au XXI^e siècle encore, l'allergie est une maladie reliant recherches biomédicales de pointe, investigations sur les rapports de l'âme et du corps et réflexions sur les mutations de la civilisation contemporaine.

ILANA LÖWY

George Weisz

Divide and conquer. A comparative history of medical specialization
Oxford, Oxford University Press,
2005, 329 p.

Si l'histoire et la sociologie se sont souvent intéressées aux spécialités médicales, c'est en général en les abordant isolément les unes des autres¹. Dans un ouvrage exigeant, qui clôt une recherche de longue haleine, George Weisz a cherché à constituer une histoire d'ensemble du processus de spécialisation médicale. On ne peut qu'être impressionné par le matériau réuni, qui couvre deux siècles – de la fin du XVIII^e siècle à nos jours – et quatre pays différents – la France, la Grande-Bretagne, l'Allemagne et les États-Unis –, et pour lequel l'auteur a mobilisé un ensemble exceptionnel de sources primaires et secondaires. Bien davantage pourtant qu'un ouvrage de synthèse, le livre de G. Weisz se présente comme une contribution originale à l'histoire de la médecine.

Pour mener à bien son projet, G. Weisz a emprunté ses outils d'analyse à la sociologie des groupes professionnels. Il propose d'envisager la spécialisation comme un processus à deux

faces. D'un côté, elle correspond à un phénomène d'identification collectif par lequel des groupes s'identifient à des secteurs donnés de la médecine et en font leur spécialité. La spécialisation correspond ainsi à une segmentation professionnelle. S'y engager suppose l'élaboration de savoirs et de manières de faire spécifiques, et repose en dernière analyse sur la capacité à établir une juridiction professionnelle. G. Weisz suppose toutefois que ce processus couvre un large spectre de phénomènes, depuis l'initiative individuelle – poser une plaque sur sa porte, se déclarer spécialiste de telle ou telle pathologie dans un annuaire – jusqu'à des entreprises collectives organisées – créer des sociétés savantes, des revues ou des chaires universitaires. D'un autre côté, la spécialisation correspond également à un phénomène systémique : le fait que se structurent ces initiatives, que s'organise un champ et que se dégage un système des spécialités. Et c'est bien l'analyse que propose l'auteur du système des spécialités qui constitue, sur le plan théorique, l'apport important de l'ouvrage.

G. Weisz fait en réalité un double usage de cette idée d'un système de spécialités. En tant qu'outil d'analyse, elle permet à l'historien de dégager une structure d'ensemble à un moment donné. La troisième partie de l'ouvrage, qui retrace l'évolution comparée d'une série de spécialités dans les quatre pays, montre ainsi les différences significatives qui sont apparues dans leur système de spécialité respectif. La médecine interne est une spécialité reconnue en Allemagne et aux États-Unis, où elle est considérée comme la pratique généraliste de l'élite médicale. Elle n'existe pas en tant que telle en France et en Grande-Bretagne où, pour des raisons différentes, l'élite n'a pas éprouvé le besoin de conserver une pratique généraliste. La vénéréologie et la dermatologie sont deux disciplines séparées en Grande-Bretagne, mais, en France et en Allemagne, l'État a fortement incité à l'unification de la spécialité, tandis qu'aux États-Unis la première a toujours été subordonnée à la seconde. De même, l'association de l'obstétrique et de la gynécologie est réalisée à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle en Allemagne, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, alors qu'elles restent aujourd'hui encore séparées

en France. Si les spécialités reposent sur la science, ce sont en dernier ressort des conditions structurelles qui interviennent dans la production du système, lesquelles tiennent à l'organisation de l'élite et de la base, des institutions médicales ou encore à l'intervention de l'État.

De là découle le second usage que fait l'auteur de l'idée de système, qui vise à rendre compte du fait que les spécialités font également l'objet « de règles et de modèles de comportement ». Davantage que tout autre groupe professionnel, les médecins se sont efforcés de mettre en place un contrôle de leur segmentation interne, qui s'est traduit par la création de réseaux d'institutions ou d'ensembles normatifs. L'hôpital, l'université, les dispositifs d'assurance-maladie constituent des cadres à l'intérieur desquels s'organisent les spécialités. Si ces dernières constituent un système, c'est en raison des dispositifs créés par les acteurs pour les réguler. Cette double approche de l'idée de système des spécialités est illustrée par une utilisation très féconde des annuaires médicaux. Dans un article précédent, G. Weisz a montré qu'il était possible d'établir une cartographie des spécialités à Paris à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle en relevant les identités déclarées par les médecins dans les annuaires et en établissant des corrélations entre les déclarations². La méthode avait permis à l'auteur de sonder l'état d'un groupe à un moment donné et surtout de le situer dans ses relations avec les autres groupes. Les annuaires médicaux restent ici des sources pour l'historien, mais G. Weisz montre également qu'ils ont été utilisés par les médecins pour tenter de contrôler et limiter le spectre des spécialités. Un chapitre central de l'ouvrage retrace ainsi l'histoire des annuaires médicaux comme genre de publication médicale : en France, en Allemagne et aux États-Unis, ils permettaient d'imposer les catégories auxquelles les médecins pouvaient s'identifier et de contenir le phénomène de spécialisation ; en Grande-Bretagne, en revanche, les éditeurs se sont efforcés de limiter la visibilité des spécialistes dans leurs annuaires. Ces approches différentes reflètent, plus largement, les attitudes adoptées dans ces différents pays à l'égard de la spécialisation.

C'est à celles-ci que sont consacrées les deux premières parties de l'ouvrage, qui analysent respectivement les conditions d'apparition de la spécialisation médicale dans la première moitié du XIX^e siècle et le problème de la régulation des spécialités à la fin du XIX^e et dans la première moitié du XX^e siècle. Il est impossible de restituer l'ensemble des données et des analyses que présente l'auteur, d'autant qu'elles reposent sur une description fine des quatre configurations nationales, et l'on ne peut ici que signaler les grandes articulations du raisonnement. G. Weisz suit, dans un premier temps, le premier développement de la spécialisation à Paris à partir des années 1830, puis la diffusion du phénomène dans les autres villes d'Europe et des États-Unis. Le phénomène se repère à travers la création de journaux, d'encyclopédies et d'enseignements privés, et jusqu'à l'institution de chaires dans les facultés de médecine. L'émergence de la spécialisation est liée, d'une part, au développement de la compétition scientifique dans un contexte où les acteurs se donnent pour projet collectif d'étendre la science médicale et, d'autre part, à la réorganisation des hôpitaux parisiens en un réseau d'institutions spécialisées reliées par un bureau d'admission central. G. Weisz introduit ainsi deux éléments de discussion. Le premier concerne l'interprétation de l'origine de la notion de spécialisation : dans des analyses pionnières, George Rosen et Erwin Ackerknecht avaient avancé l'idée que la spécialisation était liée à la percée de la pensée localiste en médecine. G. Weisz réfute cette interprétation en soulignant l'importance de spécialités comme la pédiatrie ou l'obstétrique, qui ne correspondent pas à des organes spécifiques. Le second concerne les analyses classiques de Joseph Ben David sur le développement des sciences médicales. Si G. Weisz souligne lui aussi l'importance de la concurrence intellectuelle, il insiste également sur le fait que la spécialisation ne put émerger que lorsque l'ensemble des médecins et des institutions médicales eut atteint une masse critique. C'est en raison de l'importance de son école de médecine, et de la proximité de celle-ci avec les hôpitaux, que Paris fut à l'avant-garde du mouvement, ce qui explique aussi le retard que prit le phénomène

en Allemagne ou aux États-Unis. Encore s'agit-il seulement de conditions nécessaires, mais pas suffisantes : l'importance de la *Naturphilosophie* dans les universités allemandes dans le premier tiers du siècle, la conception que l'élite avait d'elle-même en Grande-Bretagne freinèrent la diffusion de la spécialisation dans ces deux pays. Si la médecine allemande rattrape son retard dans la seconde partie du siècle, la spécialisation conserve un visage très spécifique en Grande-Bretagne, où elle reste limitée aux hôpitaux.

La spécialisation concerne ainsi, à l'origine, essentiellement l'élite du groupe professionnel. C'est seulement à la fin du XIX^e siècle qu'elle touche l'ensemble de la profession, pour devenir un mode d'exercice normal de la médecine. Plutôt que d'expliquer ce phénomène, G. Weisz s'attache, dans la deuxième partie de l'ouvrage à comprendre les problèmes que celui-ci devait poser à l'organisation de la profession et analyse dans ce but la mise en place des dispositifs de régulation des spécialités. Plusieurs éléments décisifs jouent ici un rôle important. La prolifération des spécialistes heurte les convictions holistes de certaines traditions médicales nationales attachées à l'unité de la profession, comme en Allemagne. L'organisation des cursus universitaires nécessite que des choix soient faits sur les spécialités qui y seront représentées. Des différends apparaissent dans certains pays entre généralistes et spécialistes, les premiers reprochant aux seconds de capter leur clientèle : la pédiatrie est ainsi au cœur d'un important conflit de juridiction en Allemagne. Ailleurs, certains groupes cherchent à contrôler l'accès aux spécialités pour ne pas risquer le discrédit : en Allemagne, encore, de nombreuses polémiques sont provoquées par les « faux spécialistes », ces praticiens qui revendiquent une spécialité sans disposer de qualification ; aux États-Unis et en France, certains groupes, les chirurgiens en particulier, tentent d'organiser de manière précoce un système de certification de leur membres. Les assurances sociales sont par ailleurs prêtes à payer davantage les spécialistes, à condition que ceux-ci s'organisent. Les administrations de la santé, ou, en Grande-Bretagne, l'élite médicale, s'engagent enfin dans l'organisation de la médecine ou de

certains secteurs pour satisfaire les besoins des populations : en Grande-Bretagne, toujours, la création du National Health Service s'inscrit dans cette logique, mais celle-ci peut concerner, comme en France, l'organisation de certaines disciplines telle la psychiatrie. L'importance relative de ces différents facteurs explique à la fois la forme spécifique que prennent les systèmes de régulation et l'histoire de leur mise en place. Dans le premier quart du siècle, l'Allemagne est le premier pays à réguler le système dans le cadre de négociations longues et complexes entre les associations médicales, les États territoriaux, l'Empire, puis l'État fédéral et les caisses d'assurances-maladie. En raison de la faiblesse de la représentation médicale, du fractionnement de la profession, mais également de la volonté d'imposer un système unique, la France ne s'attelle à cette régulation qu'après la Seconde Guerre mondiale, mais impose un système global piloté par l'Ordre des médecins. Les analyses proposées par l'auteur ne se réduisent jamais à un schéma de causalité simple, mais leur profusion n'empêche pas de dresser quelques perspectives analytiques d'ensemble. L'un des intérêts majeurs de l'ouvrage est de mettre en évidence le rôle de l'État dans la formation ou la transformation du système des spécialités. L'auteur s'inscrit ainsi dans le prolongement de tendances récentes de la sociologie des professions, mais il leur ajoute plusieurs éléments importants. D'une part, il souligne le rôle que jouent les administrations pour façonner directement les spécialités. Les processus de rationalisation administrative sont susceptibles de produire des catégories intellectuelles directement transposables dans le travail scientifique et qui participent ainsi à la définition même de ce qu'est la profession médicale. D'autre part, G. Weisz montre que des segments multiples de l'État sont engagés conjointement dans le processus. L'émergence du système des spécialités doit être analysée comme le produit de leur interaction avec une profession elle-même segmentée : interaction complexe, qui mobilise des acteurs nombreux et aux intérêts divergents, dans des arènes variées³. Ces perspectives paraissent fécondes pour faire progresser l'analyse des systèmes professionnels et, plus largement, celle des politiques

sectorielles. Elles ne sont qu'un aspect d'un ouvrage qui se révèle déjà être une contribution majeure à l'histoire de la médecine des XIX^e et XX^e siècles.

NICOLAS HENCKES

1 - Voir, par exemple, RUE BUCHER, « Pathology: a study of social movements in a profession », *Social problems*, n° 10, 1962, pp. 40-51 ; SYDNEY A. HALPERN, *American pediatrics. The social dynamics of professionalism, 1880-1980*, Berkeley, University of California Press, 1988, ou les études réunies par Patrice Pinell dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, « La spécialisation de la médecine, XIX^e-XX^e siècle », 156-157, 2005.

2 - GEORGE WEISZ, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social history of medicine*, vol. 7, n° 2, 1994, pp. 177-211.

3 - Sur ce point, les analyses pourront être rapprochées de celles développées récemment par Andrew Abbott en termes d'« écologies liées » : ANDREW ABBOTT, « Écologies liées : à propos du système des professions », in P.-M. MENGER (dir.), *Les professions et leur sociologie*, Paris, Éditions de la MSH, 1999.

Christoph Gradmann

Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie
Göttingen, Wallstein, 2005, 376 p.

Plus que toute autre forme de savoir, la bactériologie a été associée à l'idée selon laquelle la médecine de la fin du XIX^e siècle aurait connu une « révolution du laboratoire ». Chaque « grande » nation industrielle en a célébré les héros : Lister pour la Grande-Bretagne, Pasteur pour la France, Koch pour l'Allemagne. Au cours des vingt dernières années, prenant ses distances avec l'image simpliste de découvertes dues soit à la fécondité de « la » méthode expérimentale, soit au progrès des techniques, le regard porté par les historiens sur la naissance de la bactériologie médicale a beaucoup changé. Non plus seulement source de concepts, le laboratoire est devenu un lieu de travail comparable à bien d'autres, inséré dans des réseaux où se mêlent – sans solution de continuité – la technique et le social. La publication des livres de Bruno Latour ou de Gerald Geison¹

a ainsi fait de Pasteur un habile manipulateur d'objets, un traducteur et un entrepreneur. Ce qui est advenu de la figure tutélaire de la microbiologie française semble en passe d'arriver à son homologue d'outre-Rhin.

Krankheit im Labor est la première analyse de la trajectoire de Robert Koch où opère une même combinaison de technologies matérielles, littéraires et sociales. La nature des sources utilisées par l'auteur, celles de l'hôpital de La Charité à Berlin, de l'Office impérial de la santé, de l'Institut de bactériologie, dont Koch devint directeur, ou du ministère de l'Intérieur, toutes accessibles depuis longtemps, amène à se demander à quoi tient cette relecture. La réponse est, comme souvent, plus collective qu'individuelle. L'histoire allemande de la médecine est désormais riche d'une génération de chercheurs qui, comme Christoph Gradmann, ont su faire une synthèse originale entre les apports de l'histoire sociale des sciences, d'une part, et, de l'autre, des auteurs attentifs aux spécificités de la médecine.

En France, le nom de Koch est associé à l'identification, en 1882, du bacille responsable de la tuberculose. Pour présenter cette découverte, les manuels de médecine mettent en avant une série de postulats eux aussi attribués à Koch, selon lesquels, pour démontrer l'origine bactérienne d'une maladie, il faut mettre en évidence le micro-organisme incriminé dans tous les cas où la pathologie est diagnostiquée et seulement dans ceux-ci ; l'isoler et le cultiver dans un milieu artificiel pour obtenir une culture pure ; provoquer une maladie animale analogue à la maladie humaine par inoculation de cette culture. Koch n'a énoncé aucun de ces principes : ils ont été formulés après coup par son collègue Edwin Klebs. Surtout, comme le montre le travail de C. Gradmann, la pratique de recherche du premier bactériologue de l'État allemand était bien plus diverse, pragmatique et contradictoire que l'idée d'une mise en application de postulats ne le laisse penser.

Le livre est organisé en trois parties, respectivement centrées sur l'intérieur du laboratoire, ses rapports à la clinique, puis l'Empire. Dans la première, l'auteur reprend la question de la démonstration étiologique et de ses conditions expérimentales. Il montre notam-

ment l'importance de deux types de manipulation dans ce qui deviendra le système Koch. La première est celle de la culture pure pratiquée sur des milieux solides, sur de la gélatine enrichie en éléments nutritifs et coulée dans des boîtes de verre, par exemple, une façon de faire que Koch mettra en avant contre les cultures en milieu liquide des bactériologistes français, notamment dans la controverse qui l'opposa à Pasteur sur l'efficacité de la vaccination contre la maladie du charbon. Moins connue, la seconde correspond à l'utilisation de différentes espèces animales non en tant que substitut d'une maladie humaine, mais comme des milieux de cultures « physiologiques » où le jeu des interactions entre micro-organisme et divers types d'hôtes permet de concentrer et d'isoler les germes intéressants. Conjugées à la pratique d'examen microscopique des tissus, visant à caractériser les processus pathologiques (une forme d'anatomie médicale particulièrement développée en Allemagne), ces pratiques ont rendu possible une bactériologie où les « espèces » de micro-organismes sont dotées de propriétés morphologiques et pathologiques fixes, où leur identification offre un diagnostic plus fiable que la recherche des signes cliniques.

La seconde partie de *Krankheit im Labor* examine le travail des années 1880-1890 sur la tuberculose et propose une lecture fine et originale de « l'affaire » de la tuberculine en tant que révélatrice des conflits entre médecine expérimentale et médecine clinique. En août 1890, Koch annonçait avoir mis au point un remède provoquant la nécrose des lésions tuberculeuses. Mise en vente à partir de novembre, la tuberculine connut pendant quelques mois un succès fulgurant. Puis les critiques sur ses effets secondaires et les morts suspects s'accumulèrent, ce qui conduisit à son abandon par la plupart des cliniciens dès avril 1891. L'épisode est d'ordinaire décrit comme la conséquence d'une course à l'argent et à la gloire. De fait, en 1890-1891, Koch négociait le statut de sa thérapie et la création d'un institut impérial de bactériologie dont il serait le premier directeur. S'appuyant aussi bien sur les comptes rendus d'expérience de Koch que sur des rapports officiels, C. Gradmann montre que la confiance dans l'activité anti-

bactérienne de la tuberculine a moins été le produit d'un biais institutionnel qu'un effet du type d'expérimentation auquel se livrait Koch, en l'occurrence de sa certitude que les résultats de la modélisation animale étaient directement transposables à la clinique humaine. Né dans l'intimité du laboratoire, le « fait tuberculine » s'est constitué à partir du crédit attribué à Koch, grâce aux améliorations observées chez une partie des malades (ceux qui souffraient de tuberculose et de lupus) et à la confusion entre effets thérapeutiques et effets indésirables. Soutenue par les modes diagnostiques de la tuberculose, elle conduisit à voir dans les très fortes fièvres provoquées par les injections non un problème mais un élément de la réponse, la preuve que la tuberculine agissait.

La troisième partie s'attache à suivre Koch lorsque celui-ci est envoyé en Égypte et en Inde, en 1883 et 1884, pour y identifier le germe du choléra ou, vingt ans plus tard, lorsqu'il traque le parasite de la maladie du sommeil en Afrique de l'Est. Entreprises diplomatiques organisées par l'État au titre de ses prérogatives impériales, ces expéditions ont eu des effets importants sur les dispositifs de l'hygiène publique. La bactériologie de « terrain » a aussi été une bactériologie coloniale. Si, dans le cas de l'Institut Pasteur et de ses dépendances outre-mer, le qualificatif renvoie à l'accompagnement médical de la colonisation, dans le cas allemand il s'agit surtout de l'utilisation des Tropiques comme terrain d'expérimentation et source de matériaux pour la médecine métropolitaine. L'isolement du vibrion cholérique dans les hôpitaux de Calcutta permit à Koch de ruiner l'influence de l'hygiéniste Max Pettenkoffer et de sa théorie « environnementale » du choléra.

D'aucuns pourront regretter que *Krankheit im Labor* n'accorde pas davantage d'importance à l'inscription du laboratoire dans l'hôpital ou aux transformations des politiques sanitaires. Amenant habilement le lecteur intéressé par la « révolution du laboratoire » à s'intéresser tant aux techniques de coloration des bacilles qu'à l'incapacité à solidifier la gélatine dans la chaleur tropicale ou aux poussées de fièvre des tuberculeux, l'ouvrage de C. Gradmann est une illustration convain-

cante de l'intérêt qu'il y a à écrire une histoire conjointe des sciences, des techniques et de la médecine.

JEAN-PAUL GAUDILLIÈRE

1 - BRUNO LATOUR, *Les microbes : guerre et paix*, Paris, Métailié, 1984 ; GERALD GEISON, *The private science of Louis Pasteur*, Princeton, Princeton University Press, 1997.

Andrés Horacio Reggiani

God's eugenicist. Alexis Carrel and the sociobiology of decline
New York-Oxford, Berghahn Books,
2007, XVIII-241 p.

La carrière et les écrits d'Alexis Carrel (1873-1944) se sont récemment trouvés au centre de vives controverses, suscitées tant par les théories du scientifique lyonnais que par l'héritage de ses réalisations institutionnelles sous le régime de Vichy. La campagne menée par certaines associations antiracistes afin d'obtenir de débaptiser certains lieux portant son nom n'a pas davantage contribué à dissiper son aura sulfureuse que sa surprenante relecture par des fondamentalistes islamistes. L'étude biographique d'Andrés Horacio Reggiani a le mérite de ne pas éluder la polémique, tout en se démarquant des témoignages et des travaux déjà consacrés à A. Carrel, qui étaient le plus souvent motivés par le souci de réhabiliter le personnage ou de relativiser la réalité de ses convictions antilibérales et eugénistes. Ces enjeux mémoriels, exposés au début et à la fin de l'ouvrage, permettent la mise en perspective d'une trajectoire qui, à maints égards, résiste aux catégories d'analyse habituelles.

L'auteur insiste, tout d'abord, sur l'imbrication de la médecine et de la foi religieuse qui structure précocement l'univers cognitif du jeune médecin, alors qu'il échoue, au début du ^{XX}^e siècle, à obtenir un poste hospitalier. L'épisode du voyage à Lourdes, au cours duquel il assiste à une guérison soudaine et inexplicable, lui tient lieu de récit fondateur autorisant une posture qui mêle science et surnaturel, dont il a souvent su jouer pour sa propre publicité. Sa marginalisation par des milieux académiques français largement anti-

cléricaux contribue à expliquer son exil volontaire aux États-Unis, où il est recruté, dans des conditions très avantageuses, comme chercheur au département de chirurgie expérimentale du tout nouvel Institut Rockefeller, inauguré à New York en 1906. L'exploitation de nombreuses archives, et notamment du Fonds Alexis Carrel de l'université de Georgetown à Washington, permet à l'auteur de jeter un éclairage nouveau sur une carrière scientifique marquée par plusieurs allers-retours de part et d'autre de l'Atlantique, mais qui se déroule essentiellement du côté américain. Il y bénéficie d'une grande autonomie et d'importants financements privés afin de mener à bien des recherches qui lui valent rapidement le succès et l'obtention, en 1912, du prix Nobel pour ses innovations dans le domaine des sutures vasculaires. Comparant les diverses réactions suscitées par cette récompense et analysant la manière dont furent reçus ses travaux ultérieurs, A. H. Reggiani montre bien le décalage entre le prestige dont A. Carrel jouit aux États-Unis et le scepticisme entretenu à son endroit en France. Sa correspondance révèle d'ailleurs sa frustration et son mépris à l'égard d'un système français qu'il stigmatisait pour ses pesanteurs bureaucratiques et l'incompétence de ses mandarins.

La manière dont le chercheur français organise son laboratoire, non pas tant en « théâtre de la preuve », comme celui de Pasteur décrit par Bruno Latour, qu'en sanctuaire où sont accomplies des prouesses miraculeuses, contribue à diffuser l'image d'un savant-magicien auprès du grand public. Ses expériences sur les cultures cellulaires ou les transplantations d'organes, largement relayées par la presse sur un mode sensationnaliste, actualisent le rêve de l'immortalité. La publication de son fameux best-seller, *L'homme, cet inconnu* (1935), éclaire davantage encore la manière dont se construit une figure intellectuelle au croisement des champs scientifique et médiatique. Son immense succès illustre alors la vogue d'une formule éditoriale qui mêle la vulgarisation scientifique à des prétentions philosophiques, le tout imprégné d'une conception holiste de l'homme et dominé par la hantise d'une dégénérescence de la civilisation occidentale. Dans le contexte de la crise

des années 1930, les solutions préconisées par A. Carrel – qui vont de l'élaboration d'un nouveau savoir médical global à des mesures d'eugénisme négatif à l'encontre des criminels et des fous – appartiennent à un registre connu, celui d'une appréhension en termes biologiques des problèmes sociaux. Leur impact réel reste difficile à cerner avec précision, mais la diffusion du livre, y compris par le *Reader's digest*, illustre l'émergence de la figure du médecin mystique dans la culture de masse aux États-Unis et en France. L'auteur souligne le rôle joué par certains réseaux technocratiques et autres groupes nationalistes chrétiens dans le projet de création sur le sol américain d'un « Institut de l'Homme » inspiré par ses idées.

Ses affinités politiques et surtout ses liens avec certaines structures partisans de l'extrême droite française sont, en revanche, moins claires. Deux chapitres, sur les sept que compte l'ouvrage, sont consacrés à la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, dite aussi Fondation Carrel, qui a fonctionné de 1942 à la fin de l'année 1945. Complétant habilement l'étude menée en 1992 par Alain Drouard¹, l'auteur se livre à une analyse fine des activités des petites équipes de recherche de cette institution. Les collectes de données qui y furent conduites ont constitué la société française en « laboratoire humain », dont une cartographie biotypologique a été esquissée au moyen de sondages d'opinion et d'enquêtes de terrain sur des sujets aussi variés que la nutrition, les capacités d'apprentissage des écoliers, les familles nombreuses ou l'hygiène industrielle. La mission assignée à la Fondation – améliorer et développer la population française – devait concrétiser la vocation d'une technocratie d'experts à rationaliser la formation et l'entretien de la main-d'œuvre, mais son caractère vague s'est traduit, lors de sa courte existence, par des résultats partiels et segmentés. Le fait que certains activistes natalistes ou familialistes aient intégré l'institution pour y poursuivre des objectifs propres ajoute à l'obscurcissement des limites de la notion d'eugénisme. D'autant que le recrutement y reposait bien davantage sur des relations interpersonnelles que sur des compétences claires. En l'absence d'archives de la Fondation, la

reconstitution des liens ou des rapports de force ayant existé parmi ses chercheurs est malaisée et ne peut donner qu'une idée incomplète des réseaux tissés par A. Carrel et de son rôle dirigeant.

L'auteur revient d'ailleurs à plusieurs reprises sur son « style personnel », son caractère intuitif ou sa tendance à limiter volontairement la possibilité de reproduire ses expériences, dressant volontiers l'image d'un savant isolé de tout collectif de pensée et dont certaines « découvertes », mal accueillies, auraient été « prématurées » (p. 40). Il s'agit probablement là d'une limite du genre biographique, susceptible d'emprunter certains traits du récit héroïque sur la vie et l'œuvre du grand homme de science en avance sur son temps. On peut toutefois trouver dans ces analyses une clef permettant de comprendre la trajectoire d'A. Carrel, dont le double statut, d'une part, de vulgarisateur et, d'autre part, d'expert au service du régime de Vichy n'est pas étranger à sa position marginale précoce dans le champ académique. Là réside tout l'intérêt de cet ouvrage qui montre, dans une langue toujours claire, la cohérence et les implications politiques de ce cheminement singulier.

ADRIEN MINARD

1 - ALAIN DROUARD, *Une inconnue des sciences sociales. La Fondation Alexis Carrel, 1941-1945*, Paris, INED/Éditions de la MSH, 1992.

Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser

Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle
Genève, Georg Éditeur, « Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé », 2002, 480 p.

En 1997, la radio Suisse romande diffuse le témoignage poignant d'une dame de soixante et onze ans, qui relate comment, en 1947, à vingt et un ans et alors sous tutelle, elle fut avortée et stérilisée. Cette jeune fille avait connu une enfance difficile. Orpheline de père à l'âge de un an, placée dans une première

famille, reprise par sa mère qui la battait, transférée dans un orphelinat puis dans une maison pour adolescents arriérés, elle affichait quelques « bizarreries de caractère ». Elle semblait « très retardée » et se laissait aller à des « accès de rage ». À dix-neuf ans, elle fut conduite une première fois en hôpital psychiatrique. Elle allait y séjourner dix fois entre dix-neuf et vingt-huit ans. Lors d'un de ses placements chez un particulier, Louise tombe enceinte d'un autre domestique. Son tuteur écrit alors au chef du service psychiatrique : « Comme il s'agit d'une débile mentale, je vous serais obligé d'examiner s'il est possible d'interrompre sa grossesse et d'envisager la stérilisation de l'intéressée, afin d'éviter la prolifération d'une descendance tarée ». Le psychiatre fut d'accord, et la jeune fille envoyée dans une clinique gynécologique voisine pour interruption de grossesse et stérilisation.

Le cas de Louise constitue un exemple parmi de nombreux autres révélés par les médias suisses depuis 1997. Cette année-là, la presse occidentale « découvre » l'existence d'une loi de stérilisation eugénique en Suède (pour les historiens, l'affaire n'avait rien d'une révélation¹). La stérilisation de quelque 60 000 Suédois avait d'autant plus frappé les esprits que l'eugénisme, supposé être d'essence nazie, avait perduré plus de quarante ans, de 1935 à 1976, dans le pays de la social-démocratie scandinave, réputé pour ses mœurs avant-gardistes. Le « scandale » suédois avait déclenché une réaction en chaîne, et d'autres pays s'étaient lancés dans un examen de conscience au sujet de leur passé eugéniste. La presse helvétique accusa ainsi le canton de Vaud d'avoir eu l'« indécence » de voter une loi eugéniste dès 1928, soit six ans avant la Suède, et d'être, de fait, le premier État européen à avoir adopté une telle loi de stérilisation. C'est dans le cadre de cette actualité brûlante que les autorités sanitaires du canton de Vaud ont mandaté une enquête historique. Le projet initial s'est vite transformé en une étude de plus grande envergure, financée par le Fonds national (suisse) de la recherche scientifique, incluant toute la Suisse romande. Trois collaborateurs de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé se sont attelés au projet. Le présent livre est tiré du rapport final.

Le premier tiers de l'ouvrage aborde diverses questions d'ordre général, comme celle de l'eugénisme et du contrôle de la reproduction au xx^e siècle, l'accès aux archives médicales en Suisse, la dimension juridique de la stérilisation et celle d'autres méthodes eugénistes à l'échelle internationale, l'historique des techniques médicales de stérilisation et de contraception. Les deux tiers suivants décrivent dans le détail les résultats de l'enquête dans les cantons de Vaud, Berne, Genève, Neuchâtel, Fribourg et Valais.

Avant l'entrée en vigueur du nouveau code pénal suisse (1942) qui autorise l'avortement pour raison médicale, quelques cantons disposaient de leur propre code et permettaient certaines formes d'avortement décidées par les médecins. En 1932, le canton de Vaud autorisa ainsi l'interruption en cas de grossesse d'une « personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale dont la descendance selon toutes les prévisions ne peut être que tarée ». Déjà, en 1928, le même canton de Vaud avait voté l'autorisation de la stérilisation des personnes atteintes « de maladie mentale ou d'infirmité mentale ». Ce texte ne fut abrogé qu'en 1985. Dans l'esprit du législateur, il s'agissait surtout de donner un cadre légal à une pratique existant depuis plusieurs années. Dans le canton de Berne, en 1931, c'est une circulaire émanant de la direction de l'Assistance publique qui précise les conditions de « certaines interventions chirurgicales sur la personne des femmes ». Même si plus des deux tiers des cantons suisses ne suivent pas cette tendance de la législation, les idées eugénistes sont dans l'air du temps. En 1944, alors que l'Allemagne nazie est en train de perdre la guerre, le Conseil fédéral helvétique définit sa politique de la famille : elle comporte un « objectif eugénique » destiné à la « prévention des maladies héréditaires », les dernières étant en recrudescence de l'avis des « savants suisses unanimes ».

La stérilisation eugénique ne fait néanmoins pas l'unanimité en Suisse romande. Les opposants sont généralement animés par leur foi catholique, hostile à ce « matérialisme scientifique » et à toute forme de contraception, ou par leur attachement libéral aux droits individuels. Cependant, les clivages politiques

au sujet d'une loi eugénique ne recourent absolument pas les stéréotypes. Dans le canton de Vaud, les partisans de la loi sont essentiellement des radicaux, associés à la « grosse majorité » des socialistes et à quelques libéraux. En revanche, le groupe d'extrême droite « Ordre et tradition » dénonce cet « étatisme médical » qui vient s'immiscer dans un domaine « strictement personnel » et fait tomber la noble profession de médecin au « rang du métier d'exécuteur public ». Le paradoxe de l'histoire veut que Genève, ville qui a accueilli la plus forte concentration de scientifiques – médecins, psychologues, anthropologues et biologistes – partisans de l'eugénisme, n'a jamais édicté de législation en la matière. Ceci n'empêche pas quelques patients et patientes des hôpitaux genevois d'être stérilisés et avortés.

Dans le canton de Fribourg, la période de l'entre-deux-guerres se caractérise par l'opposition à la stérilisation eugénique, opposition surtout portée par un influent médecin catholique. De même, le canton montagnard et à 96 % catholique du Valais se sentit peu concerné par l'eugénisme. Le psychiatre André Répond, directeur de l'asile de Malévoz et partisan de la psychanalyse, expose à cette époque ses idées eugénistes, étroitement associées dans son esprit au Comité international d'hygiène mentale, dans des revues françaises (*L'Évolution psychiatrique*) pour ne pas subir les foudres de ses compatriotes valaisans. En bon psychanalyste, Répond mettait l'hostilité aux « mesures prophylactiques », telle la « stérilisation des anormaux et aliénés », sur le compte du « complexe de castration » que seuls les psychanalystes sauraient désarmer (p. 393). En somme, la psychanalyse devait voler au secours de l'eugénisme !

Les auteurs montrent que la pratique de la stérilisation avait débuté bien avant la loi du canton de Vaud. Les premières stérilisations faites par des gynécologues suisses datent de 1898. Les psychiatres suisses figurent parmi les plus fervents adeptes de la méthode. À l'hôpital psychiatrique du Burghölzli à Zurich, dirigé par le célèbre psychiatre August Forel, puis par Eugen Bleuler (l'inventeur du concept de « schizophrénie »), on adopte très rapidement cette méthode « prophylactique ». A. Forel, auteur de *La question sexuelle* (1905),

ouvrage qui fera le tour de l'Europe, entreprend de faire castrer certains de ses patients. Avec d'autres collègues psychiatres, il défend ses idées eugénistes devant la Société des aliénistes suisses qui finit par s'y rallier en 1910. Les gynécologues joueront eux aussi un rôle déterminant. Dans les discours de l'époque, les considérations eugénistes se mêlent, pour motiver la stérilisation, à des politiques inspirées de l'hygiène sociale, à des considérations d'ordre plus strictement médicales (pour préserver la santé, y compris psychique, de la femme) sous couvert de « protection en faveur des incapables ».

Le nombre de personnes stérilisées en Suisse – elles se comptent par centaines dans le canton de Vaud, le plus actif – est sans commune mesure avec les chiffres de la Suède (63 000), de l'Allemagne nazie (400 000), ou même du Canada (État d'Alberta : 3 000 stérilisations entre 1928 et 1972). Les auteurs concluent à l'absence de « scandale de large ampleur en Suisse romande ».

L'ouvrage veut « éviter le piège du jugement rétrospectif ». Par rapport à de trop nombreuses publications sur l'eugénisme où l'indignation semble suffire à remplacer le patient travail de reconstruction historique, ces trois historiens de la médecine ont mené un travail tout à fait rigoureux. Ils ont examiné de nombreuses archives, plus d'un siècle et conservées dans les services hospitaliers cantonaux de gynécologie, de psychiatrie, les institutions pour handicapés mentaux et les services de santé publique de deux cantons. Ils se sont également penchés sur les publications des médecins, scientifiques, hommes politiques, fonctionnaires et journalistes de l'époque. Pour mieux saisir les enjeux, ils ont voulu replacer la question de l'eugénisme dans la perspective plus large de la contraception et du statut actuel des personnes aliénées ou handicapées.

La force de l'ouvrage est aussi sa faiblesse. Il se limite le plus souvent à un récit monocorde à partir des dossiers tirés des archives, leur analyse faisant l'objet de chapitres bien séparés. L'ouvrage aurait gagné – sur le plan historique – à abandonner quelques-unes de ces mises en perspective avec les débats actuels (ou à les reléguer en épilogue) et à

approfondir l'analyse historique en faisant appel aux outils de la sociologie et de l'anthropologie culturelle. À ce sujet, une ambition de l'ouvrage, « renvoyer notre compréhension aux valeurs de chaque époque » (p. 2), n'a pas vraiment été tenue. Le contexte immédiat manque le plus souvent. La culture suisse des années 1900-1950, y compris la culture médicale et hospitalière, n'est pas évoquée. L'existence d'« évolutions considérables » en ce qui concerne le statut de la femme dans la société helvétique, la sexualité, la relation médecin-patient ou le statut des handicapés est présentée comme une évidence mais rarement explicitée.

On pourrait aussi reprocher aux auteurs un certain « présentisme » médical. La continuité des catégories nosographiques de la psychiatrie est assumée, et l'on ne sait pas toujours si certains termes ont été tirés des dossiers de l'époque ou ont été rétrospectivement introduits. Des constructions historiquement localisées, comme celles d'« idiotie morale » ou de « psychopathie constitutionnelle », se voient propulsées dans les nuées d'une science atemporelle. En dépit de ces quelques réserves, les auteurs offrent ici un ouvrage de référence sur la question de la stérilisation et de l'eugénisme en Suisse.

BENOÎT MASSIN

1 - Voir GUNNAR BROBERG et NILS ROLL-HANSEN (éd.), *Eugenics and the welfare state. Sterilisation policy in Norway, Sweden, Denmark and Finland*, East Lansing, Michigan State University Press, 1996.

David G. Horn

The criminal body. Lombroso and the anatomy of deviance

Londres, Routledge, 2003, 204 p.

La récente controverse suscitée par l'inclusion, dans une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale sur les troubles du comportements chez l'enfant, de considérations sur la détection précoce des délinquants en devenir a redonné une actualité douteuse aux thèmes de la prédisposition au crime et de l'identification des signes qui permettraient de la reconnaître. L'ouvrage

de David Horn éclaire utilement l'histoire de cette espérance dans la possibilité d'asseoir la prévention de la criminalité sur un savoir positif, en revenant sur les travaux de Cesare Lombroso et de ses proches.

Certes, les thèses de ce que l'on a appelé en France, de manière intempestive, « l'école italienne d'anthropologie criminelle », gommant ainsi les nombreux désaccords existant entre les différents auteurs, ont déjà fait l'objet de nombreuses études, en langue italienne et anglaise tout au moins, car l'historiographie française ne s'y est guère intéressée qu'à travers les controverses qui opposèrent les médecins et juristes français à leurs confrères italiens (les critiques adressées par Gabriel Tarde à Lombroso, par exemple). Le livre n'en innove pas moins en abordant l'anthropologie criminelle à travers une approche forgée au sein des *science and technology studies*. Son propos est donc moins de restituer dans le détail les thèses de C. Lombroso, de la « scuola criminale positiva », ou de ses contradicteurs, que d'analyser les pratiques mises en œuvre par les différents protagonistes et le type de posture qu'ils s'employèrent à légitimer aux yeux des autorités judiciaires et du public. Une grande attention est ainsi portée aux techniques et outils mis au point, ou simplement adaptés, par C. Lombroso et les autres pionniers de l'anthropologie criminelle, aux fins de faire ressortir tel trait anatomique ou telle particularité physiologique trahissant une nature criminelle : anthropomètre, craniographe d'Anfossi, pléthysmographe de Mosso, etc. Qu'il s'agisse de comparer des volumes crâniens ou la variation de pressions sanguines chez des sujets soumis à une forte émotion, ces dispositifs de mesure s'inscrivent dans des réseaux socio-techniques qui mettent en relation des institutions fort diverses : prison, laboratoire universitaire, tribunal, congrès international, presse écrite, etc., permettant ainsi une circulation des criminologues et des corps qu'ils étudient entre plusieurs mondes sociaux. Car l'accès aux condamnés, vivants ou morts (la possibilité pour C. Lombroso d'emporter, pour mieux l'étudier, la tête d'un bandit calabrais mort en détention, par exemple...) s'avère essentiel pour ces savants désireux de convaincre leurs contemporains de ce que

« les corps des criminels, ou des criminels en puissance, les trahissent, [en] témoignant de leur propre dangerosité » (p. 25). Ce que C. Lombroso recherche avec tant d'obstination au fil de ses observations anatomiques ou physiologiques, ainsi que dans l'étude de photographies anthropométriques prises aux quatre coins de l'Europe, ce sont les signes de résurgence d'un état sauvage, primitif. Car le « criminel-né » est en quelque sorte prisonnier d'un atavisme (dont il n'est donc pas responsable), une forme de régression accidentelle mais inévitable dans un processus évolutif continu qui va de l'animal à l'homme civilisé. En butte à de nombreuses et virulentes critiques, C. Lombroso affirmait avoir trouvé une confirmation éclatante de cette thèse dans ce qu'il identifiait comme des ressemblances entre malfaiteurs et « sauvages », à commencer par la pratique du tatouage (il faisait peu de cas des différences, esthétiques ou autres, entre ces inscriptions corporelles...), voire entre certains délinquants et les animaux supérieurs, la forme de leurs doigts de pieds (celle du pouce, en particulier) trahissant à ses yeux une capacité préhensile supérieure à la normale. La croyance selon laquelle le développement personnel récapitule, en quelques années, une évolution millénaire conduisit également le médecin légiste italien à s'intéresser aux jeunes enfants : il était à la recherche de signes physiques permettant de comprendre pourquoi, chez une minorité d'entre eux, le développement s'achevait prématurément, les rendant incapable d'acquiescer tout sens moral. La femme, quant à elle, est également décrite dans cette perspective évolutionniste : elle n'est guère qu'un « homme arrêté dans son développement intellectuel et physique » (l'expression se trouve dans un ouvrage coécrit par C. Lombroso et son gendre, Guglielmo Ferrero). Le jugement a de quoi surprendre : d'une part, la gent féminine s'avère en réalité moins encline au crime que son homologue masculin (ce que les contradicteurs du Turinois ne manquèrent pas de souligner) ; de l'autre, l'épouse et les filles de C. Lombroso jouèrent un rôle qui n'avait rien de mineur dans sa vie et le secondèrent jusque dans ses entreprises intellectuelles et scientifiques.

Parmi les nombreuses pistes de recherche explorées par les pionniers européens de la cri-

minologie, dans le but d'identifier « l'homme délinquant » (y compris le « criminel anthropologique », qui n'est pas encore passé à l'acte), deux séries d'expériences ont particulièrement intéressé D. Horn. Les premières avaient pour objet la perception différentielle de la douleur, réputée varier selon le niveau d'évolution et l'état mental du sujet étudié : les fous, les malfaiteurs et les primitifs, disaient Lombroso et certains de ses contemporains, ressentent moins fortement les décharges électriques administrées par les algomètres (machines à mesurer la douleur). Les secondes visaient à savoir dans quelle mesure l'étude de certains afflux sanguins brutaux, le rougissement du visage en particulier, pourraient éclairer utilement la physiologie singulière du « criminel-né » ; ici encore l'hypothèse repose sur l'idée selon laquelle le trouble manifesté par ces rougeurs serait le propre de l'homme civilisé et qu'il serait par conséquent absent ou amoindri chez le sauvage et le délinquant. Au fil des développements qu'il consacre à ces expériences, D. Horn éclaire judicieusement le rôle qu'elles jouèrent dans les constructions intellectuelles de C. Lombroso et les débats, parfois fort vifs, qui opposèrent de nombreux médecins et anthropologues européens et nord-américains. Malheureusement, son approche du « cas Lombroso » tend à évacuer certains points pourtant essentiels à sa compréhension. La plus dommageable de ces limites réside dans l'absence d'analyse des multiples liens existant entre les controverses relatives à l'approche positiviste de la criminalité et les débats politiques, contemporains du mouvement vers l'unité italienne, autour du Mezzogiorno, ce Sud dans lequel certains ne voulaient voir qu'un monde arriéré ou dégénéré, peuplé de barbares criminels. La trajectoire même de C. Lombroso est pourtant éclairante : c'est bien en Calabre, en 1862, lors d'une campagne militaire contre le « brigandage » (brigantaggio, activités criminelles aux yeux de beaucoup, rébellions politiques pour d'autres), que le médecin officier Lombroso se prit d'intérêt pour les tatouages des militaires, fut pour la première fois en contact avec des délinquants et ébaucha sa théorie de l'atavisme¹. Une autre critique que l'on pourrait adresser au travail de D. Horn concerne la manière dont il aborde la postérité de C. Lombroso. La virulence de ses

détructeurs, auxquels il fut souvent incapable de répondre, et le caractère limité de l'influence exercée par son anthropologie criminelle sur la politique pénale italienne et étrangère sont bien mis en évidence. De même, l'idée selon laquelle les difficultés rencontrées par les savants dans leur tentative pour décrypter le corps humain et distinguer clairement le normal du pathologique ont contribué à former notre vision du social comme « confus » (*messy*) mériterait effectivement d'être explorée plus avant. Il resterait cependant à analyser les ressorts de la popularité dont jouissait C. Lombroso dans une grande partie de l'Europe, au point que la seule annonce de son arrivée en ville suscitait l'intérêt d'un public nombreux, en grande partie étranger au monde médical ou judiciaire et néanmoins largement acquis à sa cause².

LUC BERLIVET

1 - Cesare Lombroso revint sur son expérience calabraise dans un ouvrage récemment réédité : *In Calabria (1862-1897)*, Locri, Franco Panchallo, 2004 (fac-similé de l'édition originale publiée à Catane, en 1898, par l'éditeur Niccolò Gianotta).

2 - Pour prendre la mesure de l'admiration suscitée par Lombroso, voir le récit de son périple de Turin jusqu'en Russie que livre PAOLO MAZZARELLO, *Il genio e l'alienista. La strana visita di Lombroso a Tolstoj*, Turin, Bolatti Boringhieri, [1998] 2005.

**Christian Bonah, Étienne Lepicard,
Volker Roelcke (éd.)**

*La médecine expérimentale au tribunal.
Implications éthiques de quelques procès
médicaux du XX^e siècle européen*
Paris, Éditions des archives
contemporaines, 2003, x-462 p.

L'histoire de l'éthique médicale peut prendre la forme d'un récit rassurant, organisé autour de l'élaboration, en 1947, du Code de Nuremberg, à l'issue du procès des crimes médicaux nazis. L'événement tient lieu de sursaut rédempteur, qui aurait suffi à donner aux nations occidentales des repères fermes et universels pour la pratique médicale.

Les auteurs de cet ouvrage nous livrent une histoire plus troublante en s'attachant,

sur la durée d'un long XX^e siècle (1892-2000), à l'analyse des scandales et des procès qui ont heurté l'histoire de la recherche médicale et de la santé publique. La diversité des contributions augure un croisement fécond entre les disciplines, les cadres nationaux (Allemagne, France, Grande-Bretagne principalement) et les contextes historiques. Une thèse originale sert de fil conducteur : les « bonnes pratiques » de la médecine expérimentale – selon l'expression consacrée aujourd'hui – ne sont pas déterminées par le suivi effectif de codifications officielles, mais bien par les principes intériorisés par la profession. C'est donc l'*ethos* des chercheurs et des médecins qui doit être au centre de l'analyse, et non pas la somme théorique des concepts de l'éthique officielle. Les procès des scandales médicaux constituent alors un lieu privilégié pour observer la formulation et la contestation de celle-ci, et, éventuellement, sa codification explicite au sein de réglementations éthiques.

Au fil d'une démonstration chronologique, toutes les ambiguïtés de la dialectique entre l'*ethos* (les normes incorporées) et l'éthique (les règles officielles) apparaissent : l'inefficacité des réglementations sur la pratique, l'ambivalence même de l'usage explicite du « bien commun » et la généalogie complexe des législations. Lutz Sauerteig souligne, par exemple, que les premières directives (en 1900) du gouvernement prussien, décrétées à la suite de l'expérimentation condamnée du sérum anti-syphilitique de Neisser, n'eurent aucune répercussion sur la conduite des expérimentations médicales ultérieures. Tout aussi paradoxalement, l'éthique médicale s'institue, en Allemagne, dans le débat public (cas de la revue *Ethik*) et les textes de lois au moment même où les programmes scientifiques et une grande partie de la profession médicale suivent la voie de l'hygiène raciale nazie et de ses mesures eugénistes. Enfin, Christian Bonah montre, dans le cas du drame de Lübeck (1930), où soixante-seize enfants trouvent la mort après un essai de vaccination au BCG, que l'élaboration législative des *Richtlinien* (la réglementation éthique qui clôt apparemment le « scandale ») précède et accompagne en fait les événements et le procès, sans liens de causalité évidents.

Le Code de Nuremberg, ce « monument » de l'éthique médicale élaboré après le procès de

vingt médecins nazis en 1947, peut alors être comparé aux dispositions précédentes. Comme Paul Weindling le souligne, le Code n'est pas mécaniquement issu du procès, mais intègre une série d'enquêtes et de formulations parfois divergentes qui précèdent la procédure judiciaire. Le banc des accusés, constitué notamment à la suite des enquêtes britanniques dans le camp de Ravensbrück, reflète lui-même une série de négociations politiques dont Nina Staehle reprend le cours, en montrant comment fut définie la catégorie de crimes de guerre médicaux.

La période de l'après-guerre est celle de l'émergence d'institutions nationales et internationales de contrôle sanitaire et éthique. L'ère de la biomédecine n'est pourtant pas exempte de catastrophes, et elle suscite des débats complexes – en particulier juridiques. En continuant à croiser les perspectives, surtout entre la France et l'Allemagne, l'ouvrage se concentre sur la comparaison des procès ayant eu lieu lors des « affaires » de la thalidomide et du sang contaminé. Le lecteur y trouvera une mise au point historique minutieuse sur les « scandales », en même temps qu'une série de questionnements juridiques et philosophiques sur leur résolution.

Avec pertinence, les comparaisons proposées font apparaître les spécificités de la configuration française des débats éthiques. Quasi inexistant après le drame de Lübeck, par exemple, ils mettent en scène avec constance quelques figures mandarinales, paternalistes et patriotes qui affirment le caractère sacré du corps du patient, de sa « dignité » et de la « morale médicale ». Un véritable tabou sur l'expérimentation humaine a ainsi été entretenu, en l'absence de toute réglementation jusqu'en 1988.

La somme imposante des sources et des documents réunis (certains textes fondateurs sont reproduits en annexe) ouvre les cas étudiés à des questionnements complémentaires. D'autres régularités émergent, en effet, là où les auteurs ont choisi de suivre le poids des habitus et des contradictions internes du droit. L'une d'entre elles est la facilité avec laquelle la médecine expérimentale – et l'éthique officielle qui l'encadre – a défini, produit et utilisé

« une sous-humanité », envers laquelle elle a, par définition, bafoué ses propres règles.

Car derrière le paradoxe apparent de la légitimation éthique de l'hygiène raciale nazie, ou de « l'inefficacité » des réglementations éthiques, il faut peut-être chercher une part peu avouable, mais vraisemblablement constitutive, du système « bio-éthique » : l'existence, presque nécessaire, de catégories sociales auxquelles les règles éthiques, précisément, ne s'appliquent pas. Les prostituées prussiennes, les prisonniers américains, les Juifs, les Tziganes ou les malades mentaux de l'Allemagne nazie sont ces « sous-hommes » propres à l'expérimentation et constituent à ce titre un rouage décisif du fonctionnement – y compris éthique – de la médecine expérimentale. Mis à part quelques lignes de l'essai de Jean-Pierre Baud, cet ouvrage ne parvient pas à formuler ce fait, ou ne le souhaite pas. Un détour par le terrain colonial l'aurait peut-être permis. Car une telle ligne de partage organise dès le début du siècle l'action sanitaire dans les colonies allemandes du Togo, du Cameroun ou du Tanganyika, et contribue vraisemblablement, après 1918, à la mise en œuvre dramatique de l'hygiénisme national-socialiste dans l'espace intérieur du Reich. Des travaux récents ont abordé le rôle de ces résonances entre colonies et métropole¹; ils auraient mérité d'être mentionnés ici. Une attention accordée aux recherches coloniales européennes aurait aussi pu révéler d'autres paradoxes de la réglementation éthique, par exemple au vu des aménagements « tropicaux » apportés, après Nuremberg, au principe du « consentement éclairé ». Enfin, des études en situation coloniale auraient peut-être montré plus nettement, en rencontrant ces « accidents thérapeutiques » qui n'ont jamais fait des « affaires », que le « scandale » (et à plus forte raison la procédure judiciaire) n'existe pas *en soi* (et ce quelle que soit l'ampleur comptable du désastre sanitaire). Pour « faire scandale », il faut, comme cet ouvrage le souligne, des journalistes « malveillants » ou des médecins dissidents, des juges, des opposants ou des militants associatifs. Ces contre-expertises, toujours militantes et conflictuelles, accompagnent des luttes décisives pour l'émergence des débats éthiques.

En choisissant d'observer la médecine expérimentale au tribunal, cet ouvrage suggère l'importance du combat qui précède et engendre scandales et procès : sans doute est-ce là un principe fondamental de la régulation éthique, et une dimension problématique de son institution officielle, apaisante et « dépassionnée ».

GUILLAUME LACHENAL

1 - WOLFGANG U. ECKART, *Medizin und Kolonial-imperialismus Deutschland 1884-1945*, Paderborn, Schöningh, 1997 ; PAUL J. WEINDLING, *Epidemics and genocide in Eastern Europe, 1890-1945*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

Claudio Pogliano

L'ossessione della razza.

Antropologia e genetica nel XX secolo

Pise, Edizioni della Normale, 2005, 571 p.

Le terme de « race » n'a pas disparu du vocabulaire scientifique, comme le souhaitaient certains anthropologues et biologistes relayés par l'Unesco, au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Au contraire, des échanges (parfois fort vifs) entre généticiens ont récemment ravivé le débat public concernant l'existence d'éventuelles « différences raciales »¹, tandis que, aux États-Unis, la Food and Drug Administration autorisait la mise sur le marché d'un médicament contre les maladies cardiovasculaires (le BiDil®) destiné plus spécifiquement à la population noire. Des universitaires afro-américains ont d'ailleurs affirmé que, en dépit des risques de « réification raciale » induits par le recours à ce type de catégorie dans la recherche biomédicale et en sciences sociales, l'abandon n'était pas souhaitable, dans la mesure où il rendrait invisibles des différences et inégalités persistantes². L'ouvrage de Claudio Pogliano, fruit de plus d'une décennie de recherches, arrive donc à point nommé pour éclairer « les vicissitudes survenues au cours du XX^e siècle à la notion de race » (p. 1). Comme l'indique le sous-titre, l'enquête porte essentiellement sur deux champs disciplinaires : l'anthropologie et la génétique. Au-delà des spécialisations académiques, elle fait

également ressortir le rôle crucial joué par les facultés de médecine dans la production de schèmes « raciologiques », voire proprement racistes. Différents types de savoirs médicaux (de l'anatomie comparée à la génétique médicale, en passant par l'étude des groupes sanguins et de leur distribution géographique) furent en effet mobilisés, tour à tour ou de conserve, aux fins d'objectiver les différences existant entre populations humaines.

Philosophe de formation, élève d'Eugenio Garin, C. Pogliano explore la voie d'une histoire des concepts et des discours qui diffère de l'histoire des idées telle que nous la connaissons en France. Les sources imprimées, qui constituent le matériau principal du livre, sont replacées dans leur contexte de production ; les institutions ne sont donc pas absentes de l'analyse, et certains développements, comme l'étude de la préparation des « Déclarations sur la race et les préjugés raciaux » de l'Unesco, reposent également sur l'exploitation de correspondances et d'archives manuscrites. Pour autant, le lecteur n'apprendra que peu de choses sur les pratiques scientifiques (souvent mal documentées, il est vrai) des différents protagonistes. Soucieux de « faire parler aussi directement que possible les textes et leurs auteurs », C. Pogliano a entrepris de reconstruire les espaces discursifs des débats et des controverses sur la notion de race : sa signification, son utilité et sa légitimité, tant politique que scientifique. Il donne ainsi à lire de très nombreux extraits de textes (bien introduits et non pas simplement paraphrasés), qui constituent autant de voix entrecroisées. Le choix de citer ces documents dans leur langue originale (italien, anglais, français, allemand), s'il ralentit la lecture du livre, permet de restituer le cosmopolitisme des communautés scientifiques d'où ils sont issus et l'importance que prirent les enjeux de politique linguistique : dans l'entre-deux-guerres, la francophonie des institutions fondées par les anthropologues hexagonaux marginalise les auteurs germanophones et anglophones, qui vont alors investir d'autres lieux.

Le souci de multiplier les points de vue sur ces débats, seul moyen d'en restituer la dynamique complexe, est perceptible jusque dans l'organisation même de l'ouvrage, qui n'a

rien de chronologique. Faisant suite à un développement introductif, le deuxième chapitre (« La razza a congresso ») est consacré aux rencontres scientifiques internationales, du Universal Races Congress de Londres, en 1911, au huitième Congrès international des sciences anthropologiques et ethnologiques, au Japon, en 1968, une attention particulière étant dévolue aux manifestations organisées par l'Institut international d'anthropologie (fondé à l'instigation de professeurs de l'école d'anthropologie de Paris). Deux des chapitres suivants sont dédiés, respectivement, l'un à l'histoire d'un champ de recherche et d'un concept particulièrement crucial, la « séro-anthropologie » (étude de la distribution des groupes et marqueurs sanguins dans les populations humaines, abordée au chapitre 3), et l'autre à la question des « croisements inter-raciaux », dénoncés par de nombreux auteurs comme facteur de dégénérescence, mais défendus par d'autres qui y voient un moyen pour renforcer les qualités physiques et psychiques des groupes humains (chap. 5). Un long développement (chap. 4) retrace la préparation par l'Unesco des « Déclarations sur la race et les préjugés raciaux » ainsi que les débats qu'elles suscitèrent. Enfin, les trois derniers chapitres analysent la transformation des disciplines anthropologiques dans trois configurations nationales très différentes : les États-Unis, l'Italie et la France (l'absence de l'Allemagne pourra surprendre, mais il est vrai que l'ampleur de la littérature sur ce sujet, d'ailleurs fréquemment mobilisée par C. Pogliano, rendait ce développement superfétatoire).

Du fait de la diversité des thèmes traités, l'ouvrage se prête à une multitude de lectures, en fonction des intérêts intellectuels personnels ; on se contentera ici de signaler deux développements particulièrement intéressants à nos yeux. Le chapitre sur l'Unesco donne à voir, de manière très détaillée, les tentatives d'une poignée d'anthropologues (à l'instigation du premier secrétaire général de l'organisation, Julian Huxley, biologiste, eugéniste et simultanément anti-raciste engagé³) pour aboutir à une forme de condamnation scientifique des « préjugés raciaux » et les réactions, parfois très virulentes, de nombreux partisans de l'anthropologie physique, attachés

à défendre la légitimité scientifique du concept princeps de leur discipline. Les pages consacrées à l'anthropologie italienne ont, quant à elles, le mérite de nous introduire aux débats d'une communauté scientifique mal connue en France, en dépit de l'importance prise par la discussion des différences, réelles ou supposées, entre les « stirpi » (terme équivalent à celui de « souches » ou de « lignées » et préféré à celui de « razze ») transalpines dans l'histoire nationale. Bien avant l'avènement du fascisme, et parallèlement aux enquêtes sur les peuples colonisés, les sciences de l'homme (anthropologie, criminologie, sociologie...) avaient en effet occupé une place importante dans le débat politique sur le Mezzogiorno, ce Midi de l'Italie dont l'altérité était réputée perceptible jusque dans les caractéristiques physiques, autant que morales, de ses habitants. Plus généralement, la lecture de l'ouvrage fait bien ressortir la multiplicité des formes de résistance scientifique à l'abandon de la catégorie de la race et la difficulté qu'il peut y avoir à se déprendre de toute perspective raciale, qui ressurgit jusque dans des textes écrits dans une visée explicitement antiraciste. Cependant, l'une des limites de l'enquête « textuelle », ou discursive, de C. Pogliano tient à ce qu'elle n'éclaire pas véritablement les ressorts de cet attachement à une catégorie pourtant controversée. Un tel dessein nécessiterait de recourir à d'autres types d'investigation, afin de mieux saisir, notamment, comment s'articulaient les schèmes politiques et scientifiques des chercheurs ayant contribué à construire et maintenir une vision raciale du monde.

LUC BERLIVET

1 - Voir notamment *Nature genetics*, 36, 11, « Genetics for the human race », 2004.

2 - TROY DUSTER, « Race and reification in science », *Science*, 307, 5712, 18 février 2005, pp. 1050-1051 ; MICHAEL K. BROWN *et al.*, *Whitewashing race. The myth of a color-blind society*, Berkeley, University of California Press, 2003.

3 - Voir en particulier l'introduction de Claudio Pogliano à JULIAN S. HUXLEY et ALFRED C. HALDON, *Noi Europei. Un'indagine sul problema « razziale »*, Turin, Edizioni di Comunità, 2002 (traduction de *We Europeans. A survey of « racial » problems*, Londres, Jonathan Cape, 1935).

Mark Harrison*Medicine and victory.**British military medicine**in the Second World War*

New York, Oxford University Press,

2004, 320 p.

Mark Harrison fait partie, avec Roger Cooter, Steve Sturdy ou encore Christopher Lawrence, du petit groupe d'historiens qui, en Grande-Bretagne, depuis une quinzaine d'années, ont largement contribué à défricher un champ de recherche spécifique, celui des relations entre guerre et médecine, et à le sortir du pré carré de l'histoire officielle émanant de l'institution médicale militaire. Celle-ci avait eu le mérite de collecter des données et de restituer l'histoire des unités, mais, par souci institutionnel autant que mémoriel, elle s'était souvent vouée à une vision apologétique des services de santé et de l'innovation médicale considérée comme une conséquence heureuse des conflits : en somme, l'attestation du progrès par la guerre. C'est pourquoi les travaux qui ont examiné les interactions complexes entre « médicalisation de la guerre et militarisation de la médecine », selon la formule de M. Harrison, en y important des questionnements culturels, sociaux et politiques des plus stimulants, ont constitué un renouveau historiographique vivifiant en histoire traditionnellement dite « de la médecine » – renouveau qui, regrettons-le, n'a guère connu d'écho en France.

Dans cette perspective, le dernier ouvrage de M. Harrison étonne à première vue en s'inscrivant dans une forme historique des plus classiques. Comme l'indique le sous-titre, *British military medicine in the Second World War*, cette histoire réintègre des catégories éprouvées : les bornes chronologiques de la Seconde Guerre mondiale, le cadre national d'organisation de l'armée britannique, la notion de « médecine militaire », strictement associée ici à la bataille et qui renvoie explicitement au langage et aux pratiques des officiers de santé. Le plan du livre confirme cette approche conventionnelle en adoptant un découpage qui envisage les campagnes militaires britanniques successives et les principaux théâtres d'opération où les forces du Commonwealth ont été engagées : les retraites des années 1940-1942 en Norvège,

en Grèce, à Hong-Kong et à Singapour, les batailles du désert d'Égypte et de Libye menées contre l'Afrika Korps, les campagnes d'Afrique du Nord, de Sicile et d'Italie, celles de Birmanie et d'Inde orientale, enfin les victoires en Europe occidentale des années 1944 et 1945. Au-delà de la forme, le titre du livre lui-même, *Medicine and victory*, met en exergue la thèse qui le sous-tend, énoncée dès la première page : avec la guerre moderne, le contrôle des maladies et des blessures étant devenu d'une grande importance opérationnelle, les services médicaux militaires ont apporté une contribution essentielle à la victoire alliée. L'absence de désastre sanitaire, même dans les conditions de combat les plus dures et sur les théâtres les plus lointains, la supériorité déterminante de l'intervention médicale britannique sur celle des armées allemande, italienne ou japonaise, ou encore les saisissantes données statistiques indiquant par exemple qu'un soldat anglais blessé en 1944 avait vingt-cinq fois plus de chances de guérir et, par conséquent, d'être réincorporé que lors de la Grande Guerre, sont autant d'indices que le facteur médical a constitué, pour les Britanniques, un élément clé du succès militaire. Là non plus, la thèse n'est pas pour surprendre et ne fait que confirmer ce que les officiers de santé avaient revendiqué pendant la guerre et que leur mémoire s'employa ensuite à défendre. Si l'auteur pose des questions issues de l'histoire militaire traditionnelle – celles, sans doute non des moindres, des causes de la victoire et de la défaite – et aboutit finalement aux mêmes conclusions que ses prédécesseurs, c'est en empruntant toutefois des voies différentes. Tel est l'un des apports manifestes du renouvellement historiographique relatif aux guerres du xx^e siècle, dont les approches culturelles n'ont pas craint de se saisir d'objets prisonniers d'une lecture catégorielle – ici, la médecine militaire – pour tenter d'ouvrir, à l'aide d'autres outils, ces boîtes noires.

En relevant le défi de la synthèse, un demi-siècle après celle que les histoires officielles des services de santé ont produite, M. Harrison ne met pas en valeur les mêmes points cardinaux. Pour lui, l'innovation médicale n'en constitue pas la pierre de touche. Certes, dès le début de la guerre, les progrès britanniques

réalisés dans la transfusion sanguine au profit de la chirurgie de l'avant et, au terme du conflit, l'introduction de la pénicilline, arme anti-infectieuse radicale, et du DDT, contre la malaria, participèrent d'un arsenal sanitaire au rôle décisif, mais dont la mesure repose moins, pour M. Harrison, sur la nouveauté technique ou thérapeutique que sur son efficacité organisatrice. Le terme anglais « efficiency » est en effet au fondement des relations entre médecine et guerre qu'explore cet ouvrage, à travers les transformations théoriques et pratiques que cette notion a subies depuis la Première Guerre mondiale. Dans le domaine militaire, la notion traduit l'adaptation des ressources médicales à l'extrême mobilité du champ de bataille, dans un conflit totalement mécanisé qui oblige à repenser le fractionnement des unités de soin, leur action dans le mouvement ou leur circulation dans les airs et sur terre. Appliquée au corps humain, l'idée d'efficacité tend à induire le développement d'une médecine pensée comme un outil de maximalisation du potentiel, à valoriser l'expertise médicale afin de définir et de réguler les besoins des organismes en guerre, à rationaliser les techniques managériales où l'hygiène et la prophylaxie sont désormais des objets prioritaires de l'intervention des chefs britanniques, à la différence des chefs allemands. L'analyse des « cultures » de commandement, des valeurs qu'elles assignent à la santé, celle de l'intégration des officiers de santé dans les états-majors, sont très éclairantes. M. Harrison montre également avec beaucoup d'originalité à quel point la quête d'efficacité s'applique aux relations entre l'individu et la collectivité nationale, au nom de l'égalité du sacrifice. La santé individuelle en appelle à la responsabilité civique du citoyen-soldat ; en retour, l'armée lui assurera la protection médicale et l'État pourvoira au bien-être de la société. L'institution militaire, s'appuyant sur un système de contrôle autant que d'adhésion, concourt à instituer un droit à la santé perçu comme un bénéfice social qui peut être obtenu grâce à la participation à l'effort de guerre. Ainsi envisagée, la médecine militaire relève d'une stratégie plus large d'unification de la société britannique.

Bien d'autres thèmes de ce livre sont très pertinents : le recours constant à la comparaison

avec la Grande Guerre et la relecture nuancée de l'entre-deux-guerres sanitaire, que les années 1940 mettent en lumière ; le remploi au cours du conflit des techniques sanitaires héritées des campagnes coloniales de l'Angleterre ; l'étude approfondie des transformations professionnelles et culturelles touchant à deux domaines cruciaux des pathologies de guerre : les maladies sexuellement transmissibles – fléau des troupes en campagne – et les troubles psychiatriques ; ou encore le sort des prisonniers britanniques dans les camps japonais. Autant d'apports enrichissant singulièrement le point de vue d'une médecine en guerre que la seule focale de la « médecine militaire » est loin d'épuiser.

ANNE RASMUSSEN

Isabelle von Buelzingsloewen

L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation

Paris, Aubier, « Collection historique », 2007, 512 p.

L'interrogation est récurrente depuis une vingtaine d'années. La mort par famine de milliers d'aliénés en France (de 40 000 à 45 000) pendant l'Occupation a-t-elle été l'effet d'une politique d'extermination menée par le régime de Vichy sur le modèle des directives nazies d'euthanasie des malades mentaux ? Une « extermination douce », a-t-on écrit. De 1987 à 1998, plusieurs livres et de nombreuses prises de position, certaines fort vives, ont marqué ce débat. L'ouvrage d'Isabelle von Buelzingsloewen vient nous offrir sur ce terrain très passionnel les résultats d'un travail d'historicisation précise, rigoureuse, référencée, distanciée, lequel nous fait enfin entrer dans la réalité, infiniment complexe, de l'objet. Comme le dit elle-même l'auteure, la rigueur n'exclut ni le respect ni l'émotion. Mais elle permet, dépassant la confusion des polémiques et par le jeu croisé d'un remarquable ensemble de sources, de reconstituer l'ensemble des causes et des facteurs le plus souvent contradictoires qui ont conduit à ce désastre, dans la confusion des réactions et des initiatives, des

abandons, des inerties des uns et des autres, aux différents niveaux de responsabilité et selon les diverses spécificités institutionnelles.

Dans le contexte des restrictions alimentaires drastiques de la France occupée, le ravitaillement des asiles d'aliénés est très vite compromis. On passe du rationnement à la sous-alimentation, avec un déficit constant de la ration calorique ; et des mesures gouvernementales successives viennent réduire le nombre de malades bénéficiaires de régimes alimentaires spéciaux. C'est là qu'intervient, face aux rigueurs ministérielles et aux réglementations administratives tatillonnes des asiles, la capacité et la volonté de certains chefs de service de surmonter les difficultés, voire les impossibilités – jusqu'à entrer contre toute légalité dans le jeu du marché noir. Mais bien d'autres renoncent, non sans révolte morale, mais impuissante. On se résigne à affiner le tableau physiopathologique du désastre. C'est cet ensemble foisonnant de constantes entraves, de multiples improvisations, de diverses formes d'abdication, que l'ouvrage découvre, déchiffre et analyse. Il eut néanmoins, en maints endroits et à quelques occasions favorables, des actions positives conduites par certains responsables pour tirer du gouvernement de Vichy, par l'intermédiaire ou non d'un préfet, des réparations légères ici ou là, des mesures d'atténuation, jusqu'à la très inattendue circulaire du 4 décembre 1942. Celle-ci, due au ministre du Ravitaillement Max Bonnafous, accordait des suppléments en denrées contingentées aux aliénés internés, surtout aux phtisiques, car le gouvernement craignait beaucoup une flambée nationale de la tuberculose. Le contexte politique rendit vite caducs les effets concrets de cette éclaircie.

Résumer la matière admirablement traitée et maîtrisée de ce livre demanderait bien des pages. Les leçons essentielles peuvent en être rapidement rapportées. I. von Bueltzingsloewen montre que, bien loin d'être issue d'un projet génocidaire, et « outre la sclérose d'une institution encombrée qui, faute de moyens, peine à se réformer, l'hécatombe provoquée par la famine dans les hôpitaux psychiatriques français [...] révèle l'immense isolement social des aliénés internés. Pourquoi, ajoute-t-elle, les malades mentaux internés sont-ils restés à

l'écart des circuits de solidarité familiale et collective ? De façon plus générale, pourquoi la situation tragique des hôpitaux psychiatriques n'a-t-elle pas fait scandale et entraîné des protestations voire une mobilisation au-delà du cercle des aliénistes ? Pourquoi ces derniers n'ont-ils pas fait sortir leurs malades pour leur éviter une mort, sinon certaine, tout au moins probable ? ». L'ensemble de cette histoire renvoie alors à ce que l'on peut considérer comme la manifestation et la conséquence d'une profonde rupture du lien social. Le sort tragique des aliénés internés a, sur le moment, fait figure d'un non-événement. Ni les familles, ni les sociétés de patronage, ni les aumôniers des hôpitaux n'ont vraiment alerté l'opinion. Sauf cas exceptionnels, la résignation a primé. Et l'abandon. Le cas de Camille Claudel, les textes cités qui l'accompagnent, sont encore douloureux. Le livre montre également le rôle qu'a pu jouer le climat d'eugénisme, largement répandu dans la profession médicale en ce temps, certes éloigné de tout radicalisme, mais fortement marqué par un discours latent au sujet de l'inutilité sociale des aliénés. Minoritaires furent les psychiatres soucieux de rappeler que les malades mentaux appartiennent bien à l'humanité et méritent sollicitude.

Évidemment, il n'y a pas eu génocide concerté. Mais la mort par famine de milliers de malades mentaux dans nos hôpitaux psychiatriques pendant la guerre – et encore une année au-delà – « interroge notre société sur son rapport à la folie et à ceux qui en sont atteints. L'épisode tragique de la guerre a révélé la faillite d'un mode de gestion de la maladie mentale qui consiste [parce qu'il est inutile et violent] à retrancher le fou de la communauté et à l'enfermer dans un ghetto parfois jusqu'à la fin de ses jours. Là, le malade interné perd peu à peu tout lien avec la société jusqu'à devenir invisible. C'est ce phénomène de mort sociale [...] qui est en cause dans la famine des années d'occupation. » En dernière page de conclusion, l'ouvrage rappelle – et fait le lien sévère avec – l'épisode de la canicule de l'été 2003. « Si personne n'y veille, les plus faibles physiquement et psychiquement, qui sont aussi les plus insignifiants socialement, risquent toujours de mourir. »

On ne manquera pas d'être bouleversé par les traces écrites, lettres, dossiers médicaux, diverses archives, restituant le parcours douloureux de certains internés qui ont laissé là de fragiles et tragiques empreintes. L'auteure leur rend à chacun un moment de vie fragile au décours régulier de ses chapitres. Une splendide recherche d'une historienne de haute qualité.

JEAN-PIERRE PETER

**Christian Bonah
et Anne Rasmussen (dir.)**

Histoire et médicament

aux XIX^e et XX^e siècles

Préface de Pierre Joly

Paris, Biotem/Éditions Glyphé,

2005, 273 p.

Histoire et médicament est à la fois un livre sur l'histoire des médicaments en France aux XIX^e et XX^e siècles et un « manifeste » dans le sens où tous les auteurs réunis dans cet ouvrage collectif appellent à dépasser une vision téléologique et linéaire de l'innovation pharmaceutique où la démarche scientifique apparaîtrait comme l'unique moteur de cette histoire, chacun contribuant à sa manière à « relativiser les termes de l'opposition entre l'ère des médicaments modernes et sa prétendue préhistoire » (p. 150). Cet ouvrage entend démontrer que le médicament est un objet heuristique, un furet sociohistorique permettant d'explorer son environnement immédiat, la médecine et ses acteurs, en obligeant l'observateur, et c'est là tout l'intérêt de ce pari méthodologique, à intégrer les enjeux industriels et commerciaux dans l'analyse pour pouvoir rendre compte de l'évolution des pratiques. Le livre confirme ainsi tout l'intérêt de la prise en compte des objets techniques en sciences sociales.

L'analyse des discours et des pratiques des thérapeutes réalisée par Christian Bonah et Séverine Massat-Bourrat permet d'aller au-delà d'une histoire des sciences événementielle rythmée par les grandes découvertes et « réductible » à un tableau synoptique (que les auteurs nous fournissent par ailleurs). Une

démarche enrichie par l'analyse des trajectoires d'agents thérapeutiques oubliés par la grande histoire de l'invention pharmaceutique. Ce tableau original instruit le lecteur sur l'importance de la clinique, de la demande sociale et des « modes médicales » dans la découverte et la diffusion de nouveaux agents thérapeutiques et invite à dépasser une vision trop cumulative du progrès médical.

Le lecteur, quelle que soit sa familiarité avec le sujet, devinera aisément que l'un des chapitres de ce livre concerne les pharmaciens. Toutefois, Olivier Faure ne propose pas seulement une histoire des officines et de leurs propriétaires. Il apporte une réponse convaincante à la question que l'on ne manque pas de se poser à la lecture des autres contributions : comment cette profession a-t-elle été, au fil des décennies, « tenue en état d'infériorité et de suspicion » et « soumise à une double tutelle administrative et médicale » (p. 66) ? Comment est-elle devenue une profession subalterne ? Pourquoi la pharmacie, qui fut longtemps le lieu de la préparation magistrale, s'est-elle progressivement transformée en « simple comptoir » aux vitrines obstruées par les nombreuses affiches publicitaires ? O. Faure concentre son regard sur la France du XIX^e siècle, s'intéresse à l'organisation de la profession, se penche sur le destin des herboristes, retrace l'intervention de l'État et ses effets sur la sociologie des pharmaciens. Il nous donne accès aux débats entre modernistes et traditionalistes lors de l'essor des spécialités, des premières pharmacies centrales, de la publicité et finalement de la transformation de l'officine en simple dépôt de produits fabriqués ailleurs.

L'analyse des lois visant à encadrer la vente de médicaments en France permet à Sophie Chauveau de décrire comment nous sommes progressivement passés d'un contrôle de la composition des médicaments à l'exigence, relativement récente, d'une démonstration de l'innocuité, puis de l'efficacité de ceux-ci. Cette évolution est principalement marquée par une ambition générale, la protection de la santé publique. Mais l'auteur signale que d'autres facteurs doivent être pris en compte, tels que l'apparition des premiers systèmes de protection sociale et la nécessité de hiérarchiser les médicaments disponibles afin d'être en

mesure de sélectionner rationnellement ceux qui seront remboursés. La modification du droit de la propriété industrielle, le développement de la statistique médicale et son pendant, la normalisation des essais cliniques, sont également des éléments d'importance. Sans oublier des événements plus contingents, des chocs exogènes, comme l'affaire de la thalidomide et ses milliers de victimes, qui ont à certains moments servi de catalyseurs et mirent les pouvoirs publics devant leurs responsabilités. Enfin, S. Chauveau donne à voir combien l'évolution de la définition des médicaments, en passant du remède aux produits de santé, est en définitive le reflet éclairant du rapport que notre société entretient avec le concept même de santé.

Pour sa contribution, Jean-Paul Gaudillière part d'un constat : la révolution thérapeutique est irréductible à l'expansion de la synthèse organique. Il montre ainsi que celle-ci fut aussi nourrie d'innovations moins spectaculaires, qu'il s'agisse de procédures, de formes nouvelles d'organisation du travail, de modes de commercialisation, sans oublier les effets majeurs de l'évolution du cadre juridique et notamment du droit de la propriété intellectuelle. L'auteur met l'accent sur une certaine continuité historique par opposition à une vision mythifiée de l'invention pharmaceutique et au désir de certains, qu'ils soient acteurs ou commentateurs, de réduire celle-ci à un « *eurêka* chimique », fruit d'une démarche de plus en plus scientifique. L'étude des trajectoires des médicaments est dans cette perspective très utile.

En s'intéressant à la matérialité du médicament, Anne Rasmussen adopte une démarche propre à la sociologie des objets techniques et tente de réintroduire dans l'analyse historique « une nébuleuse d'acteurs évoluant dans des mondes sociaux divers [...] qui mettent en relation les propriétés du médicament et ses usages » (p. 185). Une mise en perspective qui vient là aussi relativiser une vision trop monolithique du médicament dont la galénique ne serait l'œuvre que d'une rationalisation croissante, oubliant par exemple que celle-ci est également le fruit d'un rapport évolutif aux consommateurs et au marketing.

Nous retrouvons S. Chauveau dans une dernière contribution qui permet de mettre en lumière l'oscillation permanente de la publicité des biens de santé entre la pure réclame et sa version « moderne » : l'information médicale. Cette histoire, encore en friche, nous révèle que les médecins prescripteurs furent pendant longtemps, en France du moins, la cible principale de ces messages plus ou moins scientifiques. L'accroissement constant et spectaculaire des coûts induits par la multiplication des visiteurs médicaux est sur ce plan remarquable. Mais, comme l'auteur le fait remarquer, l'industrie pharmaceutique, désireuse de jouer à la fois sur le prescripteur et le consommateur pour assurer la commercialisation de ses produits, invente de nouvelles techniques permettant de toucher directement les malades. Les relations de plus en plus proches qui se nouent entre le milieu associatif et les laboratoires en sont une autre variante.

En guise de conclusion, Patrice Bourdelais, tout en louant la perspective adoptée par les auteurs, pose la question, bien légitime pour un historien, des grandes ruptures chronologiques. L'auteur soulignant en creux – c'est, du moins, notre interprétation – que si le type de recherche historique proposé est de manière évidente un moyen de renouveler notre regard, cette perspective, qui emprunte les chemins de traverse de l'histoire des médicaments, pourrait avoir pour conséquence de négliger une question importante, celle des césures. En ce sens, le médicament étant très étroitement lié à l'idée de soin, voire de guérison, nous suivons volontiers P. Bourdelais lorsqu'il fait remarquer que l'émergence d'agents particulièrement efficaces et inédits représente sans doute des bornes indispensables et indépassables. Écarter cette évidence serait oublier que les rapports entre les différents acteurs et bénéficiaires du système d'économie médicale sont pour une grande part construits sur un pouvoir, celui de guérir. La prochaine étape de ce programme de recherche sur l'histoire de l'innovation pharmaceutique, dont ce livre est un premier résultat, pourrait donc être celle d'une meilleure articulation de ces histoires du médicament.

**Didier Fassin
et Dominique Memmi (dir.)**

Le gouvernement des corps
Paris, Éditions de l'EHESS,
« Cas de figure », 2004, 274 p.

Sébastien Dalgalarondo

Sida, la course aux molécules
Paris, Éditions de l'EHESS,
« Cas de figure », 2004, 382 p.

Publiés dans la même collection, l'ouvrage collectif dirigé par Didier Fassin et Dominique Memmi et le livre que Sébastien Dalgalarondo a tiré de sa thèse donnent à lire les orientations des recherches menées en sciences sociales depuis une dizaine d'années autour des usages du corps et de la gestion des épidémies contemporaines. Ils témoignent, chacun à leur manière, de la diversité des problématiques, qui puisent autant chez Michel Foucault, Claudine Herzlich ou encore Luc Boltanski, pour les premiers, que chez les sociologues des organisations et de la décision, pour le second.

Le gouvernement des corps rassemble plusieurs contributions issues d'un colloque organisé à Paris en 2001. L'assemblage de ces textes est parfois surprenant : il s'agit de la réunion, d'une part, de travaux qui relèvent d'une sociologie de la santé, depuis l'éducation à la santé jusqu'aux soins aux détenus et, d'autre part, d'articles témoins de la manière dont la sociologie ou la science politique s'emparent de débats de société : la prostitution, la sexualité « légitime » ou encore ces cas d'exclusion que sont les sans-papiers et les chômeurs. Ce choix est justifié en introduction, où les auteurs rappellent comment le corps a été construit comme objet d'étude par les sciences sociales. Ils expliquent la façon dont la notion de gouvernement s'est imposée pour désigner un ensemble de pratiques qui ne sont pas seulement celles de l'État mais aussi celles des individus. Enfin, ils soulignent que le gouvernement des corps ne se limite pas au seul champ de la santé, mais tend à en déborder de plus en plus.

Au-delà de ces perspectives communes, chacune des contributions est riche d'enseignements. Luc Berlivet analyse les différents âges des campagnes de prévention contre le tabagisme et l'alcoolisme, de la dénonciation

des fléaux sociaux à l'information sur les risques pour la santé, en montrant le rôle des psychosociologues. Il décrit un retour plus récent vers l'individu et explique la genèse du discours selon lequel l'individu s'épanouit en renonçant à des comportements à risques. Alain Giami s'interroge sur les formes de la médicalisation de la sexualité à travers l'exemple du Viagra®. Il montre comment a été érigé en maladie le dysfonctionnement érectile, puis revient sur le débat autour des prescriptions et du remboursement du Viagra® par la Sécurité sociale. La médicalisation de la sexualité apparaît aussi comme le résultat d'un rapport de forces entre le corps médical, les laboratoires pharmaceutiques et les pouvoirs publics. Martine Bungener évoque le cas particulier des soins à domicile pour les personnes âgées et dépendantes. Elle montre en particulier l'intrication entre soins effectués par des profanes et par des professionnels, et l'absence de coordination entre ces pratiques, rendant encore plus complexe la gestion de la vieillesse. D. Memmi revient sur les techniques de procréation assistée et sur l'avortement, et s'attache aux échanges entre médecins et patients au moment de la prise de décision. Elle insiste en particulier sur la convocation et la sélection de certaines images du corps pour guider les choix. Lilian Mathieu étudie les controverses les plus récentes autour des politiques de répression de la prostitution et les contradictions entre les différentes interventions sociales et policières, témoignant de la difficulté à adopter un discours et une pratique univoques. Daniel Borrillo analyse la législation relative au PACS et montre comment le droit français définit une norme conjugale et sexuelle. Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien décrivent les pratiques sanitaires en prison et montrent comment la loi de 1994 a renforcé le dispositif de soins tout en introduisant de nouvelles formes de délégation. Mais ils soulignent aussi l'influence de la détérioration de la condition pénitentiaire sur la gestion de la santé en prison. Enfin, D. Fassin analyse la mise en scène et le discours sur le corps souffrant comme arguments des suppliques adressées par des sans-papiers et des chômeurs pour obtenir des droits. Ces exemples d'une gestion et d'une instrumentalisation des corps dans

nos sociétés contemporaines incitent bien sûr à la réflexion sur les usages politiques du corps.

Le sida a obligé les individus à repenser les usages de leur corps. La pandémie est aussi à l'origine de mobilisations inédites de malades pour obtenir l'accès aux soins. S. Dalgarrondo retrace l'histoire des traitements du sida en suivant leur parcours au sein des laboratoires, l'enrôlement dans les essais cliniques, et explore les relations complexes entre cliniciens, laboratoires, associations de malades et pouvoirs publics. Le point de vue adopté est original, car il s'agit de suivre le médicament et non les modalités d'une politique de recherche ou d'une mobilisation de malades et de médecins. Le choix du sida s'imposait pour cet essai de sociologie du médicament. En outre, la recherche médicale sur le VIH est particulièrement active, très encadrée en France, et elle a généré de nombreux essais, faute de traitement efficace. L'auteur se propose d'explorer le monde de la recherche clinique et de ses acteurs : les laboratoires pharmaceutiques, qui s'incarnent ici dans les filiales françaises d'entreprises étrangères, les scientifiques, les pouvoirs publics et, enfin, les associations de malades. Si l'activisme de ces dernières est assez bien connu, par les travaux de Steven Epstein, Janine Barbot et Nicolas Dodier, S. Dalgarrondo fait l'hypothèse d'une instrumentalisation de ces associations par les laboratoires eux-mêmes.

L'ouvrage suit un plan chronologique. Les années 1986-1993 sont marquées par l'organisation d'une recherche contre le sida en France, les premiers essais et la confrontation entre les cliniciens et les laboratoires et enfin la constitution du regroupement d'associations de malades du sida, plus connu sous les initiales de TRT-5. Les années 1993-1995 sont dominées par les bithérapies. Les relations entre entreprises et ANRS sont plus difficiles, l'ANRS prétendant au statut d'agence de recherche clinique, tandis que le milieu associatif doit faire face à l'arrivée de nouveaux traitements. À partir de 1996, les dynamiques se modifient au profit des industriels, avec l'essai d'un inhibiteur de la protéase et la construction d'une relation originale avec les associations de malades, pour l'obtention d'une mise sur le marché provisoire, tandis que

le tirage au sort des participants aux essais suscite des débats. Enfin S. Dalgarrondo souligne le caractère provisoire de ces configurations : au-delà de la normalisation du sida, la mobilisation des associations de malades n'est pas figée dans une attitude d'interpellation des pouvoirs publics ou des industriels, dans la mesure où ces « malades en mouvement » sont eux-mêmes pris dans un jeu d'acteurs sociaux.

L'ouvrage de S. Dalgarrondo n'est pas seulement un livre sur le sida. Il ouvre d'autres perspectives de réflexion tant sur la genèse des médicaments que sur l'histoire et la sociologie des industriels de la pharmacie et des institutions en charge de la santé, offrant une approche stimulante et complémentaire à d'autres travaux, sur le même sujet, en histoire économique ou en histoire des sciences.

SOPHIE CHAUVEAU

Didier Fassin (éd.)

*Afflictions. L'Afrique du Sud,
de l'apartheid au sida*
Paris, Karthala, 2004, 299 p.

Dans le domaine du sida, l'Afrique du Sud semble être le pays de tous les superlatifs : vitesse de progression de la prévalence du VIH/sida la plus importante (passée de 1 % au début des années 1990 à 33 % dans certaines régions aujourd'hui) ; un des pays comptant le plus grand nombre de personnes séropositives ; un des derniers États où le président a contesté le lien entre le virus, le mode de transmission hétérosexuelle de la maladie et l'épidémie ; pays aussi de toutes les inégalités, en particulier « raciales », issues de l'apartheid, et aussi de toutes les violences (240 viols pour 100 000 femmes selon des statistiques officielles). Mais, paradoxalement, il est aussi sans doute le pays le plus emblématique de l'engagement en faveur de la lutte contre le VIH/sida : premier pays africain où s'est tenue la Conférence internationale sur le sida ; pays où fut annoncée la baisse très importante du coût des traitements antirétroviraux et où les laboratoires pharmaceutiques accusés de pratiquer des tarifs prohibitifs échappèrent de justesse

à un procès; pays aussi, comme le montrent un certain nombre d'articles de l'ouvrage, où furent engagées des réformes de fond pour lutter contre la pandémie concomitamment aux déclarations controversées du président Mbeki.

Le président Mbeki, second président de l'Afrique du Sud post-apartheid, successeur de Nelson Mandela, a en effet remis en cause l'origine sexuelle de la contamination et de la dissémination de la maladie, imputant aux seules inégalités et à la seule pauvreté l'origine de la pandémie. Cependant ces déclarations, qui ont failli conduire à limiter l'accès aux traitements, sont si ambiguës que les auteurs de l'ouvrage eux-mêmes (Français et Sud-Africains) semblent avoir des avis nuancés sur la manière de qualifier ces propos : déni ou remise en cause implicite, positions compréhensibles, sans effet réels ? Ces avis sont sans doute eux-mêmes à mettre en abyme avec les contradictions de ce pays. L'Afrique du Sud face au sida est confrontée à une « crise d'intelligibilité », comme l'écrit Didier Fassin : l'explosion de la pandémie correspond à une période d'intenses bouleversements politiques, avec la fin de l'apartheid, le retour de la démocratie et la nécessité de réformer de fond en comble un pays qui conserve les stigmates d'une administration raciste du territoire par le régime d'apartheid. Pour Mbeki, nourri notamment par une certaine idéologie « afrocentriste »¹, l'avènement de la démocratie en Afrique du Sud est une promesse de renouveau de l'homme africain; or la progression spectaculaire de la maladie, qui touche en priorité les populations noires, jeunes, pauvres, en âge de travailler, devient d'autant plus insupportable qu'elle est reliée à des comportements sexuels à risque, réveillant ainsi tous les stéréotypes racistes sur une sexualité non régulée (Déborah Posel) d'un continent « au cœur des ténèbres », image incompatible avec les valeurs à promouvoir pour la construction de la nouvelle nation. D'autant, pourrait-on dire, que le profil de la pandémie a radicalement changé, puisque, comme le souligne Helen Schneider, d'une maladie ayant d'abord touché les Blancs homosexuels des classes moyennes, on en est arrivé à une épidémie africaine hétérosexuelle.

H. Schneider, puis Duane Blaauw, qui s'attachent, comme D. Fassin et D. Posel, à dépasser les seules visions épidémiologique, politique et idéologique du problème, veulent rendre « intelligible » la pandémie en l'inscrivant dans les configurations historico-politiques spécifiques au pays. H. Schneider la relie aux inégalités et en particulier aux situations créées par le cantonnement et le contrôle de la mobilité des populations noires dans certains espaces qui débuta dès le début du xx^e siècle. Mais elle souligne aussi toute la difficulté à établir aujourd'hui une relation simple de causalité entre pauvreté, lieu de résidence et multiplication des partenaires sexuels². En fait, beaucoup plus que les comportements sexuels en soi, ce sont les parcours des individus, les réseaux et les groupes de transmission qu'il faut prendre en compte. Le gouvernement sud-africain a fait un effort important et continu d'investissement dans la santé en général et dans le domaine du sida en particulier depuis les années 1990. Le nouveau régime a hérité d'un système de santé totalement fragmenté : en 1994, il n'y avait pas moins de quatorze ministères de la Santé, un ministère général, et un pour chaque « race » et chaque « homeland » (D. Blaauw), ce qui explique en partie la mauvaise performance du programme de lutte contre le sida lors de l'ère Mandela. La carte sanitaire a été profondément réorganisée par le nouveau régime avec la création de provinces et de districts sanitaires, mais, en Afrique du Sud comme ailleurs, les mesures de décentralisation du système de santé se font souvent sans réelle déconcentration des moyens ni véritable délégation d'autorité au niveau périphérique, le niveau central contrôlant toutes les ressources et tendant à réaffirmer son pouvoir en atteignant désormais mieux la périphérie.

Dans une seconde partie de l'ouvrage, le lecteur trouve une série d'études de cas qui permettent d'appréhender la réalité du sida au niveau local. Loveday Penn-Kekana, qui a réalisé une série d'enquêtes dans des maternités, a notamment recueilli les opinions des personnels de santé d'un hôpital où s'était produit un accident qui avait fait l'objet d'articles dans la presse : un bébé découvert séropositif alors que les deux parents étaient séronégatifs,

ce qui ouvrirait donc la voie à une suspicion de transmission nosocomiale. Or, tous les personnels interrogés ont eu des réactions allant du scepticisme quant à la réalité de l'information à l'indifférence, jusqu'au rejet de la responsabilité de l'éventuelle contamination sur les parents de l'enfant (viol de l'enfant, échange organisé par les parents pour tirer profit de l'aide accordée aux personnes atteintes, contamination volontaire de l'enfant). En fait, apartheid ou non, ce genre de réaction des personnels de santé niant leur éventuelle responsabilité et rejetant la « faute » sur les usagers des services de santé sont des phénomènes bien connus, au moins dans toute l'Afrique subsaharienne.

Katinka De Wet aborde ensuite les conséquences de l'engagement massif, appuyé par le président Mbeki, en faveur du volontariat pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ce développement du volontariat, financé par le ministère de la Santé, prend forme dans un contexte de valeurs de solidarité qui trouvent leur fondement à la fois dans le prolongement des initiatives des jeunes, au niveau local, pour lutter contre l'apartheid, dans l'adhésion massive aux valeurs philanthropiques de l'Église luthérienne, mais aussi, pour évoquer de nouveau la contribution de H. Schneider, au développement d'une solidarité entre les activistes blancs nantis les plus touchés au début de l'épidémie et les Noirs plus démunis et les plus exposés aujourd'hui. Mais l'engagement des volontaires doit aussi être lié à la pauvreté, c'est-à-dire aux stratégies de ceux qui se portent volontaires pour accéder à la ressource que constituent les financements en faveur de l'aide aux personnes vivant avec le VIH. Là encore se pose, comme ailleurs, le problème de la création de nouvelles activités liées à un programme et partant de la professionnalisation et de la qualification de ces volontaires sans statut véritable.

Cet ouvrage ne pouvait faire l'économie de l'évocation de ces lieux emblématiques de l'apartheid et de l'Afrique du Sud que sont les mines, avec ce qu'elles ont supposé de contrôle des migrations des travailleurs noirs. Judith Hayem constate ici une bonne volonté des entreprises et des syndicats en faveur de la prévention, voire du traitement du VIH/sida

parmi les ouvriers. Mais on est ici confronté à un secteur qui a ses dynamiques propres, avec ses services de santé qui ne disposent certes pas toujours des personnels les plus qualifiés, et qui ont à s'adresser à une population très diversifiée (entre autres culturellement), difficile à mobiliser, plutôt habituée à des relations conflictuelles entre ouvriers et équipes d'encadrement. En fin de compte, dans ce secteur privé où l'État n'a guère à intervenir, la sensibilisation à la question du VIH est limitée. Aujourd'hui, l'autre emblème de l'Afrique du Sud, malheureusement, est la violence dans les *townships*. Dans une étude de cas portant sur une jeune mère séropositive, Frédéric Le Marcis montre combien l'infection par le VIH/sida vient s'insérer dans un contexte banal, fait de relations conflictuelles avec les parents, de côtoiement de bandes et d'expérience de la prison, de tentatives d'accaparement des maigres ressources qui peuvent être mises à disposition des plus pauvres par des programmes d'aide, de relations difficiles avec les personnels de santé; cette belle étude de cas n'est pas sans rappeler le travail de Jean-François Werner sur le parcours d'une jeune femme dakaroise³, entre drogue, prison, liaisons amoureuses et de survie, violences quotidiennes, et sans qu'il soit question de VIH ou d'apartheid. L'ouvrage s'achève sur la créativité artistique qu'a suscitée le sida, auprès d'artistes connus ou moins connus, voire anonymes, avec l'étude et les photographies d'Élisabeth Deliry-Antheaume.

Tout commence, dans cet ouvrage, avec la controverse créée par les propos politiques du président Mbeki. Propos dont, finalement, tous les auteurs, peu ou prou, nous rappellent qu'ils n'ont eu qu'un effet limité sur la réalité du sida en Afrique du Sud, voire aucun. On pourrait alors se poser la question de savoir pourquoi Mbeki a tenu ces propos : « externalisation » idéologique adressée à la communauté internationale pour marquer sa différence et donner des gages à un courant afrocentriste ? Question qui reste d'autant plus en suspens qu'en même temps son administration semble avoir déployé des efforts sans précédent, en Afrique, pour lutter contre l'épidémie. L'intelligibilité du sida en Afrique du Sud, comme le montre l'ensemble des contributions, passe surtout par des analyses d'épidémiologie

sociale, d'organisation des systèmes de santé, des rapports sociaux et des inégalités. Retenons surtout de cet ouvrage, finalement, l'absence de spécificité de la situation sud-africaine et, malheureusement, la très grande pertinence des problèmes évoqués pour tous les pays de l'Afrique subsaharienne. Et si l'évocation récurrente, en Afrique du Sud, aujourd'hui, de l'apartheid dans ses relations avec la pandémie du sida n'était finalement que l'arbre qui cachait la forêt, ce que sans doute T. Mbeki aurait très bien compris ?

MARC-ÉRIC GRUÉNAIS

1 - À propos de l'afrocentrisme, on pourra se reporter à l'ouvrage de CLARENCE E. WALKER, *L'impossible retour. À propos de l'afrocentrisme*, Paris, Karthala, 2004.

2 - Précisons ici qu'une étude épidémiologique multicentrique menée au Kenya, en Zambie, au Cameroun et au Bénin avait conclu à l'impossibilité d'établir une corrélation statistique entre la multiplication des partenaires sexuels et les risques d'infection par le VIH (ANNE BUVÉ, *Factors determining the differential spread of HIV in Sub-Saharan Africa*, Anvers, Universiteit Antwerpen Faculteit Medische and Farmaceutische Wetenschappen, 2001).

3 - JEAN-FRANÇOIS WERNER, *Marges, sexe et drogues à Dakar*, Paris, Karthala, 1993.

Didier Fassin

Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud
Paris, La Découverte, 2006, 441 p.

Faire l'anthropologie politique des ravages causés par le sida en Afrique du Sud, où presque six millions de personnes sont touchées par la pandémie, tel est l'objectif que s'est fixé Didier Fassin dans cette étude où se combinent récits de vie de malades, analyse des débats scientifiques et politiques suivis durant ses nombreux séjours de terrain, de 2000 à 2005, et réflexions menées à partir de divers travaux historiques. Dans la mouvance de Paul Farmer, D. Fassin a recours à la notion de violence structurelle pour expliquer la façon dont s'exprime et s'organise la pandémie dans le contexte sud-africain. Il mobilise une théorie

de l'action qui intègre l'influence du passé pour analyser les controverses et s'appuie sur l'herméneutique pour décortiquer la complexité des relations de races, de sexe et de classes qu'incarnent les personnes atteintes. Chaque chapitre se clôt sur une proposition, ou une synthèse, formulée à partir d'une idée théorique forte. Mais le concept clé du livre est le rôle de la mémoire.

Les trois premiers chapitres retracent les violentes controverses suscitées par la progression accélérée du sida dans les années 1990. La plus connue éclate en 2000 à la suite des déclarations du président Mbeki, selon lesquelles une combinaison de facteurs, la pauvreté endémique, les maladies infectieuses et nutritionnelles, et l'affaiblissement en conséquence des systèmes immunitaires, aurait joué un rôle plus décisif dans la propagation de la maladie que le virus lui-même. Le refus de Mbeki de désigner clairement le VIH comme la cause du sida et son dialogue avec les scientifiques américains et australiens « dissidents » ont choqué la communauté internationale des chercheurs, divisé l'opinion publique dans son pays et scindé les mouvements d'activistes défenseurs des droits des patients. Mbeki et les « hétérodoxes » furent taxés de paranoïa, de croyances irrationnelles et d'ignorance scientifique. Une autre polémique opposa les activistes au ministre de la Santé qui refusait d'introduire la névirapine en tant que médicament prophylactique pour éviter la contagion mère-nourrisson, arguant de sa toxicité supposée et de l'injustice que créerait une distribution nécessairement limitée. La Campagne d'action pour le traitement (TAC), en partie animée par d'ex-militants contre l'apartheid, intenta à deux ministres un procès pour homicide en leur imputant la responsabilité de la mort de milliers de malades qui n'avaient pas accès aux anti-rétroviraux (ARV). Il y eut d'autres polémiques à propos de la soi-disant découverte d'un médicament générique sud-africain, dont l'inefficacité et la toxicité furent presque immédiatement démontrées – plusieurs « découvertes » européennes et américaines subirent le même sort –, et divers scandales impliquant les campagnes de prévention du sida.

La démarche de D. Fassin, loin de l'anthropologie des croyances, est d'analyser

ces conflits à l'aide d'une méthodologie symétrique, en appliquant les mêmes critères de rigueur aux deux partis, ce qui fait apparaître une dissymétrie dans les conditions de production de la recherche médicale et de sa légitimité dans les pays occidentaux par rapport à ceux du Sud. Par exemple, alors que les doutes du gouvernement sud-africain concernant la névirapine furent rejetés et raillés, personne ne broncha lorsque le Conseil national du sida, en France, puis l'OMS parvinrent à des conclusions semblables (effets secondaires sérieux, efficacité réduite du fait de la présence de VIH dans le lait maternel et résistance accrue, non seulement à la névirapine, mais aussi à tous les médicaments de la même classe). Par ailleurs, D. Fassin réévalue les accusations de « paranoïa » à propos des craintes exprimées par des Africains sur le risque d'être utilisés comme cobayes par l'industrie pharmaceutique ou soumis à un génocide planifié à travers la distribution des ARV. Il rappelle par exemple que le groupe de recherche américain, impliqué dans la diffusion de la névirapine, avait été sanctionné pour une étude menée en Ouganda, qui consistait à suivre les schémas de contagion dans les couples en dissimulant la séropositivité de l'un des deux partenaires. D. Fassin relève que certaines expérimentations cliniques ont souvent provoqué la mort. En outre, comme l'a révélé en 1998 la commission Vérité et réconciliation, le virus avait été inclus dans un programme de guerre chimique et biologique éventuelle menée contre les Noirs, dirigé par le D^r Wouter Basson pour les Special Forces du gouvernement d'apartheid.

Le matériau historique présenté dans les deux chapitres suivants fait apparaître des parallèles historiques qui jettent un éclairage nouveau sur les conditions du développement du sida et les craintes exprimées par Mbeki, en même temps qu'ils illustrent la façon dont la frontière « raciale » (*the color line*) a structuré ces débats, tout comme leur réception par le public. Le chapitre 4 resitue dans la longue durée la généalogie du sida : domination coloniale et médecine raciste, pathologies collectives, constitution et exploitation des forces de travail, santé publique à l'appui des politiques racistes. La première loi introduisant la ségrégation avait été adoptée en réaction à l'épidé-

mie de variole de 1883. Au début du xx^e siècle, afin de protéger les populations blanches des « hordes noires » censées être contagieuses et dépravées, les populations noires furent rassemblées dans les *townships* surpeuplées et insalubres. La circulation migratoire contrôlée des travailleurs noirs contribuait à enrichir le secteur de l'or et du diamant. En même temps, en confinant ces travailleurs dans des casernes et foyers réservés aux hommes, loin de leur famille, mais avec un accès facile à l'alcool et aux prostituées, et en ménageant des retours périodiques dans leurs communautés d'origine, la politique des sociétés minières créait des conditions favorables au développement de la tuberculose, conditions très semblables à celles qui ont présidé à l'extension du sida. Quand, de 1910 à 1935, une forme grave de tuberculose se répandit avec une grande rapidité et surtout parmi les travailleurs noirs, les médecins sud-africains l'attribuèrent à une prédisposition héréditaire et à l'incapacité de la population noire à s'adapter à la vie moderne plutôt qu'aux conditions de vie brutales qui les rendaient vulnérables à cette maladie. L'idée de combattre la tuberculose en renouvelant régulièrement la main-d'œuvre avec des éléments sains, en augmentant les mouvements de population des Noirs entre zones rurales et minières, accéléra en fait la contagion. Aux stéréotypes racistes habituels s'ajoutèrent ceux nés des fantasmes sexuels des Européens, notamment la lubricité supposée des Noirs, les hommes étant portés au viol et les femmes à la prostitution et, par conséquent, sources de syphilis. Lorsque cette maladie vénérienne apparaissait chez un membre de la bourgeoisie blanche, on l'attribuait au contact, physique mais non sexuel, des domestiques noirs avec des enfants blancs. D. Fassin démontre, d'ailleurs, comment les humiliations imposées au nom d'une hypersexualité africaine sont réactivées de nos jours dans la lutte contre le sida. Le racisme et les rapports inégalitaires entre les sexes persistent dans la mémoire collective, mais la diffusion du sida aujourd'hui est aussi structurée par l'économie politique. À la suite de la victoire du Parti National, l'apartheid, de 1948 à 1994, institutionnalisa un système discriminatoire de santé publique basé sur la séparation et l'inégalité. Les investissements

pour un seul hôpital réservé aux Blancs, à Johannesburg, excédaient la totalité des ressources allouées à l'ensemble des Bantoustans, qui rassemblaient plus de la moitié des Noirs d'Afrique du Sud.

L'économie politique de la santé a aussi été, à travers des pratiques de ségrégation, de régulation et de normalisation, une économie morale. La pandémie actuelle reproduit et souvent intensifie ce processus, avec les campagnes xénophobes contre les mineurs immigrants porteurs du virus et la mobilisation des Blancs et de leurs partis politiques contre le « péril noir ». Aujourd'hui, la carte démographique de la maladie coïncide parfaitement avec la *color line* : il y a dix fois plus de malades « africains ».

Dans le dernier tiers du livre, les récits de vies replacent la pandémie dans un contexte d'alternatives individuelles inexorablement limitées : destruction du lien social née de l'apartheid, sujétion économique voire civique dans les grandes exploitations agricoles, déplacements forcés domestiques et transnationaux, traitement médical rare ou inexistant et enchaînement de violences intergénérationnelles, entre les sexes, intra et inter-« raciales », voire généralisées. Les récits de vie permettent de corriger l'image d'une maladie dont la cause est réduite au comportement individuel, en remplaçant, par exemple, la sexualité « à risque » dans des logiques douloureuses de jeunes femmes qui cherchent, sans autre alternative, un rapport sexuel pour survivre physiquement et peut-être émotionnellement.

Une autre dissymétrie, parmi d'autres, mérite d'être soulignée : la notion de biopolitique, si utilisée pour décrire les évolutions des sociétés occidentales, se révèle trop étroite pour couvrir les processus ici décrits. Le terme de « néropolitique » semble plus adéquat pour décrire une situation où des Sud-Africains ordinaires qui se préparent à mourir construisent des « boîtes de mémoire » tandis que des urbanistes discutent de la meilleure façon de gérer le nombre sans cesse grandissant de cadavres.

Cet ouvrage emprunte au courant de l'anthropologie médicale nord-américaine, en particulier aux travaux sur l'*embodiment* et la violence. En même temps, il apporte un regard

critique, une réflexion théorique et une sophistication historique propres aux analyses des sciences sociales françaises. Écrit de façon très claire, réfléchi et lucide, faisant preuve de remarquables capacités de synthèse transdisciplinaire, cet ouvrage restera une contribution importante à l'histoire du présent.

ANNE M. LOVELL

Nicolas Dodier

Leçons politiques de l'épidémie de sida

Paris, Éditions de l'EHESS, 2003, 360 p.

Des modifications des pratiques sexuelles aux campagnes de prévention, de l'innovation pharmacologique à l'expérience de vie des séropositifs, des mobilisations associatives aux accords internationaux sur les médicaments, de la genèse de nouvelles catégories médicales aux transformations de la gestion des produits issus du corps humain, les deux décennies de l'épidémie à VIH-sida ont suscité de nombreuses recherches, irriguant de multiples champs disciplinaires à l'échelle internationale, principalement en anthropologie, sociologie et psychologie.

L'ouvrage de Nicolas Dodier propose une nouvelle lecture historique de l'épidémie, en rassemblant de très nombreux épisodes conflictuels – controverses, affaires, polémiques et scandales – afin d'en tirer des leçons politiques, c'est-à-dire conduisant à des modifications profondes des modalités d'établissement des pouvoirs et de légitimation des principaux acteurs et institutions : malades, médecins, États, groupes pharmaceutiques, médias. Cette analyse chronologique, reprise sous une forme synthétique dans un grand tableau à la fin de l'ouvrage, s'appuie sur différents matériaux – presse généraliste et spécialisée (*Transcriptase, Journal du sida*), base de données d'essais thérapeutiques, entretiens avec des médecins spécialistes, observations au sein de l'Agence nationale de recherche sur le sida –, qui ont amené progressivement à des rassemblements d'épisodes, puis à la mise en série de ces rassemblements.

L'ouvrage ne reprend pas le détail de cette construction, mais il offre, en revanche, une

fresque historique analysée en trois temps : durant les années 1980, l'installation d'une « modernité thérapeutique d'État » s'imposant contre une forte tradition clinique et combinant les essais contrôlés en une forme centrale d'exercice de la recherche médicale pourvue d'un encadrement institutionnel public. Ensuite, à partir du début des années 1990, cette modernité est subvertie par de nouveaux acteurs – médecins et associations de malades –, créant des formes de désenclavement telles que des négociations autour des essais contrôlés et le retour en grâce de certains savoirs cliniques pour répondre en particulier à des questionnements éthiques. Enfin, à partir du tournant des trithérapies, en 1996, l'ouvrage détaille les répercussions de ce désenclavement sur les firmes pharmaceutiques, notamment à travers la montée en puissance des revendications transnationales quant à l'accès aux médicaments, la limitation des droits de propriété et la fabrication des génériques.

Dans une dernière partie, N. Dodier aborde frontalement une question qui émerge, ces dernières années, des travaux en sciences sociales portant sur l'épidémie : que faut-il retenir de ces différents phénomènes sociaux autour du sida ? Plus exactement, dans quelle mesure appartiennent-ils à une histoire singulière destinée à le rester ou constituent-ils, au contraire, des transformations allant bien au-delà du contexte de la pandémie ? L'auteur dégage trois axes susceptibles de se prolonger au-delà du contexte propre du sida, soit à travers une fédération des causes, soit grâce à la reprise des formes politiques élaborées dans le cadre de la pandémie sur une autre pathologie. Pour les professions médicales, il s'agit du renouveau de la clinique, fondé sur une volonté d'innovation et d'expérimentation dans un contexte d'urgence sanitaire, dépassant les méthodes éprouvées et reconnues des grands essais thérapeutiques ainsi que d'autres formes stabilisées de la médecine des preuves. Du côté des patients, le maintien sur une longue durée de formes de militantisme scientifique, agissant simultanément sur la scène publique par des manifestations soulignant l'urgence sanitaire, par la revendication du statut de séropositif et, au sein des arènes spécia-

lisées, par l'intervention au cœur des processus scientifiques et médicaux. Enfin, le troisième axe est celui d'une critique sociale efficace qui, dans le domaine de la médecine comme dans d'autres, se doit d'articuler questions économiques et épistémiques.

L'ouvrage tient ainsi son double programme : décrire finement chacun des épisodes conflictuels, des plus connus – le « sidatorium » de Jean-Marie Le Pen ou l'affaire Beljanski – à ceux qui ont été le plus souvent oubliés – l'annonce très médiatique d'un premier traitement contre le sida, la ciclosporine en 1985 ou l'expérimentation d'un vaccin « thérapeutique » à l'hôpital Saint-Antoine et au Zaïre en 1991 –, tout en rassemblant ces événements sous différentes séries en fonction de leurs composantes économiques, épistémiques et morales. On pourra simplement regretter une forme d'asymétrie qui tient au fait que N. Dodier ne s'appuie pas sur des données traitant directement de l'activité des firmes pharmaceutiques, qui effectuent pourtant, elles aussi, un travail politique tout au long de cette histoire.

DIDIER TORNY

Laurent Vidal

Ritualités, santé et sida en Afrique.

Pour une anthropologie du singulier

Paris, Karthala, 2004, 209 p.

Dans ce livre, Laurent Vidal – un anthropologue africaniste – revient sur un parcours de recherche fort riche qui l'a vu passer de l'étude de rituels de possession au Niger à celle du sida en Côte-d'Ivoire. La dimension récapitulative de cet ouvrage tiré d'un mémoire d'habilitation à diriger des recherches explique sa forme parfois déroutante : présentation des recherches au passé et, surtout, disparité thématique qui crée une tension que n'arrivent pas totalement à résorber les tentatives de croisement conceptuel (application d'une problématique de la « ritualité » au sida, du « risque » et de la « prise en charge » à la possession). Les passages sur la possession apparaissent toutefois davantage comme des contrepoints aux développements plus approfondis sur le sida et la santé, sujet

central du livre. Les orientations de ce parcours de recherche illustrent ainsi de manière exemplaire l'importance incontournable qu'a prise la question du sida dans l'anthropologie africaniste depuis le début des années 1990¹. L'ampleur de la pandémie en Afrique sub-saharienne (63 % du total mondial des personnes infectées par le VIH et 72 % des décès – données ONUSIDA 2006) a en effet fortement contribué à réorienter une anthropologie traditionnellement centrée sur les conceptions locales de la maladie et les pratiques thérapeutico-religieuses vers une étude de la santé et des systèmes de soin davantage attentive aux enjeux sociopolitiques globaux. Cette inflexion a favorisé le développement d'une anthropologie africaniste à la fois plus appliquée et plus impliquée : les anthropologues sont en effet souvent amenés à travailler sur le sida et la santé à titre de consultant ou d'expert pour diverses institutions (comme l'ANRS ou encore l'IRD qui possède depuis longtemps un poids important dans la recherche africaniste). C'est dans ce contexte que L. Vidal a quitté les possédés du Niger rural pour aller enquêter, dès le début des années 1990, en milieu urbain en Côte-d'Ivoire, pays le plus touché par le VIH en Afrique de l'Ouest.

L'auteur a notamment travaillé sur l'annonce de la séropositivité au malade. Cet événement est crucial dans la mesure où le discours tenu par le soignant oriente en partie l'attitude future du malade : s'ils ne sont pas clairement motivés, les conseils de prévention et de traitement se révèlent en effet aussi préjudiciables qu'un défaut d'information². L'annonce de la séropositivité constitue un sujet d'autant plus sensible que les pratiques des années 1990 font parfois des entorses à la déontologie médicale : tests à l'insu des patients, non-information de la séropositivité ou mésinformation (le médecin parlera par exemple de « sang sale » sans évoquer le VIH). L'analyse des justifications du corps médical (éviter un choc au malade ou bien l'ostracisme de l'entourage) permet de faire ressortir les enjeux éthiques de la prise en charge de la maladie. Ces questions de secret et d'information imposent en outre un retour réflexif de l'anthropologue sur sa propre position. Doit-il annoncer sa séropositivité à un malade qui

l'ignore ? Doit-il révéler à une femme la séropositivité de son partenaire si ce dernier ne le fait pas ? Autant de dilemmes que l'auteur affronte en adoptant une éthique du singulier : ne pas se substituer aux médecins, sauf dans quelques cas très particuliers.

Ce travail sur l'annonce de la séropositivité sert de pivot pour articuler une série d'autres recherches sur les malades aussi bien que sur les soignants. Concernant les premiers, l'ouvrage s'intéresse à la façon dont les séropositifs et leur entourage vivent la maladie au quotidien : que dire à qui ? Que faire ? Les représentations de la maladie fournissent une entrée pertinente pour saisir la logique des comportements. La peur tenace d'une contamination du VIH par commensalité tient ainsi en bonne partie au fait que ce mode de transmission est avéré pour la tuberculose, affection touchant souvent les séropositifs. Comment les individus adaptent-ils alors leurs comportements pour négocier le risque du sida dans un contexte social de forte incertitude ? L'ouvrage se penche notamment sur la manière dont la menace du VIH affecte les rapports entre les sexes. Les femmes voient dans le sida un motif de défiance supplémentaire à l'égard d'une gent masculine jugée irresponsable. Face au risque d'infection, les hommes optent souvent moins pour le préservatif que pour un choix stratégique des partenaires sexuels en fonction de leur réputation (plus encore que de leur apparence physique).

Mais l'ouvrage s'intéresse également aux pratiques et aux représentations des soignants. Il développe une réflexion originale sur la constitution des savoirs médicaux autour du sida, de la tuberculose et du paludisme, incluant dans l'analyse aussi bien les médecins que les infirmiers et les aides-soignants, professions qui occupent une place centrale dans les systèmes de soin en Afrique. Adoptant une démarche proche de l'ethnométhodologie, l'auteur souligne l'importance de la clinique dans la constitution du savoir biomédical. Les écarts observés par rapport à la norme (recommandations de l'OMS, savoir fondamental) apparaissent alors non comme une méconnaissance du personnel soignant mais comme une préférence pour le savoir clinique fondé sur l'expérience et la pratique. Refusant une dichotomie

tomie réductrice entre « médecine moderne » et « médecine traditionnelle », l'ouvrage se penche de manière symétrique sur le savoir des « tradithérapeutes » abidjanais sur le sida. Ce savoir combine des éléments du savoir biomédical (modes de transmission du VIH), des représentations traditionnelles (rapprochement du sida et de la maladie du « ventre qui court ») mais aussi nombre de données d'expérience (symptômes couramment associés au sida).

L'ouvrage débouche enfin sur un stimulant retour réflexif de l'anthropologue sur son engagement sur le terrain. Placé à mi-chemin entre les soignants et les malades, il doit gagner la confiance des uns sans trahir celle des autres, position délicate, comme le montrent les dilemmes de l'annonce de la séropositivité, les entorses à la déontologie médicale ou l'omniprésence des jugements moraux sur les malades. La définition d'une éthique de la pratique anthropologique se trouve ainsi au cœur d'une réflexivité « engagée », consciente de ses enjeux sociaux et politiques, et donc fort éloignée du narcissisme de certains courants postmodernes de la discipline. Le sida constitue en définitive un « terrain sensible » qui oblige à remettre en cause et renouveler les façons de faire de l'anthropologie³. Cette réflexion éthique a en effet des implications théoriques et méthodologiques. L'ouvrage souligne par exemple les dangers d'une approche culturaliste : expliquer la propagation du sida en Afrique par des motifs culturels (lévirat, polygamie, liberté sexuelle) risque, d'une part, d'occulter le social par le culturel et, d'autre part, de justifier la stigmatisation morale des malades. L'auteur insiste en revanche sur la fécondité de la démarche qua-

litative de l'anthropologie en complément d'une épidémiologie plus quantitative : entretiens approfondis et répétés, rencontres à domicile, entretiens avec des proches, observation du malade dans son cadre quotidien permettent de donner à voir des parcours singuliers et de les mettre en relation pour dégager les logiques socioculturelles qui les organisent. Le livre se conclut enfin par une réflexion sur l'écriture anthropologique qui rejoint les interrogations de l'anthropologie de la « souffrance sociale » (*social suffering*). L'anthropologue doit évidemment s'interdire toute dramatisation inutile ; mais comment trouver le juste ton entre l'engagement et la distanciation pour évoquer la vie, la souffrance et parfois la mort des individus qu'il côtoie sur le terrain ?

JULIEN BONHOMME

1 - Parmi les premières publications sur le sujet, voir JEAN-PIERRE DOZON et DIDIER FASSIN, « Raisons épidémiologiques et raisons d'État : les enjeux sociopolitiques du Sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, 7, 1, 1989, pp. 21-36 ; JEAN-PIERRE DOZON, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'études africaines*, 31, 121-122, 1991, pp. 135-157.

2 - « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », *Psychopathologie africaine*, 26, 2, 1994, pp. 155-188 ; SYLVIE FAINZANG, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

3 - CHRISTIAN GHASARIAN (dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, 2002 ; MICHEL AGIER (dir.), *Anthropologues en danger. L'engagement sur le terrain*, Paris, Jean Michel Place, 1997 ; FLORENCE BOUILLON, MARION FRESIA et VIRGINIE TALLIO (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Centre d'études africaines, 2005.

