

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001

THESE N° 166/1

**QUELLE PLACE POUR LES FEMMES DANS LA
PRATIQUE MEDICALE AU MOYEN-ÂGE ?**

THESE

SCD UNIV.LIMOGES.



D 065 089637 5

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : Vendredi 23 Novembre 2001

PAR

Catherine, NORMAND.

Née le 19/01/1974 à Soyaux.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le professeur PIVA
Madame le professeur BORDESSOULE
Monsieur le professeur SALLE
Madame le professeur VIDAL
Madame le docteur MARTIN-DUPONT
Madame le docteur LAROUMAGNE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001

THESE N° 166

**QUELLE PLACE POUR LES FEMMES DANS LA
PRATIQUE MEDICALE AU MOYEN-ÂGE ?**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : Vendredi 23 Novembre 2001

PAR

Catherine, NORMAND.

Née le 19/01/1974 à Soyaux.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le professeur PIVA
Madame le professeur BORDESSOULE
Monsieur le professeur SALLE
Madame le professeur VIDAL
Madame le docteur MARTIN-DUPONT
Madame le docteur LAROUMAGNE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

| | |
|--|--|
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ADENIS Jean-Paul * (C.S) | OPHTALMOLOGIE |
| ALAIN Jean-Luc (C.S) | CHIRURGIE INFANTILE |
| ALDIGIER Jean-Claude | NEPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S) | MEDECINE INTERNE |
| ARNAUD Jean-Paul (C.S) | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| BARTHE Dominique | HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE |
| BEDANE Christophe | DERMATOLOGIE |
| BENSAID Julien | CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| BONNAUD François (C.S) | PNEUMOLOGIE |
| BONNETBLANC Jean-Marie (C.S) | DERMATOLOGIE |
| BORDESSOULE Dominique (C.S) | HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION |
| BOUTROS-TONI Fernand | BIostatistique ET Informatique MEDICALE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre (C.S) | PSYCHIATRIE ADULTES |
| COGNE Michel | IMMUNOLOGIE |
| COLOMBEAU Pierre (C.S) | UROLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| CUBERTAFOND Pierre (C.S) | CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE |
| DARDE Marie-Laure (C.S) | PARASITOLOGIE |
| DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S) | PEDIATRIE |
| DENIS François (C.S) | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| DESCOTTES Bernard (C.S) | ANATOMIE |
| DUDOIGNON Pierre (C.S) | REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| DUMAS Jean-Philippe | UROLOGIE |
| DUMAS Michel | NEUROLOGIE |
| DUMONT Daniel | MEDECINE DU TRAVAIL |
| DUPUY Jean-Paul (C.S) | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| FEISS Pierre (C.S) | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| GAINANT Alain | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GAROUX Roger (C.S) | PEDOPSYCHIATRIE |
| GASTINNE Hervé (C.S) | REANIMATION MEDICALE |
| JAUBERTEAU-MARCOHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François (C.S) | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE |
| LASKAR Marc (C.S) | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| LEGER Jean-Marie | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| LEROUX-ROBERT Claude (C.S) | NEPHROLOGIE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | PEDIATRIE |
| MABIT Christian | ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE |
| MAUBON Antoine | RADIOLOGIE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MENIER Robert (C.S) | PHYSIOLOGIE |
| MERLE Louis | PHARMACOLOGIE |
| MOREAU Jean-Jacques (C.S) | NEUROCHIRURGIE |
| MOULIES Dominique | CHIRURGIE INFANTILE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |

PARAF François
PERDRISOT Rémy
PHILIPPE Henri-Jean (CS)
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
(C S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (C.S)
ROUSSEAU Jacques
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNEGREGRE Alain
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse PHYSIOLOGIE
BOUTEILLE Bernard PARASITOLOGIE
CHABLE Hélène BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
GILBERT Brigitte GENETIQUE
JULIA Annie HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
LAPLAUD Paul BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LEBOUTET Marie-Jo ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES EN (CLD)
MOUNIER Marcelle BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PETIT Barbara ANATOMIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
RONDELAUD Daniel HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
YARDIN Catherine BIOLOGIE-CELLULAIRE

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

| | |
|---------------------------|---|
| DEMASLES LOMBIN Laurence | ANATOMIE |
| TERRO Faradj | BIOLOGIE-CELLULAIRE |
| BACLET Marie-Claire | HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE |
| BARRIERE Guislaine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| CUVILLON Eric | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| DAVID Emmanuelle | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| DONNARD Magali | HEMATOLOGIE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE |
| BISSER Sylvie | HEMATOLOGIE |
| PEYCLIT Agnès | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| POMMEPUY Isabelle | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| VANDROUX David | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| VERBEKE Sandrine | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |

CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES HOPITAUX

| | |
|--------------------------|---|
| ABOYANS Victor | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE |
| HOTTELART-ACHARD Carine | NEPHROLOGIE |
| ARIBIT Frédéric | CHIRURGIE ORHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| MENETREY Céline | PEDIATRIE |
| BELLET Laurent | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| DUTREUIL-DAVID Nathalie | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE |
| BEROUD Valérie | MEDECINE INTERNE |
| CANTALOUBE Muriel | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 1 |
| DAVIET Jean-Christophe | REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| DEBETTE-GRATIEN Marylène | HEPATOLOGIE-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| DESNOYERS Vincent | CHIRURGIE ORHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| MARTAILLE Jean-François | CARDIOLOGIE |
| EYRAUD Jean-Luc | GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE |
| DARTHOUT Nicolas | PSYCHIATRIE D'ADULTES |

| | |
|---------------------------------------|---|
| PECH DE LACLAUSE Brigitte | CHIRURGIE INFANTILE |
| GALINAT Frédéric | CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES |
| GALINAT Sophie | ENDOCRINOLOGIE-ET MALADIES METABOLIQUES |
| LY Kim | MEDECINE INTERNE A |
| PECH Jean-Christophe | MEDECINE INTERNE |
| LAGARRIGUE Jean-François | NEUROCHIRURGIE |
| LAGRANGE Anahita | CARDIOLOGIE |
| LAOKPESSI Aklesso | HEPATOLOGIE-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| VENAT Laurence | CANCEROLOGIE-RADIODTHERAPIE |
| LEBRUN Valérie | DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE |
| DENES Eric | MALADIES INFECTIEUSES |
| SCOLAN Virginie | MEDECINE LEGALE |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MANDOSSE Pascal | UROLOGIE |
| THOUVENY Franck | CANCEROLOGIE-RADIODTHERAPIE |
| RULFI Jean-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| BENGHORBAL Yassine | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| CALY Hugues | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| PESTEIL Francis | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE |
| PEUGNET Christophe | PEDO-PSYCHIATRIE |
| PUYRAUD Stéphane | O.R.L |
| BERTRAN Marion | CHIRURGIE-ORTHOPEDIQUE-ET TRAUMATOLOGIQUE |
| ROUSTAN Jérôme | REANIMATION MEDICALE |
| VIDAL-CAMEZIND Marie-Alexandra | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| VINCENT François | PNEUMOLOGIE |
| KETTERER Sophie | PEDIATRIE |
| SCOTTO DI FAZANO Claire | RHUMATOLOGIE |

ASSISTANT ASSOCIE

ESCLAIRE Françoise

Scce de M. le Prof. BARTHE

M. RIAHI DEHKORDI Homayoun

Scce de Melle le Prof. DARDE

LEPRIVEY-LORGEOT Valérie

Scce Prof. MENIER

DOMOUA Koua

Scce de M. le Prof. BONNAUD

DIAGANA Mouhamadou Boubakar

Scce de M. le Prof. DUMAS

DUCLOUX Thierry

Scce de M. le Prof. VANDROUX

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

A Monsieur le Professeur PIVA

Professeur des universités de Médecine Légale et de
Toxicologie Clinique
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service
Doyen Honoraire

Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Madame le Professeur BORDESSOULE

Professeur d'Hématologie et Transfusion

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

A Monsieur le Professeur SALLE

Professeur de Médecine Physique et Réadaptation

Médecin des Hôpitaux

A Madame le Professeur VIDAL

Professeur de Médecine Interne

Chef de Service

Qui nous font l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Docteur MARTIN DUPONT
Praticien Hospitalier

Qui nous a fait l'amitié de guider et de conseiller ce travail.

A Madame le Docteur LAROUMAGNE

Chef du service de médecine de l'hôpital de St Yrieix la
Perche.

Qui nous fait l'honneur et l'amitié d'assister à cette
thèse.

A mes parents, ma famille et mes amis
En les remerciant pour l'intérêt témoigné à mon travail
et le soutien qu'ils m'ont apporté.

A ma sœur Marie-Dominique
Avec toute ma gratitude pour son aide précieuse.

QUELLE PLACE POUR LES FEMMES DANS LA PRATIQUE MEDICALE AU MOYEN-ÂGE ?

| | pages |
|--|-------|
| Introduction | 14 |
| 1 Le Moyen-Âge : contexte historique | 15 |
| 1.1 Les limites du Moyen-Âge | 15 |
| 1.2 La médecine au Moyen-Âge | 15 |
| 1.2.1 La médecine monastique | 16 |
| 1.2.2 L'apport arabe | 17 |
| 1.2.3 L'Ecole de Salerne | 20 |
| 1.2.4 La scolastique | 22 |
| 1.2.5 Les universités | 24 |
| 2 La femme au Moyen-Âge | 26 |
| 2.1 La conception théorique de la femme | 26 |
| 2.2 La femme dans la vie quotidienne | 29 |
| 2.2.1 La situation la plus fréquente : le mariage | 29 |
| 2.2.2 L'aristocrate et la dame de la haute bourgeoisie | 30 |
| 2.2.3 La travailleuse : citadine ou rurale | 32 |
| 2.2.4 D'autres célibataires : les religieuses et les prostituées | 34 |
| 2.3 L'éducation des femmes au Moyen-Âge | 37 |
| 2.3.1 Les différents types d'éducation | 38 |
| 2.3.1.1 L'éducation à domicile ou privée | 38 |
| 2.3.1.2 L'enseignement dans les couvents | 38 |
| 2.3.1.3 Les écoles | 39 |
| 2.3.2 Le niveau d'instruction | 40 |

| | |
|---|----|
| 3 La médecine au Moyen-Âge | 43 |
| 3.1 L'enseignement de la médecine | 43 |
| 3.1.1 Le rôle de l'Eglise | 43 |
| 3.1.2 Les écoles | 45 |
| 3.1.3 Les universités | 47 |
| 3.1.4 L'apprentissage | 50 |
| 3.1.5 L'enseignement de la chirurgie | 51 |
| 3.2 L'exercice de la médecine | 54 |
| 3.2.1 Une population médicale variée | 54 |
| 3.2.2 Les différents cadres d'activité | 55 |
| 3.2.2.1 Le service des grands | 56 |
| 3.2.2.2 Le service des petites gens | 57 |
| 3.2.2.3 L'activité médico-légale | 58 |
| | |
| 4 Une pratique médicale au féminin au Moyen-Âge | 60 |
| 4.1 Une pratique sous-estimée | 60 |
| 4.2 Les professionnelles de santé | 62 |
| 4.2.1 La médecine conventuelle | 62 |
| 4.2.2 Des femmes médecins | 63 |
| 4.2.3 Les barbières et les chirurgiennes | 66 |
| 4.2.4 Les sages-femmes | 70 |
| | |
| 5 Des femmes médecins en Europe occidentale | 73 |
| 5.1 Deux grandes figures :Trotula et Hildegarde de Bingen | 73 |
| 5.1.1 Trotula | 73 |
| 5.1.2 Hildegarde de Bingen | 77 |
| 5.2 Les femmes et la médecine en Italie | 82 |
| 5.2.1 L'exception italienne | 82 |
| 5.2.2 Des praticiennes italiennes | 84 |
| 5.3 Des femmes médecins dans les îles britanniques | 87 |
| 5.3.1 Le contexte britannique | 87 |
| 5.3.2 Des praticiennes britanniques | 88 |

| | |
|--|-----|
| 5.4.Des femmes médecins en Allemagne | 89 |
| 5.4.1 Le contexte allemand | 89 |
| 5.4.2 Des praticiennes allemandes | 90 |
| 5.5 La communauté juive | 90 |
| Conclusion | 93 |
| Bibliographie | 95 |
| Annexes : | |
| <u>Annexe n°1</u> : Chronologie de la formation des universités ayant dispensé un enseignement médical | 103 |
| <u>Annexe n°2</u> : Iconographie | 106 |
| <u>Annexe n°3</u> : Lexique biographique des femmes médecins au Moyen-Âge | 108 |
| <u>Annexe n°4</u> : Lexique des termes techniques | 128 |

Quelle place occupe la femme dans la pratique médicale au Moyen-Âge ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de savoir à quelle période précise de l'histoire correspond le Moyen-Âge tant sur le plan général que sur celui de l'histoire de la médecine. On découvre qu'aux premiers siècles du Moyen-Âge, en Europe occidentale, la médecine se développe au cœur des monastères. On comprend comment, le savoir médical va considérablement s'enrichir grâce aux apports de la médecine arabe, dont l'Ecole de Salerne est un puissant relais. Parallèlement l'enseignement de la médecine évolue, la doctrine scolastique s'impose et le bas Moyen-Âge voit la naissance des universités.

Avant d'envisager la place de la femme dans le champ médical, il faut connaître celle qu'elle occupe au sein de la société médiévale. L'écart entre la conception théorique de la femme par ses contemporains et sa situation réelle est saisissant. Il convient aussi d'examiner l'éducation qui lui est offerte.

Le déroulement de l'enseignement de la médecine au cours des siècles et les conditions d'exercice qui s'offrent aux différents praticiens, vont permettre de situer les femmes dans le monde médical médiéval.

Nombreux sont les obstacles à l'étude de la pratique féminine à cette période, mais on dispose de suffisamment d'éléments pour découvrir la situation des praticiennes au Moyen-Âge. Nous les voyons exercer, retirées du monde, au sein des couvents ou au milieu de leurs contemporains, qu'elles soient médecins, barbières ou chirurgiennes. N'oublions pas les sages-femmes qui, si elles ne possèdent pas le titre de médecin, sont un élément essentiel du milieu médical.

Les plus illustres des praticiennes sont sans aucun doute Trotula et Hildegarde de Bingen mais, beaucoup d'autres se sont fait connaître dans ce qui deviendra l'Italie, les îles britanniques ou l'Allemagne, chaque région ayant ses particularités. Le cas de la communauté juive est à considérer à part, à l'image de la situation particulière des Juifs à cette époque.

1 Le Moyen-Âge : contexte historique.

1.1 Les limites du Moyen-Âge :

Le Moyen-Âge s'étend sur dix siècles environ. Ses limites varient selon que l'on se place d'un point de vue chronologique ou plutôt intellectuel.

Il est généralement admis que chronologiquement le Moyen-Âge débute en 476 sous le règne de Romulus Augustule. La déposition du dernier empereur d'Occident matérialise la chute de l'Empire romain sous les attaques barbares. C'est la fin d'une domination païenne qui laisse place au christianisme. Au VII^e siècle, l'influence du christianisme sera cependant amoindrie par l'islam. Cette nouvelle religion monothéiste influencera alors tout le pourtour méditerranéen par sa richesse culturelle. Elle atteindra son apogée aux X^e et XI^e siècles.

Le Moyen-Âge s'achève à la fin du XV^e siècle ; pour certains, en 1453 avec la prise de Constantinople par les Turcs sous Mahomet II, pour d'autres, en 1492 avec la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb.

Du point de vue intellectuel, pour E. Wickersheimer (57), le Moyen-Âge s'ouvre au IV^e siècle et de surcroît au V^e siècle avec l'établissement et l'organisation de monastères dans ce qui deviendra l'Italie, la France, l'Espagne et les îles britanniques. C'est dans ces lieux que la civilisation se réfugie aux jours les plus sombres de son histoire.

Pour cet historien, le Moyen-Âge prend fin vers 1500 avec l'essor de la typographie qui va permettre de se dégager de l'imitation servile des manuscrits. Les ouvrages vont acquérir une forme plus moderne, compatible avec une diffusion plus large et donc avec la vulgarisation des connaissances humaines.

1.2 La médecine au Moyen-Âge

En considérant seulement la science médicale, pour M. J. Imbault Huart (23), le Moyen-Âge commence à la mort d'Oribase (324-404) ultime médecin païen qui élaborait sa

pensée en grec. Le Moyen-Âge constitue une période riche et complexe pour ce qui est de l'évolution de la médecine, les phases de régression et les moments d'intense activité créatrice vont se succéder.

Du V^e au X^e siècle se situe le haut Moyen-Âge, époque qui va connaître l'émergence de foyers d'intense activité intellectuelle. Parmi eux les grands monastères et leurs écoles cathédrales vont occuper une place de choix, donnant naissance à la médecine monastique et par celle-ci aux premiers hôpitaux occidentaux.

Le haut Moyen-Âge voit aussi naître la célèbre Ecole de Salerne, maillon essentiel dans la jonction entre l'islam détenteur de l'héritage grec et l'Occident médiéval, avide de le redécouvrir.

Une deuxième période s'étend du XI^e au XII^e siècle ; elle correspond à une importante poussée démographique qui voit passer l'Europe de quarante millions d'habitants en l'an mille à soixante-dix millions en 1250. L'apport du savoir arabe, notamment en matière médicale, signera le réveil de l'Occident.

Lors d'une troisième période, du XIII^e au début du XIV^e siècle, on assiste à l'essor des universités, au déclin de l'Ecole de Salerne, à l'épanouissement de la scolastique et à un début de laïcisation de la médecine.

La fin du XIV^e siècle se caractérise par une certaine décadence des universités, par un affaiblissement de la scolastique et de son moule intellectuel. C'est une nouvelle étape au cours de laquelle on assiste à l'émergence d'un phénomène nouveau : l'interdépendance des sciences et des techniques. Cela conduira à l'avènement d'un homme nouveau : le mécanicien, l'ingénieur, l'inventeur qui s'affirmera à la Renaissance ; Léonard de Vinci en est une illustre incarnation.

Envisageons à présent les étapes clés qui jalonnent la médecine au Moyen-Âge.

1.2.1 La médecine monastique

La médecine au Moyen-Âge va se développer à partir des monastères. En effet, dans des pays où règne le chaos politique, le christianisme s'étend en langue latine et ses propagateurs érudits sont les seuls à pouvoir lire les ouvrages concernant les maladies et leurs traitements. Le développement du monachisme accentue encore l'isolement de la connaissance. Au sein même de l'Eglise, le savoir médical est réservé aux clercs ; le clergé séculier est maintenu dans l'ignorance des textes savants.

L'Eglise chrétienne insiste sur le devoir d'assistance aux malades, les religieux formés à la médecine visitent les malades. La nécessité de recueillir les déshérités pour les soigner ainsi que celle de prendre soin des membres de leur communauté, va amener les moines à mettre en place des structures d'accueil. Les hospices et les hôtels-Dieu, ancêtres de nos hôpitaux, se développent. Chaque monastère d'importance se dote d'un hospice mais également d'une infirmerie et d'un jardin de simples. Outre les malades, l'hospice accueille des voyageurs et des pauvres demandant asile.

Dans ces lieux la foi et les soins s'associent à tel point que des noms de saints sont attribués aux maladies. Comme le rapporte J. Gonzales (18), le mal de St-Gilles désigne le cancer. Pour ce qui est de la danse de St-Guy, elle désigne probablement une symptomatologie à savoir des mouvements désordonnés, brusques, de grande amplitude, irréguliers, associés à une incoordination motrice. Selon les auteurs, la danse de St-Guy correspond à la chorée (notamment de Sydenham) ou à des manifestations hystériques convulsives. En Allemagne, à la fin du Moyen-Âge, sévit une épidémie de danse de St-Guy, il s'agissait de crises collectives d'hystérie.

La médecine conventuelle se développe donc, quelques clercs produiront des ouvrages médicaux comme Cassiodore (468-523) ou Bède le Vénérable (674-735). Toutefois en dehors de ces rares cas, d'après J. C. Sournia (51), la médecine conventuelle ne constitue pendant près de trois siècles qu'une médecine de transmission, sans capacité créative majeure. Le progrès va venir de l'Orient, la médecine dite arabe va renouveler et compléter les acquis du passé.

1.2.2 L'apport arabe

Ainsi, le savoir est cantonné dans l'enceinte des monastères. De plus, la religion chrétienne ne favorise pas le progrès médical car Eglise et science ne font pas bon ménage. La première considère en effet la maladie comme une juste épreuve. Dans une vie terrestre qui n'est que transition, il est juste de souffrir afin de se racheter. La maladie est la conséquence d'un état de péché ; si la guérison survient, elle résulte du divin qui récompense la ferveur religieuse. Les soins sont autorisés, mais ils ne sauraient être considérés comme étant les principaux artisans de la guérison.

Le progrès médical va venir du monde arabe qui dispose d'une conjoncture plus favorable, en particulier sur le plan religieux, comme l'explique P. Vanuxem (53). En effet,

l'élément moteur initial de la démarche scientifique et médicale arabe est présent dans le Coran et les paroles du Prophète lui-même :

« Celui qui voyage en quête de la connaissance voyage dans la voie de Dieu vers le Paradis. »

« La quête de la connaissance est une obligation pour tout musulman. »

« L'encre des savants est plus précieuse que le sang des martyrs. » (53)

Ces textes qui constituent le fondement de la foi islamique établissent sans ambiguïté la recherche scientifique au rang de devoir sacré.

Le contexte religieux est dès lors suffisant pour permettre la marche des idées, il reste à assurer leur diffusion. L'usage du grec était réservé à une élite et s'y prêtait mal, l'arabe par contre, devint une langue pratiquée par les masses. Rappelons pour mémoire que l'Empire arabo-islamique s'étendait de l'Indus à l'Atlantique et aux Pyrénées.

Un dernier élément favorable à la propagation du savoir se situe dans son support : le papier. Cette invention chinoise était restée peu utilisée dans son pays d'origine. Les Arabes comprirent très tôt son intérêt et débutèrent, dès la deuxième moitié du VIII^e siècle, sa production industrielle. Cet essor fut contemporain de l'éclosion scientifique arabe.

La langue arabe, précédant le latin et supplantant le grec, va donc devenir la langue scientifique du Moyen-Âge. Des médecins, d'origines géographiques diverses, vont s'exprimer en arabe. Ainsi, selon M. J. Imbault Huart (23), lorsque l'on parle de médecine arabe, il faut l'entendre au sens de médecine en langue arabe, débordant largement le cadre géographique arabe pourtant déjà imposant.

L'œuvre médicale arabe est le résultat d'une double démarche. A un travail de traduction monumental, qui viendra à bout des héritages grec, hellénique, hellénistique et byzantin, viennent s'ajouter les données de l'observation clinique qui constituent l'apport médical original des Arabes.

L'œuvre de traduction fut complexe car, le plus souvent, il n'était pas possible d'établir une traduction directe du grec en arabe. Ceci compte-tenu de difficultés de syntaxe, de contenu sémantique et de termes parfois sans équivalent préexistant. Le plus souvent, une traduction intermédiaire était effectuée en syriaque, langue plus maniable, puis venait celle en arabe. Cette dernière version nécessitait, lorsqu'un mot n'avait pas d'équivalent direct, la

création d'un vocabulaire adapté, principalement scientifique. Pour cela deux procédés : la translittération ou le recours dans l'immense vocabulaire arabe à un terme devenu inutilisé auquel, par nécessité, on attribuait un nouveau sens. Ce long et difficile travail de traduction peut être illustré par l'œuvre de Gallien : sur cent quatre livres traduits par Hunain, trois seulement l'ont été directement en arabe, tous les autres ont fait l'objet de versions intermédiaires. Grâce aux traducteurs arabes, plusieurs centaines d'ouvrages médicaux gréco-romains et byzantins nous sont parvenus alors que leurs versions originales ont disparu.

L'apport médical original des Arabes constitue l'autre versant de la médecine en langue arabe. La culture arabe atteint son apogée au IX^e siècle alors que l'Occident connaît un véritable sous-développement intellectuel. La médecine monastique se contente de tisanes et de prières, les seuls médecins renommés sont musulmans.

Ces derniers évoluent dans un cadre d'une modernité exceptionnelle par rapport à l'Occident. Le développement de la clinique est facilité par un exercice professionnel dans des hôpitaux qui sont plus proches de nos hôpitaux modernes que les hôtels-Dieu catholiques. Les médecins suivent les dossiers des malades et y font de la recherche clinique active. Sur le plan pharmacologique, on extrait les principes actifs des plantes par diverses techniques et on étudie leurs effets. La notion d'asepsie fait son apparition.

La chirurgie se développe, les interventions peuvent se pratiquer sous anesthésie en introduisant dans les narines du patient des éponges imbibées de haschisch, de vesce et de jusquiame. Les progrès sont nombreux et les médecins vont enrichir les traductions des anciens de leurs découvertes.

Au final, la médecine en langue arabe comprend trois orientations : l'œuvre de traduction des auteurs anciens, la création d'un vocabulaire scientifique et l'apport de découvertes médicales originales qui viennent enrichir les connaissances héritées de l'Antiquité. Ces ouvrages complétés doivent encore, pour parvenir à l'Occident, être accessibles aux érudits latinistes. Pour cela une ultime version s'avère nécessaire. Elle résulte le plus souvent de la collaboration entre deux traducteurs, l'un souvent juif traduisant l'arabe en langue vulgaire, l'autre généralement chrétien traduisant ensuite en latin. Il y a donc convergence entre l'Islam et la Chrétienté, l'un des pôles privilégiés de ces échanges sera l'École de Salerne.

1.2.3 L'Ecole de Salerne

Du savoir médical arabe, l'Occident ne connut rien jusqu'au milieu du XI^e siècle, pour D. Jacquart (26), c'est par « la voie italienne » que se firent les premiers contacts. L'Italie du sud constituait alors un carrefour privilégié où toutes les civilisations méditerranéennes se côtoyaient. Salerne, ville portuaire au sud de Naples, connut les régimes lombard, normand et souabe. Cette ville jouit d'un prestige intellectuel notoire à partir du IX^e siècle, auquel s'ajoute un rôle économique prépondérant aux XI^e et XII^e siècles. Par-dessus tout, elle voit naître une des plus prestigieuses écoles de médecine du Moyen-Âge.

L'Ecole de Salerne a été fondée vers 750, son origine fait l'objet de deux légendes. La première veut qu'elle ait été créée par quatre maîtres : Elinio un Juif, Ponto un Grec, Adela un Arabe et Salerno un Romain, qui enseignaient à leurs élèves dans leurs langues respectives. Cette version pour J. Verger « traduit le désir d'un universalisme flatteur propre aux siècles actuels et ne repose sur aucun document » (55).

La seconde légende attribue la fondation de l'Ecole à des bénédictins établis à Salerne. M. Lipinska (34) repousse cette hypothèse, s'expliquant mal quelles circonstances auraient pu conduire des moines à fonder une école laïque. En effet, les médecins salernitains étaient mariés, ils comptaient parmi eux des femmes dont aucune n'était religieuse. Pour cet auteur, il apparaît plus probable que cette école trouve ses origines dans un « collège de l'Ecole de Salerne », existant déjà à l'époque romaine. Sous l'Empire, toutes les villes d'importance possédaient des écoles de médecine, lesquelles admettaient les femmes comme étudiantes, ce qui perdura à Salerne.

Si les origines de cette école restent floues, son évolution est beaucoup mieux connue. Une première période peut-être dégagée partant de sa fondation pour finir au milieu du XI^e siècle. En Occident, l'Ecole de Salerne est alors une exception car, dès son origine, elle essaie d'exploiter le corps de connaissance gréco-latin. Les praticiens mettent en commun leurs connaissances, ils accueillent des étudiants de passage (quelle que soit leur confession), discutent les textes anciens et se montrent curieux de toute nouvelle idée médicale.

Selon J. C. Sournia (51), deux faits caractérisent l'Ecole de Salerne dès son origine. D'une part, elle se consacre pour l'essentiel à la médecine, que ne côtoient que quelques rares cours de droit, d'autre part, les enseignants sont des laïcs. Ces différents points sont remarquables car les écoles contemporaines de Salerne étaient pluridisciplinaires et l'enseignement était

dispensé par des clercs. Cette dernière particularité ne constitue toutefois pas un refus du monde religieux. Ce qui caractérise le milieu salernitain c'est la liberté et l'ouverture culturelle qui y règnent. Les laïcs travaillent aux côtés de religieux qui interviennent au titre de leur savoir et non pas en leur qualité de clerc.

La présence et l'activité des femmes au sein de l'École signent son ouverture d'esprit. Ceci est cependant à relativiser en tenant compte de la situation privilégiée des femmes italiennes face au savoir. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Durant cette première période, les maîtres de Salerne élaborent différents ouvrages. Vers 1000 est produit un ouvrage collectif, le *Flos medicinae vel Regimen Sanitatis salernitatum*. Il s'agit du fameux *Régime Salernitain* (51), texte fondamental qui sera réédité bien au-delà de la Renaissance.

Les textes, collectifs ou non, repris et complétés garderont longtemps un certain succès. Notons que dans leur forme première, ils relèvent encore de la tradition médicale empirique du haut Moyen-Âge. Le changement va se faire par des apports extérieurs, Constantin l'Africain en sera l'instigateur.

Avec Constantin l'Africain s'ouvre une nouvelle période de l'histoire de Salerne, de la fin du XI^e au XII^e siècle, celle de la transition. La vie de Constantin reste assez mystérieuse. Il serait né aux environs de 1015 dans une communauté chrétienne d'Afrique du Nord, sa langue maternelle était l'arabe et il aurait étudié la médecine en Afrique. Il se serait établi à Salerne vers 1077 et aurait fini ses jours comme moine au Mont Cassin en 1087. Il fut un pionnier, comprenant que le renouveau culturel occidental passerait par l'accès au savoir, lequel n'était alors disponible qu'en grec et en arabe.

Son œuvre est une œuvre de traduction d'un nombre considérable de textes, elle fut poursuivie par ses collaborateurs et ses disciples. Ainsi Salerne reçut les connaissances de Galien, d'Hippocrate et de nombreux autres auteurs, dont des compilateurs arabes comme Hunain. Avec ces traductions Salerne possédait désormais les bases d'une « véritable révolution épistémologique » (55) qui allait entraîner son apogée au XII^e siècle.

Au XII^e siècle, l'importance et le prestige des écoles de médecine de Salerne sont indiscutables, les étudiants et les malades affluent. Précisons que dès le IX^e siècle, la ville était un centre de soins renommé où les dignitaires de l'Église et les seigneurs venaient consulter.

Le terme d'école est à conjuguer au pluriel, il y avait à Salerne de nombreuses écoles indépendantes. Dans chacune d'elles, un maître enseignait à des élèves qui très probablement le rémunéraient. A cette période aucun diplôme n'est délivré, le seul fait d'avoir étudié à Salerne constitue une garantie reconnue dans la chrétienté. Les auditeurs affluent de tout l'Occident et, une fois formés, retournent dans leur pays natal où ils peuvent ouvrir une école et où ils attirent les patients.

La renommée de Salerne va perdurer au-delà du XII^e siècle. Selon J. Verger (55), on assiste à une progressive uniformisation de l'enseignement avec, par exemple, un programme de lectures obligatoires : l'*Articella*. Il s'agit d'une collection de traités médicaux réunis par les maîtres de Salerne et qui devint peu à peu une sorte de canon médical que devait connaître tout étudiant. La base était constituée par l'*Isagogé* de Johannitius, et par divers ouvrages de Galien et d'Hippocrate.

Au XIII^e siècle, un *studium* royal de Frédéric II accorde à l'Ecole le droit exclusif de délivrer des grades et de surveiller l'exercice légal de la médecine et de la chirurgie dans le royaume de Sicile. Tout au long de ce siècle, Salerne est encore un centre actif d'enseignement médical ; le déclin viendra au XIV^e siècle au profit de Naples, les circuits commerciaux et intellectuels s'étant déplacés.

Malgré l'Ecole de Salerne, au XII^e siècle, l'Eglise conserve le monopole de la connaissance. Dans les monastères, les clercs s'emploient à copier les textes et le clergé reste maître de leur diffusion. Cette période va connaître cependant une évolution, la médecine va quitter le cadre monastique car les évêques sont incités à développer leurs écoles-cathédrales. Le XIII^e siècle verra la naissance des universités et de la doctrine scolastique, qui va s'imposer dans tout l'enseignement et influencera la médecine jusqu'au XVIII^e siècle.

1.2.4 La scolastique

La scolastique est une doctrine qui trouve son origine chez St-Thomas d'Aquin. Pour lui, tout changement de la nature provient d'un potentiel intrinsèque. Recourant à la théologie, il affirme que la cause efficiente est supranaturelle, Dieu étant le moteur de tout. Cette doctrine est connue sous le nom de thomisme.

Pour l'Eglise, l'évolution du savoir pose un problème récurrent, celui de la conciliation entre les constatations procurées par l'étude et la vérité révélée telle que

l'enseigne l'Eglise. La solution de ce problème réside dans l'élaboration de la doctrine scolastique. A la base, selon M. J. Imbault Huart (23), celle-ci constitue un système de pensée dialectique qui ne nie pas la valeur de l'expérience et de la connaissance du réel accessible à nos sens.

La scolastique accentue la place donnée au raisonnement déductif à partir d'une base expérimentale donnée. Si cette base est trop petite ou si elle reste la même, sans être contrôlée périodiquement par l'expérience, si le raisonnement est considéré comme supérieur à la vérification, on glisse dans l'erreur.

Sous cette définition, la scolastique offre une possibilité satisfaisante d'évolution du savoir. Elle prône en effet les valeurs bénéfiques du raisonnement puis de la vérification par rapport aux dérives de la discussion.

Si la scolastique, avait été appliquée dans cet esprit, elle aurait pu autoriser une évolution satisfaisante des connaissances. Mais l'Eglise, par sa volonté de contrôler le savoir, va introduire des biais privant, selon J. C. Sournia (51), la méthode scolastique d'une bonne part de son efficacité.

Observons le déroulement d'une leçon après cette ultime évolution : à l'aide d'un syllogisme ou à partir de deux propositions différentes, une discussion s'engage dans laquelle les arguments des deux thèses s'opposent, pour conclure finalement au triomphe de l'opinion la plus généralement répandue ou admise par le dogme.

Le principal biais introduit dans cette ultime version de la scolastique est qu'un intervenant ne saurait obtenir raison, quelle que soit la justesse de son propos, si ses affirmations ne concordent pas avec le dogme. Ce dernier désigne ici et pour l'Eglise un ensemble de points de doctrine établis ou regardés comme des vérités fondamentales et incontestables. Le dogme ne saurait donc faciliter l'émergence d'idées novatrices.

Un autre biais de la doctrine scolastique réside dans la discussion. En effet le débat entre deux intervenants n'aboutira pas forcément au triomphe de l'idée la plus juste, il amènera plutôt le succès à l'orateur le plus éloquent car il encourage l'agilité de l'esprit au détriment de la justesse du propos.

Ainsi l'Occident, après avoir enfin intégré le savoir de l'antiquité, complété et transmis par les Arabes, va à nouveau connaître l'immobilisme. La scolastique va figer les connaissances dans le dogme établi par l'Eglise.

Cette doctrine, va s'imposer comme méthode d'enseignement durant tout le bas Moyen-Âge et son influence sera même ressentie jusqu'à la fin du XVIII^e siècle dans l'enseignement

médical. L'immobilisme du savoir ne va cependant pas figer les structures d'enseignement. L'École de Salerne avait permis de sortir la médecine de son cadre monastique. A sa suite de nombreuses écoles sont nées sous le contrôle de l'Église, une ultime étape dans l'enseignement au Moyen-Âge restait à franchir : celle de la création des universités.

1.2.5 La création des universités

Le XII^e siècle voit l'essor des écoles-cathédrales sous l'impulsion des dignitaires de l'Église. En 1175 notamment, le concile de Latran imposa « que toute église cathédrale devait entretenir un maître chargé d'instruire les clercs de l'Église » (12). Ceux qui enseignent, les clercs désignés par l'évêque et ceux qui veulent apprendre, les clercs de circonstance se regroupent en communauté. Selon P. Duhamel (12), celles-ci vont rapidement connaître le succès. Situées à l'origine dans un bâtiment de l'évêché, elles vont devoir déménager devant l'afflux des élèves. On va construire hors, mais à proximité de l'évêché, des locaux dans lesquels les clercs enseignants vont se déplacer.

Cette séparation constitue l'acte de naissance symbolique des universités. A partir de ce moment, professeurs et élèves vont souhaiter voir leur autonomie progresser puisqu'ils ont prouvé leur capacité à exister hors du giron de l'Église. Des associations de maîtres et d'élèves se forment : les « *universitates magistrorum et scholarum* » (12). Le terme *universitas* est synonyme de *communio* et de *conjuratio*, il désigne une association jurée et peut s'appliquer à n'importe quelle corporation, raison pour laquelle au XIII^e siècle on précisait : « Université des maîtres et des étudiants demeurant à Paris. » (12)

En France, l'autonomie des universités est reconnue par le roi Philippe Auguste puis par le pape Innocent III en 1215. Les privilèges d'une corporation ecclésiastique leurs sont accordés. Elles relèvent du pape et sont indépendantes du pouvoir politique.

Le fonctionnement des universités n'est pas aussi simple que celui des écoles de clercs. Elles doivent enseigner la théologie, le droit canon, les arts libéraux et la médecine. Compte-tenu de l'importance de leur développement, elles vont rapidement se segmenter en facultés qui se consacrent à une seule matière. C'est après cette division que les différentes facultés vont acquérir le droit exclusif de délivrer des grades universitaires. Nous reviendrons ultérieurement sur l'organisation de l'enseignement et sur les diplômes. En annexe n°1, on trouvera les dates de création des principales universités dispensant un enseignement médical.

Les facultés de médecine les plus prestigieuses furent, selon D. Jacquart (26), celles de Bologne, Padoue, Montpellier et Paris.

Les universités sont nées des écoles-cathédrales dans le sein de l'Eglise qui va, tout comme l'Etat, entretenir un lien étroit avec elles. Les hauts dignitaires ecclésiastiques sont les administrateurs des universités, par ailleurs, ils occupent souvent des rôles de conseillers ou d'administrateurs de l'Etat. Eglise, université et Etat forment un triptyque indissociable.

Sur le plan de l'enseignement, la liaison est encore plus forte avec l'Eglise puisque pendant une première et longue période, les enseignants ne peuvent être que des clercs. Le renouveau viendra de la levée de l'obligation de célibat faite jusqu'alors aux enseignants. Celle-ci interviendra en 1309 à Montpellier. A Paris les avis diffèrent, elle aurait été effective en 1398 pour R. Rullière (47), mais pour D. Jacquart (25) ne serait intervenue qu'en 1452 à l'initiative du cardinal d'Estouville. Avec cet abandon du célibat la laïcisation des universités peut débiter. Notons que ce dernier point est une particularité par rapport à l'Italie qui ne connaissait pas cette restriction, l'université y était laïque, alors qu'en France elle était placée sous tutelle épiscopale.

Une discordance analogue régit le statut des femmes qui, hors de l'exception italienne, sont exclues des universités. Nous verrons que malgré cela elles vont jouer un rôle certain dans la médecine au Moyen-Âge. Il convient à ce stade d'envisager la place réelle des femmes dans la société moyenâgeuse.

2 La femme au Moyen-Âge

2.1 La conception théorique de la femme

Rendre compte de la condition de la femme au Moyen-Âge nécessite de l'envisager sous la triple perspective : théorique, juridique et quotidienne. La combinaison des trois éclairages permet d'accéder à une approche complète des destinées féminines de l'époque. L'aspect théorique est celui qui fut consacré par la loi et la littérature et qui nous fut transmis.

La conception de la femme est établie au Moyen-Âge par l'Eglise et l'aristocratie. Ces deux groupes constituent la minorité dominante du système féodal. Au sein du clergé, le célibat est la règle ; quant à l'aristocratie, elle considère les femmes comme des objets subordonnés aux intérêts du bien principal : la terre.

Au total, ces deux classes tout à fait éloignées de la majeure partie des femmes vont imposer leur point de vue. La condition de la femme est déterminée par son sexe et non par sa personnalité et, de par son sexe, elle est inférieure à l'homme. Quelles sont les origines de ce dogme ?

Pour l'Eglise, la condition de la femme a toujours posé un problème, le clergé hésitant entre l'enfer et le paradis. Le genre féminin est-il incarné par Eve la tentatrice ou par Marie mère du Christ ?

La notion de la femme instrument du diable, chose inférieure et mauvaise, va naître avec l'Eglise et sera son œuvre. Pour E. Power (43) et H. Martin (35), cette notion trouve son origine dans les paroles de St-Paul. Dans un verset de la première épître aux corinthiens, il ordonne péremptoirement : « Que les femmes se taisent dans les assemblées, car il ne leur est pas permis de prendre la parole » (XIV, 34-35). L'apôtre pose également le principe de l'inégalité de l'homme et de la femme au sein de la cellule conjugale, estimant que le mari commande à son épouse comme le Christ à l'Eglise (Eph, V, 21-33).

Le dogme de l'infériorité va se développer dans les premiers siècles du Moyen-Âge avec l'éthique et la philosophie du système monastique. A cette époque, les idéaux ascétiques s'imposent et beaucoup d'hommes brillants vont trouver refuge dans le monachisme. Pour eux, le mariage est « une des conditions les plus basses et avilissantes de l'existence

humaine » (43). St-Jérôme ne trouve de légitimité au mariage que parce qu'il permet de fournir des vierges au monde. Ce mépris des femmes épargne les religieuses qui en choisissant de se retirer du monde ne peuvent plus nuire et consacrent leur vie à expier le pêché originel.

La position de l'Eglise est clairement exprimée en 1563 lors du Concile de Trente :

« Quiconque prétend que le mariage est supérieur à la virginité et au célibat, et qui nie qu'il n'est mieux ni plus saint de rester vierge ou célibataire, et qu'il vaut mieux se marier, celui-là sera excommunié. » (28)

Comment ce mépris des femmes a-t-il pu s'imposer au plus grand nombre ? Simplement par le fait qu'en cette époque du haut Moyen-Âge, seul le clergé est instruit, il constitue le milieu intellectuel de la société médiévale.

Sur le plan légal, le statut féodal du mariage autorise la propriété foncière aux femmes, leur reconnaissant donc une existence propre. Pour l'Eglise, l'idéal conjugal comprend l'obéissance absolue des femmes à leur mari, il est à noter que le droit canon permet à ces derniers de battre leurs épouses insoumises. En pratique, le mariage féodal implique une négation de la femme en tant que personne car l'Eglise l'assujettit à son mari. Pendant tout le haut Moyen-Âge, le clergé et l'aristocratie vont ainsi asseoir la doctrine de sujétion de la femme basée sur l'idée de son infériorité originelle.

Paradoxalement, à partir du XII^e siècle, deux contre-doctrines de supériorité de la femme vont advenir. L'Eglise va promouvoir le culte de la Vierge et l'aristocratie va développer avec la chevalerie, le culte de la Dame.

Le culte de la Vierge se répand avec une grande rapidité. On assiste à la naissance de pèlerinages vers les églises consacrées à la Vierge et dans celles qui ne le sont pas, on construit des chapelles à sa gloire. L'Eglise institue des fêtes commémorant les événements de sa vie, le samedi est consacré à son adoration et ses miracles sont relatés partout. L'homme médiéval ayant d'abord vénéré le Christ, son adoration s'étend naturellement à celle de sa mère. Cette vision de Marie parfaite vient atténuer celle d'Eve la pécheresse.

Le culte de la Dame s'inscrit, quant à lui, dans l'idéal de la chevalerie et se développe aux XII^e et XIII^e siècles. Pour le parfait chevalier, l'adoration d'une Dame est aussi indispensable que celle de Dieu. Cette vénération se manifeste par la pratique de l'amour

courtois qui ne s'adresse pas à toute femme mais à la Dame qui occupe un certain rang dans la société.

L'amour courtois obéit à des règles strictes et en premier lieu il exclut le conjoint. Le mariage résultant d'un accord entre deux familles, il n'autorise pas le sentiment amoureux entre les époux, même si ceux-ci éprouvent de l'affection l'un pour l'autre. Le sentiment amoureux doit être recherché en dehors du mariage, par essence il est librement consenti. Alors que dans le mariage la femme est inférieure à son époux, dans l'amour courtois, elle exerce une supériorité incontestable sur son amant qui doit la servir humblement. Par nature l'amour courtois est platonique, son but est de rendre l'homme vertueux ; il vient de la tête et non du cœur et doit-être le fondement d'une certaine perfection littéraire s'illustrant dans des poèmes et des chansons. Toutes ces règles forment un code rigide qui s'enrichit au fil des années et des cours.

Pour la première fois, avec l'amour courtois, la femme est placée sur un piédestal. Toutefois, il ne faut pas exagérer le rôle de la chevalerie dans l'amélioration de la condition de la femme au Moyen-Âge. L'exaltation de la Dame est le fait d'une élite, l'amour courtois a une influence bien plus importante sur la littérature que sur la vie courante.

Nous avons vu que l'Eglise et l'aristocratie sont à l'origine de la conception théorique de la femme au Moyen-Âge. Quelle fut donc l'attitude des autres couches de la société ?

A partir du XII^e siècle, avec le développement des villes et du commerce, la voix des couches supérieures de la bourgeoisie citadine se fait entendre. Sur le plan légal, les femmes faisant du commerce sont prises en considération et plus particulièrement les *femmes soles*, celles qui, mariées, continuent à travailler pour leur propre compte. Des règlements urbains sont établis afin de protéger les maris. Par contre coup, ils contribuent à améliorer la condition des femmes car ils leurs reconnaissent une existence autonome. Néanmoins cette « note urbaine » intervient tardivement, le dogme de l'infériorité ayant déjà largement diffusé. Les bourgeois adoptent volontiers la thèse officielle considérant femme et mariage comme décrets de la nature. Au dogme, ils n'apportent que de petits aménagements légaux au gré de leurs besoins.

Au sein des classes laborieuses, hommes et femmes travaillent côte à côte que ce soit aux champs ou dans les ateliers. Le dimanche à l'église, les prédicateurs proclament la femme pécheresse et Marie reine du Paradis. Aux fêtes et aux foires dans les fabliaux et les contes gras, les femmes sont dénigrées. La plupart du temps, le dogme de l'infériorité est admis même s'il n'est pas vécu de la même façon au quotidien. E. Power relate un extrait de

chanson de révolte populaire, où les hommes se posent la question de leur statut et de celui des femmes par rapport aux aristocrates :

*« Quand Adam bêchait, et Eve filait,
Qui lors biaux gentilhomme était ? » (43)*

Pour ce qui est des femmes, elles sont quasiment muettes dans un monde où les érudits sont principalement des hommes. Les ouvrages littéraires écrits par des femmes sont rares, ceux s'écartant des convenances et des règles littéraires de l'époque le sont plus encore. Bien peu d'auteurs dénoncent la condition féminine, parmi eux on trouve au XIV^e siècle Christine de Pisan. Ecrivain de métier, elle plaide la cause des femmes et lutte contre le dénigrement général dont elles sont victimes dans la littérature de cette époque.

Nous avons examiné le statut théorique de la femme, son statut juridique repose essentiellement sur le mariage qui la place sous la dépendance de son mari. Pour se faire une idée du statut réel de la femme dans la société du Moyen-Âge, il faut la replacer dans le cadre de ses activités quotidiennes.

2.2 La femme dans la vie quotidienne

2.2.1 La situation la plus fréquente : le mariage

Dans le monde féodal, le mariage monogamique chrétien est une institution bien établie, l'éducation des jeunes filles vise à les y préparer. On leur enseigne toutes les choses utiles à leur futur statut d'épouse et on les prépare à passer de l'autorité du père à celle de l'époux. Pendant le haut Moyen-Âge, l'âge du mariage peut être très précoce, surtout dans les milieux aisés. On n'hésite pas à marier des enfants au berceau avec un conjoint qui est soit d'âge équivalent, soit plus âgé. Selon E. Power (43), ces pratiques sont autorisées car on estime légitime qu'un père saisisse l'occasion de marier son enfant le plus tôt possible afin que son suzerain ne puisse user du droit de mariage.

Les contrats peuvent se faire et se défaire jusqu'à ce que la mariée ait atteint l'âge nubile fixé à sept ans par le droit féodal. Ensuite les annulations sont encore possibles avant l'âge de douze ans pour la fille et quatorze ans pour le garçon.

Pendant le bas Moyen-Âge, l'âge du mariage aura tendance à s'élever vers douze à quinze ans pour la jeune fille. Les unions sont en théorie contractées pour la vie, mais elles ne durent souvent que quelques années en raison du décès de l'époux plus âgé ou de celui de la femme en couche. Selon H. Martin (35), il n'est pas rare d'avoir deux ou trois conjoints au cours de son existence. Les mariages arrangés sont surtout fréquents dans les milieux nobles ou aisés, les couches inférieures de la société connaissent plus d'unions librement consenties.

Les devoirs de l'épouse sont clairement définis. Sa première fonction est, selon Nicolas de Gorran dominicain décédé en 1295, de « se consacrer à la procréation des enfants sans cesse et jusqu'à la mort. » (35)

Dans les milieux aristocratiques ou aisés, les femmes ont en moyenne huit à onze enfants et se font aider par une nourrice, dans les milieux pauvres, les enfants sont moins nombreux car les femmes travaillent. Les autres obligations de la femme mariée sont d'honorer et de servir humblement son mari qui est aussi son maître, de respecter ses beaux-parents et de les soutenir dans la vieillesse. Enfin la bonne épouse doit savoir gouverner sa maison, comme le souligne H. Martin : « selon Aristote et ses disciples médiévaux, l'homme produit et accumule cependant que la femme garde et conserve. » (35)

Observons à présent ce qui faisait la vie de chaque jour pour des femmes de conditions sociales différentes.

2.2.2 L'aristocrate et la dame de la haute bourgeoisie.

Nous l'avons vu précédemment, la femme noble connaît une sorte de culte dans le monde de la chevalerie. Le mouvement a surtout un écho dans le domaine littéraire, la Dame trouve sa place dans les romans d'aventure et les poèmes romanesques. Ils nous montrent une aristocrate préoccupée d'intrigues galantes, de recherche de distractions : jeux, promenades, chasse au faucon. Cette image ne correspond qu'à quelques femmes privilégiées évoluant dans les cours et les grands châteaux seigneuriaux.

Pour la majorité des aristocrates, selon E. Power (43), le quotidien est bien différent et les récits chevaleresques plus que le reflet de la réalité constituent une fuite hors de celle-ci, un

refuge littéraire. Si la femme noble occupe une position enviable dans la société médiévale, elle n'est pas oisive pour autant.

Pour la jeune fille de l'aristocratie le mariage est le destin le plus fréquent, l'alternative étant d'entrer en religion. Elle épouse l'homme que son père ou son suzerain lui a choisi et apporte à sa belle-famille une dot selon son rang et sa richesse.

Chez les aristocrates, le rôle de l'épouse est d'autant plus important qu'à tout moment elle doit être en mesure de remplacer son mari et d'endosser ses responsabilités pendant une guerre, une croisade ou un séjour à la cour. Ses tâches sont alors multiples : défendre les droits de son mari en connaissant les subtilités du droit féodal et foncier, assurer l'intendance du domaine et, en temps de guerre, s'occuper de la défense du château. A ces obligations s'ajoutent celles de son quotidien de maîtresse de maison qui doit gérer toute l'économie domestique : approvisionnement en nourriture et fournitures diverses, surveillance de l'exploitation des fermes du domaine, gestion de la domesticité. Sur elle repose toute l'organisation du foyer, qui n'est pas comme à l'heure actuelle une structure étroite mais inclut la famille et les serviteurs.

Les obligations maternelles s'avèrent moins astreignantes que ne le laisserait supposer une progéniture nombreuse. Elle bénéficie de l'aide de nourrices et de serviteurs et le mode d'éducation des enfants implique souvent leur éloignement du logis familial. Les enfants sont fréquemment placés chez d'autres adultes afin d'y être instruits, d'apprendre les bonnes manières ou les pratiques de leur rang. Par exemple les jeunes enfants destinés à la chevalerie sont placés comme écuyers.

La caractéristique des unions entre nobles est d'engager d'importantes transactions immobilières. L'organisation politique et sociale du système féodal repose sur la propriété foncière. Lorsqu'une femme possédant de la terre se marie, elle perd ses droits sur ses terres pour la durée du mariage. Si un enfant vient à naître, le mari reçoit pour la vie les terres de son épouse mais il a besoin de son consentement pour obtenir un droit de propriété à perpétuité. A la mort du mari, l'épouse conserve la jouissance ou douaire d'une partie des terres de son époux, le tiers du domaine en règle générale et sans contestation possible. Elle conserve son douaire en cas de remariage.

La femme propriétaire foncière, est donc tout au long de sa vie une personne importante dans la société médiévale.

La femme de la haute bourgeoisie a des activités quotidiennes assez semblables à celles de la femme noble. L'ouvrage intitulé *Ménagier de Paris* écrit à l'intention de sa jeune épouse par un riche bourgeois du XIV^e siècle dresse la liste précise de toutes les activités qui lui échoient. E. Power (43) nous en livre le contenu. Le traité commence classiquement par un chapitre sur les pratiques religieuses et sur la conduite à adopter vis à vis de son époux. Viennent ensuite les obligations domestiques de la maîtresse de maison. Elle doit comme la femme noble savoir gérer les approvisionnements, la cuisine, l'entretien de la maison. Elle doit également avoir des connaissances sur le jardinage, l'horticulture et la fructiculture. Les maisons de la haute bourgeoisie sont dotées de terres et parfois même de fermes dont elle doit superviser l'exploitation.

Une longue partie du traité est consacrée à la façon de choisir et de diriger les domestiques. L'ordre doit régner et la moralité doit être préservée, la maîtresse de maison veille à la santé et au bonheur de chacun. Elle remplit également une fonction d'éducation auprès des membres les plus jeunes de la domesticité, en particulier les filles dont la vertu est placée sous sa responsabilité.

La maîtresse de maison dans la haute bourgeoisie est la gardienne et la gestionnaire du logis, elle doit veiller à tout et sur tous. Un de ses gestes quotidiens est très hautement symbolique de ses responsabilités, c'est elle qui chaque soir après avoir envoyé ses serviteurs se coucher, ferme la maison.

Ainsi, les femmes de la noblesse et de la haute bourgeoisie ne sont pas oisives. La vie quotidienne des femmes du peuple est nettement différente de la leur, elles n'ont pas à gérer de domaines ou de grandes demeures. Néanmoins leurs journées sont aussi bien remplies sinon plus car, à la gestion du foyer, s'ajoute la nécessité de gagner leur pain.

2.2.3 La travailleuse : citadine ou rurale

La présence des femmes sur le marché du travail au Moyen-Âge s'explique par la nécessité d'un salaire d'appoint dans un ménage modeste et par celle de vivre pour la célibataire. La travailleuse évolue dans les milieux citadins et ruraux.

A la ville ou dans le bourg, une des situations les plus fréquentes est de trouver les femmes au travail auprès de leurs époux. A cette époque les usines sont inconnues et l'activité majeure est celle des artisans qui produisent chez eux ou dans des ateliers aidés des apprentis

et des compagnons. Le mari espère souvent que sa conjointe reprendra le flambeau à son décès. Dans son testament, il demande à ses apprentis de finir leur contrat avec la veuve, à qui il lègue ses outils de travail.

Revenons un instant sur les apprentis et plus particulièrement les filles. Ces dernières sont le plus souvent placées sous l'autorité de l'épouse du maître qui, en sus d'un métier, doit leur donner une éducation générale. Ce rôle tend à démontrer qu'elle exerce sur un certain plan d'égalité avec son mari.

A la ville, la femme célibataire occupe le plus souvent un emploi de domestique. Mais comme pour les autres femmes, beaucoup d'autres métiers lui sont ouverts, surtout si son père prévoyant l'a placée comme apprentie. Après sa formation elle exerce à son compte ou reste salariée. La femme au travail représente pour les hommes une concurrente, car à tâche égale son salaire est inférieur. La jalousie à l'égard de la travailleuse n'épargne que l'épouse ou la fille de l'artisan.

Quels métiers les femmes exercent-elles ? Pour E. Power, « il n'y avait pour ainsi dire pas un corps de métier où l'on ne trouvât des femmes » (43). On les voit dans les métiers de l'alimentation : bouchère, brasseuse, épicière, boulangère ; dans les métiers du cuir : gantière, ceinturière, cordonnière, relieuse ; dans le métal : forgeron, orfèvre ; dans le bâtiment : peintre ; dans le textile : tisseuse de soie, filière, brodeuse, chapelière, lingère. L'énumération peut se poursuivre. Si l'on se réfère au *Livre des métiers*, on compte à Paris une centaine d'activités où évoluent les femmes. Parmi ces métiers, six seulement leurs sont exclusivement réservés, ce sont là des activités en rapport avec des produits de luxe, qui nécessitent une main d'œuvre « aux doigts de fée ».

Un domaine d'activité reste à envisager, celui de la santé. Comme les hommes, les femmes exercent les métiers de barbier, de chirurgien et de médecin. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré à l'exercice de la médecine.

Les paysannes constituent la grande masse des femmes au travail. Comme pour les citadines, on attend principalement d'elles une participation aux travaux de leurs maris sur leurs tenures, ou sur celles de leurs pères avant le mariage.

Pour ces femmes comme pour toutes les autres, il y a bien sûr le rôle de maîtresse de maison : nettoyage, cuisine, soins des enfants. S'y ajoutent la confection des draps et des vêtements pour l'usage personnel et pour la vente, et enfin le travail quotidien dans les champs et les

pâturages : sarclage, plantation, semailles, moisson, battage, vannage, couverture des toits de chaume et soins aux animaux. Seul le labourage leur est épargné.

Tout ces travaux pèsent encore plus lourd sur les femmes qui mariées, célibataires ou veuves possèdent une tenure en leur nom. Elles doivent la faire fructifier et acquitter des journées de travail dans le domaine seigneurial.

Quel que soit leur milieu de vie, les femmes ont des activités professionnelles annexes. tandis que les hommes se bornent en général à exercer un seul métier. Il n'est pas rare de voir des femmes mener deux ou trois activités en complément de leur travail auprès de leur époux. Ces travaux ont trait soit à l'industrie textile soit à la production ou à la vente de denrées et de boissons. Cette multiplicité des activités explique pour une bonne part, la quasi absence de corporations de femmes dans des métiers que pourtant elles monopolisent. Exerçant plusieurs activités, elles ne peuvent tomber simultanément sous la juridiction des différentes corporations.

Les travailleuses mariées et célibataires par l'importance et le nombre de leurs activités jouent un rôle économique indéniable au sein de leur famille et à l'échelle de la société. Envisageons à présent deux autres rôles féminins, celui de la religieuse et celui de la prostituée.

2.2.4 D'autres célibataires : les religieuses et les prostituées.

Dans la société occidentale, au Moyen-Âge, le mariage est le destin le plus fréquent des filles. Mais, elles ne peuvent pas toutes l'espérer car la population féminine est numériquement supérieure à la population masculine disponible, ceci pour plusieurs raisons. En premier lieu les hommes sont plus exposés à une mort brutale et prématurée, car ils s'aventurent seuls dans des campagnes peu sûres et ils participent à des guerres ou à des conflits inter-familiaux.

En second lieu, beaucoup d'hommes choisissent le célibat en embrassant la religion (moines et prêtres) ou le savoir et les carrières « administratives » (les clercs). Bien sûr les femmes entrent aussi en religion, mais dans une moindre proportion que les hommes.

Prenons l'exemple de l'Allemagne, rapporté par E. Power (43), où des recensements fiables ont été effectués. Pour 1000 hommes adultes, il y avait 1100 femmes à Francfort (en 1383), 1207 à Nuremberg (en 1449) et 1246 à Bâle (en 1454).

Que deviennent les femmes célibataires dans une société médiévale basée sur la famille ? Pour l'aristocratie et la grande bourgeoisie les couvents sont la solution. Pour le peuple il y a comme nous l'avons déjà vu le travail, mais aussi la prostitution.

Le couvent est l'alternative qui s'offre au mariage pour une jeune fille de l'aristocratie. Le tissu social au sein des couvents est quasiment restreint à la noblesse. Les prieures appartiennent toutes à ce milieu quelle que soit l'importance de l'établissement. Parfois de riches bourgeois peuvent y envoyer leur fille, mais on ne retrouve jamais de pauvres parmi les nonnes. Les célibataires des classes laborieuses restent dans le monde et y travaillent, d'autant que les familles d'artisans et de paysans n'ont pas les moyens de doter leur fille pour qu'elle entre au couvent. La seule place qu'elle peut espérer est celle de sœur civile ou converse, laquelle se consacre aux travaux manuels et à un statut inférieur à celui des religieuses qui sont issues de la noblesse.

Le couvent est avant tout un lieu de spiritualité. La religieuse consacre la majeure partie de son temps à la prière et à l'adoration de Dieu, c'est l'une des fonctions élevées dans le système de valeur médiéval. Outre les avantages spirituels, le couvent offre à ses pensionnaires la possibilité de s'instruire. Les jeunes filles peuvent apprendre la lecture, la grammaire, les langues et avoir accès aux écrits savants. Certaines religieuses sont de grandes érudites et bénéficient comme Hildegarde de Bingen d'une renommée dépassant largement le cadre du cloître.

Le couvent offre également une ouverture sur la vie professionnelle, la nonne doit concilier les vertus contemplatives et actives. Comme les autres femmes de son temps, elle a un rôle de maîtresse de maison, la différence réside dans la répartition des tâches entre les sœurs. Celle qui s'occupe de la fabrication des cierges et de l'éclairage est sacristain, la chambrière est responsable de l'habillement et la cellérierne gère le ravitaillement, le personnel et la ferme du couvent.

Le couvent est une structure ouverte, il joue un rôle social par l'éducation des enfants qu'il reçoit en pension, par le refuge qu'il procure aux veuves pouvant acquitter un droit d'entrée et par son rôle de centre d'aumônes. Suivant sa taille, il joue un rôle économique plus ou moins important, le nombre de serviteurs varie ainsi que l'ampleur des intérêts fonciers. Sur le plan pécuniaire et intellectuel, les couvents ne sont pas de niveaux équivalents. La richesse comme l'indigence peuvent s'y rencontrer, de même que le prestige et la misère intellectuelle.

Les couvents forment un ensemble contrasté, cependant ils remplissent une fonction sociale vitale pour les femmes de l'aristocratie médiévale. Ils leur ont permis de trouver un refuge et des possibilités d'épanouissement, que ce soit dans une vie contemplative, ou dans un véritable exercice professionnel responsabilisé.

L'existence de la prostituée au Moyen-Âge est l'objet tour à tour d'une certaine tolérance et de discrédit. Pour St-Thomas d'Aquin « c'est la condition de la prostituée qui est honteuse, non ce qu'elle gagne » (35), il fait peser ses reproches sur la société et pas sur la femme.

Qu'est-ce qui peut mener une femme dans cette voie ? Selon J. Rossiaud, cité par H. Martin (35), la prostituée est originaire de la ville ou de ses alentours. Dans un quart des cas, elle a été disqualifiée par un viol public. Elle est financièrement démunie, qu'elle soit seule (veuve ou célibataire), ou qu'elle doive nourrir ses enfants car son mari ne subvient pas aux besoins du ménage.

Les prostituées sont nombreuses au Moyen-Âge, dans une ville de dix milles habitants comme Dijon, on en compte jusqu'à cent. Elles exercent sur la voie publique, dans les étuves et dans les bordels privés ou municipaux. La prostitution est souvent considérée comme « le revers indispensable, comme l'autre face de l'ordre matrimonial et urbain » (35). Les prostituées servent d'exutoire aux hommes de tous âges et de toutes conditions. En concentrant sur elles les écarts de conduite, elles contribuent à préserver un certain ordre dans la société.

Quel est le destin de ces filles communes ? Les avis divergent. Pour J. Rossiaud certaines se marient passé trente ans, d'autres deviennent tenancières d'étuves et quelque unes entrent dans des maisons de repenties. Pour B. Geremek, dont H. Martin (35) reprend les propos, le tableau est plus sombre, elles tombent dans la marginalité et la vieillesse les précipite dans la misère. Les différents destins coexistent probablement. Une certitude demeure, elles restent marquées par le sceau de l'infamie, en dépit de la tolérance dont elles font l'objet de la part des autorités civiles et ecclésiastiques.

2.3 L'éducation des femmes au Moyen-Âge.

Au Moyen-Âge, l'éducation des enfants est prise très au sérieux. Elle doit débiter dès le plus jeune âge, car l'âme du petit enfant est considérée comme une matière malléable qui garde l'empreinte indélébile de tout ce qu'on lui a appris. L'enseignement passe en premier lieu par la parole et par l'exemple. Par ces deux moyens, l'enfant et donc la fille va pouvoir apprendre les bonnes manières, les arts ménagers et la foi.

Qu'en est-il de l'instruction « littéraire » ? Pour C. Joël (28), le haut Moyen-Âge se caractérise par un meilleur niveau d'instruction des femmes par rapport aux hommes. A cette époque l'apprentissage des lettres peut être considéré comme une perte de virilité. Pendant le bas Moyen-Âge, la tendance s'inverse et les hommes sont plus instruits que les femmes, à terme cela conduira à leur exclusion de l'enseignement secondaire et de l'université.

Nous allons ici envisager principalement l'instruction « littéraire », c'est-à-dire l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et des langues. Pour ce qui est de l'utilité de ces connaissances pour les femmes, les avis sont à l'époque partagés, comme nous le montre E. Power (43). Parmi les partisans de l'instruction des femmes on retrouve le *Ménagier de Paris* et Christine de Pisan. Ils pensent que les femmes lettrées sont mieux à même d'assurer leur rôle dans la société, ainsi que celui de maîtresse de maison.

Vincent de Beauvais est lui aussi favorable à l'instruction des filles, pendant le temps où elles sont soumises à l'autorité des parents. Pour lui, il est bon « qu'elles soient imprégnées des lettres et instruites des mœurs afin d'éviter les pensées nuisibles. »(43)

Parmi les détracteurs de l'instruction féminine on trouve Barberino. Il pense qu'une fille de la haute noblesse doit savoir lire et écrire pour administrer ses domaines, mais n'en a nul besoin dès lors qu'elle n'est pas de si haute extraction. Philippe de Navarre, interdit quant à lui catégoriquement à toute femme de savoir lire et écrire. Un peu plus modéré, le chevalier de La Tour Landry autorise la lecture afin de pouvoir consulter les saintes écritures.

Entre restrictions et encouragements, qu'elle fut la situation réelle ? Avant de dresser un bilan du niveau d'instruction des femmes, voyons les différents modes d'éducation auxquels elles pouvaient prétendre.

2.3.1 Les différents types d'éducation.

2.3.1.1 L'éducation à domicile ou privée.

Par domicile, on entend, l'éducation reçue par l'enfant dans un milieu familial qui lui appartient ou celui auquel il a été confié. Selon D. Alexandre Bidon et D. Left (1), au Moyen-Âge il est fréquent de placer son enfant dans une famille amie afin qu'il soit éduqué. Cette pratique est dénommée *fosterage* dans les pays scandinaves et celtiques, ailleurs on parle de *commendatio*. Pour une fille de la noblesse ou de la bourgeoisie cela correspond à être placée auprès d'une grande dame, pour la servir et être éduquée en retour.

L'éducation de la fille est avant tout le domaine privilégié de la mère et celui de la femme en général. Elle doit l'élever avec tendresse mais rigueur. A ses côtés la fille apprendra toutes les tâches habituellement dévolues à la femme, mais aussi dans les milieux lettrés, la lecture, parfois l'écriture et même le latin. Ces apprentissages ne sont possibles à domicile que dans les milieux aisés, car ils nécessitent la possession de livres, des ouvrages pieux le plus souvent (psautier, Bible) ce qui permet en même temps l'enseignement religieux.

A domicile l'éducation peut aussi être confiée à un précepteur ou à l'aumônier du pays. Avec des cours de groupe, on s'approche alors des méthodes des couvents et des écoles.

2.3.1.2 L'enseignement dans les couvents.

Il semble que les garçons aient bénéficié dans les monastères de deux types de structure. L'école monastique externe est réservée aux enfants d'aristocrates et de bourgeois qui ne sont pas destinés à entrer dans les ordres. L'école monastique « simple » s'adresse aux oblates, enfants promis au monastère pour devenir moines. Selon D. Alexandre Bidon et D. Left (1), c'est en 817, au cours du concile d'Aix, que l'école monastique a ainsi été divisée car, « les enfants du siècle » (1), en se mêlant aux oblates perturbaient la vie religieuse. Les plans des grands monastères, comme celui de St-Gall, montrent l'existence de ces deux écoles.

Pour les filles, la séparation ne semble pas avoir eu lieu. Elles sont confiées à partir de l'âge de six ou sept ans au couvent et deviennent de petites pensionnaires ayant la possibilité ultérieure de retourner dans le monde. Le nombre d'enfants dans cette situation est limité par la taille des couvents mais aussi par le coût important de ce type d'éducation.

L'enseignement dispensé aux filles comporte, d'après D. Alexandre Bidon et P. Riché (2), les arts culinaires, les travaux d'aiguille, le chant, la lecture voire l'écriture. Il aurait parfois atteint un haut niveau avec l'apprentissage du latin, mais aussi de l'hébreu et du grec, comme le laissent supposer, les conseils de Pierre Abélard aux moniales du Paraclet dont Héloïse est l'abbesse. Il dit que « la science des livres latins est dérivée des livres hébreux et grecs », et « qu'un idiome ne peut-être rendu dans une langue étrangère par une traduction » (2). Si cette situation a existé, ce fut de façon exceptionnelle.

Selon E. Power (43), au début du Moyen-Âge, le niveau intellectuel des couvents est très élevé, mais baisse progressivement dans les derniers siècles. L'enseignement du latin s'arrête au XIV^e siècle, celui du français au XV^e. La réalité est difficile à connaître, car aucun document fiable ne donne de programme d'enseignement. Une vision réaliste laisse à penser que les enfants apprennent par cœur des textes religieux (Credo, Ave, Pater Noster), savent lire et écrire, coudre, filer et chanter et acquièrent en sus les bonnes manières et la piété.

2.3.1.3 Les écoles.

La petite école ou l'école primaire est née au concile de Vaison en 529, lorsque Césaire d'Arles émet le souhait de voir chaque prêtre recevoir chez lui des enfants afin de leur apprendre la lecture. En fait, selon D. Alexandre Bidon et P. Riché (2) il s'agit plutôt de l'ancêtre du petit séminaire, car les enfants sont destinés à devenir des clercs.

A l'époque carolingienne, l'autorité royale restaure les petites écoles. Elles se développent en milieu urbain, principalement à partir du XI^e siècle, en raison de la croissance des activités économiques. Les maîtres sont alors nommés sous la responsabilité de l'écolâtre de la cathédrale, les écoles sont principalement placées sous le contrôle de l'Eglise.

Cependant, à toutes les périodes du bas Moyen-Âge, il y a des tentatives de mise en place d'écoles laïques avec des maîtres et des maîtresses choisis par les parents. Ces petites écoles ou écoles primaires sont ouvertes aux filles comme aux garçons, parfois l'enseignement y est mixte. Structures labiles, elles ouvrent et ferment au gré des déplacements et engagements des enseignants.

A Paris un document du 6 mai 1380 (2), recense quarante et un maîtres et vingt et une maîtresses. Généralement les écoles urbaines sont de petites structures avec un nombre restreint d'élèves. La scolarisation courte et intermittente se caractérise par de brefs séjours rythmés à la campagne par les travaux des champs.

La fréquentation des écoles n'est pas une obligation légale, mais les encouragements ne manquent pas, comme nous le montrent D. Alexandre Bidon et D. Left (1). En Angleterre, en 1405, une ordonnance établit que « tout homme ou femme de quelque état ou condition que ce soit est libre d'envoyer fils ou fille dans toute école du royaume, comme bon lui semble » (1). En 1179, le concile de Latran ordonne que chaque cathédrale dispose d'un maître enseignant gratuitement, non seulement aux jeunes clercs mais aussi aux élèves issus de milieux pauvres. Afin d'encourager l'enseignement en milieu rural, Guillaume Durand évêque de Mende au XIV^e siècle, préconise l'ouverture d'une école par village. En 1403, les statuts synodaux ordonnent au curé d'obliger les familles à scolariser les enfants de six ou sept ans, filles et garçons. Ils peuvent être soit scolarisés dans de petites écoles urbaines, soit confiés au curé de la paroisse si cette dernière est dépourvue d'établissement scolaire. Jusqu'au XIII^e siècle, l'école rurale reste un phénomène isolé.

Le niveau de l'enseignement, de ces écoles primaires laïques ou non, est faible, il comprend la lecture, l'écriture et souvent le calcul. L'éducation est basée sur l'oralité, car les moyens sont modestes et le livre n'est en général possédé que par le maître. L'enfant n'est scolarisé que quelques mois pour acquérir les rudiments. La grammaire, par exemple, fait partie de l'enseignement secondaire, qui semble-t'il n'a jamais été ouvert aux filles. Les garçons qui y accèdent poursuivent parfois leurs études à l'université.

Ainsi les méthodes et les lieux d'enseignement sont multiples et différents entre les couches sociales. Qu'en est-il du niveau d'instruction ?

2.3.2 Le niveau d'instruction.

Les femmes de la noblesse et de la haute bourgeoisie savent, en règle générale, lire écrire et compter. Elles possèdent des livres, psautier et autres ouvrages religieux, mais aussi des romans de chevalerie et des recueils de poèmes. Les testaments du XIV^e et du XV^e siècles énumèrent leurs possessions, dont E. Power (43) nous donne quelques exemples. En 1395, Alice Lady West lègue à sa belle-fille « tous [mes] livres en latin, anglais et françois ». En 1452 la nièce de Sir Thomas Cumberworth reçoit son « livre des contes de Canterbury ». Pour le moins instruites, certaines de ces femmes sont des érudites.

Il est plus difficile d'appréhender le niveau d'instruction des femmes laborieuses. Les travailleuses qui font du grand commerce savent sans aucun doute lire, écrire et compter. En milieu urbain, compte tenu de la quantité d'écoles, on peut penser qu'elles sont relativement alphabétisées.

Pour les paysannes et les servantes, la situation est plus contrastée, certaines n'ont aucune instruction quand d'autres sont relativement bien alphabétisées. La situation est difficile à évaluer numériquement, mais il est probable que les paysans et leurs femmes ont pu acquérir un minimum d'instruction, grâce à l'attitude militante du clergé.

Depuis le haut Moyen-Âge, l'Eglise souhaite que la Bible soit connue du plus grand nombre, et à partir du XIII^e siècle, l'exercice de la foi passe par la lecture. Cette volonté va se traduire par des initiatives facilitant l'alphabétisation. En Cambrésis (Angleterre), selon D. Alexandre Bidon et D. Left (1), un prêtre au XIII^e siècle plante dans le cimetière de sa paroisse un grand panneau portant les prières majeures écrites en grosses lettres. L'Eglise délivre également des bourses aux enfants pauvres, afin qu'ils puissent fréquenter les collèges urbains. Les curés, dans leurs paroisses, enseignent l'alphabet aux petites gens.

Toutes ces initiatives aboutissent à une alphabétisation progressive du monde paysan. Dans l'idéal, à partir du XIII^e siècle, le paysan qui veut apprendre à lire le peut. Citons au XIV^e siècle, une paysanne des Ardennes, la mère de Jean Gerson, futur théologien. Elle sait lire et écrire, éduque elle-même son fils et lui adresse des lettres éducatives ce qui constitue une méthode d'éducation fréquente à cette époque.

Nous avons ici principalement envisagé l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, du calcul et des travaux manuels. L'apprentissage de la médecine ou plus précisément de notions de médecine fait aussi partie de l'éducation de toute jeune fille de cette époque et ce quel que soit son niveau social.

Dans la noblesse, à l'heure de la féodalité, il est de coutume d'enseigner aux filles quelques notions de médecine pratique et plus particulièrement celles se rapportant au soin des plaies, ce qui leur est utile afin de secourir leurs pères, frères ou hôtes aux retours des batailles ou des tournois.

Une preuve de ces activités réside dans l'hommage littéraire de ces braves aux femmes qui les ont soignés. Dans le fabliau *Aucassin et Nicolette* on trouve :

« Nicolette alarmée l'interrogea sur la cause de ses douleurs ; elle lui tâta l'épaule pour s'assurer si elle était déboîtée, et fit si bien qu'elle la lui remit en place. Sa main ensuite appliqua sur le mal certaines fleurs et plantes salutaires dont la vertu lui était connue. » (16)

La dernière partie du fabliau montre l'usage des simples.

La connaissance des plantes fait aussi partie de l'instruction utile à toute femme. Au couvent on enseigne la culture et l'usage des simples ; la petite paysanne suit sa mère à la cueillette et apprend ainsi l'usage des plantes. Pendant tout le Moyen-Âge, la femme doit connaître et pratiquer une sorte de médecine de famille.

3 La médecine au Moyen-Âge

3.1 L'enseignement de la médecine

Au début du Moyen-Âge, aucune structure d'enseignement médical n'est en place en Occident. Tout est à faire, le savoir reste à acquérir dans sa majeure partie et sa diffusion n'est pas organisée. L'Eglise va jouer un rôle fondamental dans le développement de l'enseignement de la médecine. Le haut Moyen-Âge connaît l'apogée de la médecine monastique, puis viennent les écoles et les facultés de médecine. Seul l'apprentissage est présent pendant toute la durée du Moyen-Âge.

3.1.1 Le rôle de l'Eglise

Le rôle de l'Eglise est fondamental dans l'histoire de l'enseignement médical. Tour à tour l'Eglise se veut vecteur d'expansion et de progression ou au contraire impose restrictions et limitations.

Comme nous l'avons déjà envisagé, le savoir médical hérité de l'antiquité va transiter par les moines, seuls lettrés du haut Moyen-Âge. Au VI^e siècle, l'essor du monachisme, dû au prosélytisme de St-Benoît de Nursie, accentue l'isolement de la connaissance à la société des clercs. L'Eglise, volontairement ou non, devient le dépositaire des connaissances médicales, ce qui va la lier à la médecine pour de nombreux siècles.

De la rencontre du savoir médical et du devoir de miséricorde, va naître la médecine conventuelle qui est avant tout une médecine de transmission. Sans grande capacité créative, elle permet toutefois la formation de soignants et le développement de la pharmacopée dans l'enceinte du monastère, ce qui ne va pas sans s'opposer aux doctrines de l'Eglise.

Comment justifier la pratique de soins pour secourir les malades, alors qu'en théorie la maladie est considérée comme une épreuve que seules la piété et la prière permettent de surmonter ? M. Chamberlain (8) nous explique que pour contourner cette incohérence, on fait appel aux saints en les identifiant comme les réels guérisseurs. Si des soins sont administrés, leur efficacité n'est due qu'à une intercession concomitante auprès d'un saint guérisseur. Le même type d'arrangement est trouvé pour justifier l'emploi des herbes médicinales, créées par un Dieu miséricordieux, afin que les fidèles trouvent un antidote naturel à leurs maux.

Par ces petits aménagements, l'Eglise accepte la médecine qui va pourtant sortir du cadre monastique. Au XI^e siècle, les religieux médecins quittent leurs infirmeries et leurs hospices. Le cistercien Césaire rapporte des abus d'hommes qui « plus moine par l'habit que par les actions, courraient le pays pour exercer la médecine et ne retournaient au monastère que pour les principales fêtes. » (57)

Bien avant cette période, notamment au synode de Ratisbonne en 877, l'Eglise avait déjà pris soin d'interdire l'étude et la pratique de la médecine aux prêtres (le clergé régulier). L'attitude de nombreux moines va obliger l'Eglise à étendre ses sanctions au clergé séculier. Le traité de Latéran en 1125 interdit aux moines et aux prêtres d'assister les malades autrement qu'en tant que ministres du culte. En 1131, on limite leur rôle de médecin à leurs monastères. Les mesures visant à interdire les sorties du monastère vont se multiplier au cours des conciles de Reims en 1131, de Latran en 1139 et 1179, de Montpellier en 1162 et 1195, de Paris en 1232. Au concile de Tours, en 1163, le pape Alexandre III déclare même diaboliques les prêtres pratiquant la médecine.

Ces mesures restrictives dont le nombre, selon M. Chamberlain (8), nous indique l'importance des activités médicales du clergé, vont finir par en sonner le glas, dans une Eglise qui entend pourtant garder un contrôle sur la pratique médicale.

Le plus souvent, le futur médecin doit suivre l'enseignement dispensé dans les écoles-cathédrales et dans les universités. S'il n'entre pas dans les ordres, il reste soumis au célibat et en tant que clerc dépend de l'autorité ecclésiastique. A l'origine, l'étude de la médecine est indissociable de la théologie. Les médecins formés à l'université ne sont autorisés à pratiquer qu'avec l'aide et le conseil d'un prêtre, il leur est interdit de traiter un patient refusant la confession.

Peu à peu l'Eglise va imposer la scolastique comme seule méthode de discussion et d'enseignement. S'appuyant sur la *lectio* ou lecture commentée de textes énumérés dans un programme et la *disputatio* qui soumet les questions épineuses de doctrine à un débat contradictoire entre deux thèses. L'Eglise introduit un biais en considérant l'idée la plus généralement répandue comme la vérité établie. Le dogme prévaut au détriment des nouvelles thèses fussent-elles étayées par des expérimentations rigoureuses.

La mainmise de l'Eglise sur la médecine s'exerce pendant tout le haut Moyen-Âge, puis s'amenuise très progressivement, dès lors que l'enseignement médical quitte les monastères pour l'école et l'université.

3.1.2 Les écoles

Selon P. Riché (45), l'enseignement public de la médecine persiste en Italie ostrogothique et byzantine jusqu'au VII^e siècle et il passe ensuite sous contrôle ecclésiastique. Dans les écoles carolingiennes, les clercs doivent connaître la médecine, ainsi que différents médicaments et les enseigner aux enfants.

Dans l'empire carolingien, les centres d'études médicales se trouvent au nord de la Loire, à Laon, Reims, Corbie, St-Amand, Chartres et pour la Germanie à Reicheneau et St-Gall. Les manuscrits médicaux y sont copiés et complétés. A Laon, deux frères Jean et Martin Scot font recopier puis annotent eux-mêmes les œuvres de Marcellus Empericus et d'Oribase. Jusqu'à la fin du X^e siècle, ces centres d'études s'imposent comme des sites majeurs de conservation et de reproduction des manuscrits médicaux et, comme des lieux d'enseignement. L'école de Chartres est le premier centre urbain à se consacrer à l'étude de la médecine, grâce à l'importance des manuscrits conservés dans la bibliothèque de la cathédrale. La fin du X^e siècle et le début du XI^e siècle voient une reprise des études médicales en France et en Italie.

A cette époque, au sud de Naples, l'Ecole de Salerne connaît un prestige inégalé. Contrastant avec les écoles-cathédrales, l'enseignement y est dispensé par des laïcs, femmes et hommes de confessions variées.

Salerne bénéficie des manuscrits conservés à Norrantola, St-Benoît de Larino et surtout au monastère du Mont Cassin qui, au XII^e siècle, accueillera Constantin l'Africain dont nous avons déjà évoqué l'œuvre de traduction.

L'Italie du sud est un terrain favorable à la reconstruction d'une médecine savante, car elle est le point d'interpénétration des cultures grecque, latine et arabe. Salerne est l'illustration de ce creuset. Les maîtres salernitains produisent également des ouvrages originaux et isolent un corpus canonique de textes faisant autorité. En appliquant les règles du commentaire scolaire, ils tracent la voie de l'enseignement médical universitaire.

Le premier texte faisant état des écoles de médecine de Montpellier date de 1137. De part le caractère méridional de la ville, le savoir théorique s'élabore en prolongement de l'héritage antique, puisant dans la culture arabe et la médecine juive. Pour P. Jacques (27), les écoles de Montpellier constituent un exemple d'intervention du pouvoir laïc dans la fondation des écoles. La matière médicale facilite cette irruption en étant un sujet profane, qui requiert la collaboration de praticiens auprès de clercs souvent plus théoriciens.

Les pouvoirs laïcs interviennent de façons variées dans les écoles, soit afin de reconnaître la juridiction de l'Eglise, soit pour octroyer des privilèges princiers, les deux n'étant pas incompatibles. Tout seigneur est en droit de concéder à un maître-régent le monopole de l'enseignement de la médecine. Par sa charte de 1180 Guilhem VIII, seigneur de Montpellier, renonce à ce privilège :

« Par un engagement perpétuel, je concède au Seigneur Dieu, à vous mes prud'hommes de Montpellier, présents et à venir et à tout le peuple que désormais quelles que puissent être les prières, le prix ou les sollicitations de diverses personnes, je ne donnerai aucune concession ni aucune prérogative à quiconque pour qu'il n'y ait qu'une seule personne qui enseigne ou qui dirige les écoles, à Montpellier, dans les disciplines médicales. Il est trop dur et contraire aux usages et à la piété de donner et de concéder à un seul le monopole d'un savoir si excellent. Puisque l'équité et la justice interdisent de le faire, je ne donnerai jamais dans l'avenir ce privilège à un seul. Je fais savoir, je veux, j'approuve et je concède qu'à perpétuité tous les hommes quels qu'ils soient ou de quelques lieux qu'ils viennent, sans aucun empêchement puissent être régents des écoles de médecine. Je leur en concède entière faculté, pleine liberté et tout pouvoir et ils ont pour l'avenir garanti de stabilité perpétuelle. » (27)

Guilhem VIII autorise chacun à enseigner, sa charte est le début d'un grand essor pour la ville, dont les nombreuses écoles vont faire la réputation.

Le seigneur de Montpellier n'impose aucun examen préalable à la fondation d'une école par les maîtres-régents, il compte sur une sorte de « sélection naturelle » des bons praticiens. Les écoles, fort nombreuses, ne sont fréquentées que par quelques élèves qui reçoivent une formation à la fois théorique et pratique. Les élèves rétribuant directement leur maître, ils ont tout intérêt à choisir un bon praticien qui réussit ses traitements et les mauvais professeurs disparaissent par manque de disciples.

Autant de libéralisme ne peut plaire à l'Eglise. Les interventions papales vont se multiplier. En 1220, le légat du pape, Conrad de Porto impose de nouveaux statuts. Une bulle de 1239 vient interdire aux chrétiens de se faire soigner par les juifs, on ne sait si elle est suivie d'effet. En 1289, une bulle de Nicolas IV transforme les écoles en créant une université, le joug épiscopal va de nouveau s'imposer. Avant d'envisager la formation de ces universités, voyons ce qui constitue l'enseignement d'un médecin à la fin du haut Moyen-Âge. P. Riché (45) s'est intéressé à la question.

L'élève qui désire débiter des études de médecine doit d'abord posséder les matières du *trivium* : grammaire, rhétorique et dialectique, et celles du *quadrivium* : arithmétique, géométrie, astronomie et musique. Il doit être en mesure de replacer l'homme dans l'ensemble du macrocosme. Il doit connaître les différentes thèses concernant la formation du corps et de l'âme. Il apprend les correspondances entre les quatre humeurs, les quatre âges de l'homme, les quatre vents et les quatre saisons. Pour apprendre les différentes parties du corps humain, il utilise des ouvrages comme les *Etymologies* d'Isidore, des tableaux et des croquis sont disponibles. Le maître utilise la discussion pour vérifier les connaissances de son élève. Beaucoup d'ouvrages d'initiation sont rédigés sous forme de questions et de réponses comme le *De interrogatione medicali* et le *Isagoge in artem medendi*.

Après l'enseignement général, l'élève peut aborder l'étude des maladies et des remèdes. Il doit connaître la façon de saigner, apprendre les vertus des plantes médicinales et la confection des médicaments. L'astronomie avec les différentes lunaisons et leurs influences sur la guérison joue un rôle important. Bien qu'éloignées du champ médical pur, les formules médico-magiques sont également utiles. Enfin, le médecin du haut Moyen-Âge peut se spécialiser en gynécologie, en obstétrique ou en chirurgie, de nombreux traités décrivant les interventions sont à sa disposition. L'enseignement des écoles-cathédrales reste très théorique et à contrario les écoles de Salerne et de Montpellier accordent une part importante à la pratique au lit du malade.

En dépit de quelques tentatives de laïcisation, l'Eglise reste omnipotente dans l'enseignement médical et va faire naître les universités.

3.1.3 Les universités

Les universités, nous l'avons vu dans le premier chapitre, se sont développées au XIII^e siècle à partir des écoles-cathédrales. Intellectuellement indépendantes grâce à l'intervention de l'Etat, elles restent sous obédience ecclésiastique. Hors le cas particulier de l'Italie, elles excluent les femmes, les chirurgiens-barbiers et jusqu'au XV^e siècle les hommes mariés. Voyons quel fut l'essor des facultés de médecine et en quoi consistait la formation du futur praticien.

Nombreuses furent les universités à dispenser un enseignement médical (cf. annexe n°1) mais, jusqu'au milieu du XIV^e siècle, seules trois d'entre elles, Montpellier, Paris et

Bologne, l'ont fait de manière continue et significative d'après les recherches de D. Jacquart (26).

A Montpellier, la présence des écoles de médecine est avérée depuis 1137. L'université n'est cependant fondée qu'en 1220 grâce aux statuts octroyés par le cardinal Conrad, légat du pape Honorius III. Il s'agit d'une université de médecine autonome et non pas d'une faculté subordonnée à une université.

L'université de Paris possède, outre celle de médecine, trois facultés importantes : des arts, de théologie et de droit canon. L'organisation officielle de l'enseignement médical est fixée entre 1270 et 1274. Dès la fondation de l'université vers 1215, en l'absence de faculté de médecine, les *physici* dispensent un enseignement médical. La faculté de médecine de Paris s'illustre par sa puissance, sa lutte contre les empiriques et les chirurgiens-barbiers et par son désir de contrôle des apothicaires et des herboristes.

A Bologne, des traces de pratique et d'enseignement médical sont discernables dès le début du XIII^e siècle, même si l'organisation n'est effective que vers 1250. Le collège des médecins ne manifeste une présence institutionnelle qu'à partir de 1260. Une des particularités de Bologne est d'inclure la chirurgie dans le cadre universitaire.

Il faut attendre la seconde moitié du XIV^e siècle et surtout le XV^e siècle pour assister à l'essor de nouveaux centres d'enseignement médical de qualité dans d'autres villes italiennes et françaises ainsi qu'en Espagne et dans le Saint-Empire germanique.

Quel est le parcours universitaire du futur médecin ? Selon P. Duhamel (12), préalablement à son admission à la faculté de médecine, l'écolier suit à l'université des cours de droit, de théologie, de philosophie et de médecine, dans le but d'acquérir une culture générale.

Au terme de quatre années d'étude, l'écolier dépose une requête afin de subir l'examen du baccalauréat qui comprend, un examen général oral de faible niveau et un examen particulier soutenu devant quatre régents réputés indulgents. Les épreuves portent sur les principes de philosophie et de médecine. En cas de réussite le *bachelande* devient un bachelier admis à s'inscrire à la faculté de médecine.

Les bacheliers lors de leur inscription prêtent serment devant le doyen. Ils lui jurent fidélité et obéissance et souscrivent aux règlements de la faculté. Les bacheliers sont admis à effectuer des lectures publiques et à en faire les commentaires sous la responsabilité d'un maître-régent. Au terme de la première année de lecture commentée, le bachelier soutient une thèse *quod libétaire*. Cette épreuve consiste en une sorte de dispute intellectuelle sur un sujet

choisi par le candidat qui doit montrer sa science en médecine théorique. L'année suivante, il renouvelle l'exercice à propos de médecine pratique. En 1415, sur l'initiative du cardinal d'Estouville, s'ajoute une troisième dispute, la thèse cardinale qui porte à la fois sur la médecine pratique et théorique et sur l'hygiène.

A l'issue de ces deux à trois années d'études, les bacheliers vont postuler à l'examen de la licence, ils deviennent des *licenciades*. La première partie de l'épreuve est une interrogation où le candidat récapitule tous les ouvrages qu'il a lus et commentés les années précédentes. Pour la seconde partie, les postulants se rendent au domicile de chacun des régents pour y être interrogés, sans indulgence cette fois. L'examen se déroule comme un concours, il aboutit à un classement et l'obtention de la licence donne le droit d'exercer la médecine.

Le licencié va ensuite s'unir en grande pompe à l'université afin de pouvoir enseigner. Au cours d'une cérémonie solennelle, il rend hommage dans un discours au chancelier de l'université et au doyen de la faculté et, accède au grade de régent aussi nommé maître ou maître-régent. Désormais régent du banc inférieur ou deuxième rang, c'est un *novus regens*, qui ne deviendra *verus regens* ou maître de premier rang qu'après une demande officielle et la direction d'une nouvelle dispute *quod libétaire*. A Paris, ne peuvent devenir régent de premier rang que les régents en place depuis plus de deux ans. Les praticiens qui exercent hors de la ville ne peuvent accéder à ce titre, ce sont les « martinets », terme aussi étendu aux étudiants peu fortunés, vivants de travaux manuels et d'aumône.

Les études de médecine sont très onéreuses, aux droits d'inscriptions, s'ajoutent des cadeaux en espèces ou en nature aux professeurs et au personnel de la faculté à l'occasion de chaque examen. Chaque collation de grade est suivie d'une cérémonie religieuse, rappelant la pression exercée par l'Eglise. De nouveau, le diplômé doit s'acquitter d'offrandes à la chapelle du collège des médecins de la ville.

Enfin, pour ceux qui le désirent, une dernière épreuve attend les candidats au titre de docteur. Ils doivent se soumettre à la *vesperée* puis à l'*inceptio*, réponse longue et argumentée à deux questions dont une peut n'avoir aucun rapport avec la médecine. Au terme de cet examen, le postulant reçoit le bonnet doctoral et offre de nouveau un banquet. Le titre de docteur autorise le praticien à procéder aux inspections chez les apothicaires et à juger de la qualité de leurs remèdes.

Le cursus universitaire du médecin ne l'oblige nullement à approcher un malade, seule l'initiative personnelle de l'étudiant peut provoquer cette rencontre et ceci jusqu'en 1335. A cette date, la faculté de Paris, instaure l'obligation d'un stage pratique pour les bacheliers aspirant à la licence ; ils doivent l'effectuer pendant deux étés hors de Paris ou, pendant deux

années universitaires, dans la ville même, en suivant un maître. Longues et onéreuses, jusqu'où les études sont-elles poussées par les praticiens de l'époque ?

E. Wickersheimer et D. Jacquart ont établi un dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen-Âge (58, 24). Sur l'ensemble des médecins recensés à partir du XIII^e siècle, seule la moitié a bénéficié d'un enseignement universitaire. Parmi eux, 17,8% ont été écoliers, 16,2% ont obtenu le grade de bachelier, 11,6% ont été licenciés et 54,4% ont accédé au titre de maître ou de docteur. Un tiers (34%) n'est donc pas parvenu au grade de la licence, théoriquement le seul titre autorisant à exercer. En réalité, de nombreux écoliers et bacheliers sont devenus des praticiens, certains au plus haut niveau de la société en assistant d'illustres personnages. Ils n'ont pas accédé à la licence par changement d'orientation, par échec aux examens ou plus simplement par manque d'argent.

La moitié des médecins recensés à partir du XIII^e siècle n'a donc pas de formation universitaire. Aux côtés des praticiens diplômés, travaillent tous les exclus du système de formation : les étudiants peu fortunés, les femmes, les chirurgiens-barbiers, les hommes mariés. Ils forment la masse des empiriques qui vont bénéficier de l'apprentissage.

3.1.4 L'apprentissage

Les universités et avant elles les écoles, ne naissent pas à un rythme suffisant pour absorber tous les candidats à l'étude de la médecine. Les écoles-cathédrales et les universités imposent le passage par le cléricat. Qui plus est les formations sont souvent très onéreuses et ne sont disponibles que dans quelques zones géographiques limitées. En conséquence, subsistent des médecins autodidactes, formés par l'apprentissage.

Selon D. Jacquart (24), l'apprentissage peut débuter à un âge très variable, sa durée dépend du niveau de formation préalablement acquis. On entre en apprentissage chez un médecin ou une médecinienne après avoir établi un contrat. A Marseille, le 28 août 1326, Sarah de St-Gilles femme d'Abraham de St-Gilles prend pour élève son coreligionnaire Salves de Burgonovo. Elle s'engage à le nourrir, le loger et lui apprendre la médecine et la physique en sept mois. En échange le jeune homme lui abandonne pendant le temps de sa formation les bénéfices qu'il pourra faire en l'aidant ou en la remplaçant. Il s'agit probablement là d'un étudiant ayant déjà de solides notions de médecine.

Ce contrat lie deux personnes de confession juive. Chez les juifs l'enseignement médical est souvent dispensé en même temps que celui de la loi hébraïque. Plusieurs élèves sont attachés à un maître qui leur donne une formation pratique et théorique. Plus rarement des juifs peuvent être placés en apprentissage chez des chrétiens. C'est le cas de Alardet, fils de Jean de Fauverney, qui fut placé entre 1341 et 1348 chez Pierre de Dijon. Les empiriques étaient très présents dans cette ville. Jean sans Peur, voulant y installer une école de médecine, imposa par une ordonnance de 1408, qu'il serait désormais impossible de pratiquer la médecine « sans avoir licence et autorité en étude générale. » (24)

Nous avons vu Sarah de St-Gilles devenir le maître d'un homme. L'inverse était également possible mais, le plus souvent, compte-tenu des nécessités de la bonne morale, les femmes n'entraient en apprentissage que chez un parent médecin. Ainsi en Italie, de nombreuses familles de médecins ont connu une alternance des sexes entre les générations de praticiens. En 1374, un procès est intenté à une barbière de la paroisse St-Marcel de Paris, on veut l'exclure de la maîtrise du métier. Elle se défend en précisant qu'elle a appris ce métier de son père.

A Paris, dès le XIII^e siècle, de nombreux métiers se sont organisés en maîtrises ou en jurandes. En pratique, comme pour les autres métiers jurés médiévaux, à la suite d'années d'apprentissage, l'entrée en chirurgie et en barberie est suspendue à un examen passé devant un jury investi par l'autorité publique.

Les médecins n'appartiennent pas à un corps de métier juré. S'ils possèdent une formation universitaire, leur titre leur confère le droit d'exercer. Les empiriques, quant à eux, doivent satisfaire à un examen face à un jury de médecins en activité. L'autorité royale leur attribue alors une *licencia practicandi*. Les facultés, au fur et à mesure de leur croissance en nombre et en influence, vont s'attacher à lutter contre les empiriques et les faire disparaître. Avec la même virulence, elles se heurtent aux chirurgiens et aux barbiers.

3.1.5 L'enseignement de la chirurgie

Durant le haut Moyen-Âge et jusqu'aux XI^e et XII^e siècles médecins, chirurgiens et pharmaciens exercent leurs activités sans qu'on les différencie. Ils sont indistinctement désignés sous des vocables dérivés du latin *medicus* tels que mire, miresse ou miège. A cette époque médecins et chirurgiens bénéficient d'un enseignement commun délivré par des maîtres à leurs apprentis ou dans des écoles. A partir de la fin du XII^e siècle la situation va

évoluer vers une séparation de la médecine et de la chirurgie, mais il faut tenir compte des disparités régionales.

Dans le royaume de Sicile, une ordonnance de 1240 réglant l'exercice de l'art de guérir énonce que la chirurgie est une partie de la médecine. Pour E. Wickersheimer (57), cette manière de voir est générale en Italie. Dans les écoles et universités, on enseigne la médecine et la chirurgie dans les mêmes conditions et en latin. A Salerne, Bologne, Padoue et Pavie, les professeurs de chirurgie sont rompus à la méthode de discussion scolastique et lisent les auteurs classiques dans le texte. A leurs théories ils ajoutent l'application pratique de leur art. Médecin et chirurgien exercent sur un plan d'égalité, parfois ils s'associent dans les mêmes collèges et jamais l'un n'est le subordonné de l'autre.

Le chirurgien de la péninsule laisse au barbier le soin de saigner, de ventouser, d'arracher les dents et de panser les plaies légères. Il se spécialise pour sa part dans des opérations nécessitant des techniques plus complexes. Le chirurgien est donc l'égal du médecin en Italie, dans le reste de l'Europe la situation est tout à fait différente.

Si en Italie, l'enseignement est essentiellement dispensé et reçu par des laïcs, les universités françaises et nordiques se composent presque exclusivement de clercs durant la majeure partie du Moyen-Âge. En 1215, le pape Innocent III menace d'anathème tout prêtre, diacre ou sous-diacre, qui s'adonnerait à la pratique de la chirurgie ou qui réaliserait une intervention nécessitant l'emploi d'instruments en acier ou du feu (incision, cautérisation). Il enjoint par ailleurs les prêtres à refuser de bénir quiconque enseigne ou pratique la chirurgie, qui va tout bonnement être rayée du programme de l'enseignement médical.

Ceux qui pratiquent la chirurgie vont se réunir en corporation. En Allemagne se sont les étuvistes et les baigneurs, en Angleterre, en France et aux Pays-Bas, les barbiers et les chirurgiens-barbiers, le plus souvent des praticiens peu ou pas lettrés. Mais dans des grandes villes comme Londres, Paris, Rouen, Sens ou Marseille, se forment des corporations de chirurgiens plus ou moins latinistes, entièrement distinctes des groupes de barbiers.

Moins nette à Montpellier, la séparation entre chirurgiens et barbiers ne fut effective qu'après le départ des papes d'Avignon. Comme pour la médecine, Paris et Montpellier constituent les centres français les plus actifs pour la chirurgie.

Dés 1258, les chirurgiens parisiens, hommes et femmes, s'organisent en corporation et créent la confrérie de St-Côme et St-Damien. Ils sont placés sous l'autorité du préfet de la

ville et contrôlés par un groupe de six maîtres jurés. La séparation entre la faculté de médecine et les chirurgiens est très nette et, à partir de 1350, les bacheliers de médecine font serment de ne pas exercer la chirurgie.

A son début, la confrérie n'accorde que des titres de maîtres mais, les chirurgiens donnent bientôt des diplômes de bachelier et de licencié et confondent volontairement les titres de maître et de docteur. Jusqu'au XVIII^e siècle, une lutte sans merci va les opposer aux médecins, les excluant du cadre universitaire. Cette séparation, souligne G. Keil (26), leur permet d'échapper aux contraintes intellectuelles et au formatage de la faculté et, autorise la mise en place d'un enseignement rigoureux et scientifique avant les médecins.

L'école de chirurgie de Paris doit son prestige au chirurgien Lanfranc de Milan. Né vers 1245 à Milan, il suit des études de médecine et d'*artes* à Bologne et est initié à la chirurgie par Guillaume de Saliceto. Vers 1270, il s'établit comme chirurgien dans sa ville natale puis, exerce en Provence vers 1290 avant de s'installer à Paris en 1295. Il intègre la confrérie des chirurgiens et enseigne dans le collège de St-Côme et St-Damien qui jouit d'un véritable prestige universitaire et entre en concurrence avec la faculté de médecine. Lanfranc de Milan apporte avec lui le savoir chirurgical de Bologne et ses propres écrits, *Chirurgia parva* (Lyon avant 1295), *Chirurgia magna* (Paris, après 1296) traduits par la suite dans de nombreuses langues nationales ou vernaculaires. Lanfranc est doué pour les langues, au fait de la littérature spécialisée, il maîtrise la prose médicale, son style est clair et précis. Grâce à ses conférences, il fait de Paris un haut centre de formation chirurgicale et par ses livres il diffuse son savoir.

L'école de Paris tient un rôle moteur dans la science chirurgicale du XIII^e siècle, elle développe une chirurgie scientifique et non pas seulement issue de la pratique. L'accent est mis sur l'enseignement de l'anatomie où Henri de Mondeville, disciple de Lanfranc, introduit le dessin de démonstration anatomique. Par ses réalisations exceptionnelles, il contribue à faire gagner au collège les faveurs de la cour de France. Le prestige du collège s'étend vers l'Europe du Nord grâce à Jean Yperman et Thomas Schelling deux auditeurs de Lanfranc et Mondeville. En allemand, ils rédigent des ouvrages qui ajoutent la chirurgie de Roger de Parme aux connaissances des écoles de Bologne et de Paris. Ils vont permettre la diffusion des connaissances chirurgicales dans la zone flamande-brabançonne.

Montpellier quant à elle, possède les statuts les plus anciens d'une guilde de chirurgien (1252 et 1292). Elle dispose également d'une école supérieure de chirurgie universitaire renommée qui, au XIV^e siècle, produit une bonne part des meilleurs ouvrages de littérature

technique chirurgicale du Moyen-Âge. Guy de Chauliac, un des auteurs les plus célèbres, avec sa *Chirurgia parva* et sa *Chirurgia magna*, offre à la manière encyclopédique une compilation du savoir chirurgical contemporain et atteste de son développement.

Les chirurgiens rédigent souvent leurs textes directement en langue nationale puis, des traductions en langues vulgaires sont rapidement disponibles. Cette dissémination des connaissances est la source d'un conflit avec les médecins lettrés qui utilisent le latin afin de limiter le savoir à un cercle d'érudits. Le conflit est également envenimé par les chirurgiens qui de part leur vaste champ d'activité se mêlent de médecine interne et, rédigent des textes qui y sont partiellement ou exclusivement consacrés.

3.2 L'exercice de la médecine

La médecine est exercée au bas Moyen-Âge par trois groupes professionnels principaux. Les statistiques qui suivent, ont été établies par D Jacquart en exploitant les données du *Dictionnaire biographique des médecins en France et au Moyen-Âge* d'E Wickersheimer et du supplément qu'elle a elle-même produit (24, 58). Les médecins représentent 57,8% de la population médicale officielle, les chirurgiens 12,4% et les barbiers 19,8%. A côté de ces trois groupes évoluent les guérisseurs, les matrones, les sages-femmes et les charlatans.

3.2.1 Une population médicale variée

Les médecins en exercice se divisent en deux groupes. Ceux qui ont été formés par l'apprentissage et ceux qui ont pu faire des études dans des écoles ou des facultés de médecine. Les empiriques, hommes et femmes, après leur apprentissage et afin de pouvoir exercer, doivent réussir un examen devant un jury de praticiens reconnus par le pouvoir royal ou par les autorités ecclésiastiques.

Les médecins formés au sein des universités possèdent des diplômes attestant de leur droit d'exercer. On distingue, les médecins de basse robe qui n'ont pas été au-delà de la licence et les médecins de haute robe qui ont poursuivi leur cursus et obtenu les titres de maître ou de docteur. Au niveau d'étude atteint par le praticien correspond souvent le niveau social de ses

patients. Des exceptions existent et des médecins non gradés, hommes ou femmes, s'ils font preuve de savoir et d'habileté peuvent s'élever au plus haut rang. Hersende, une empirique parisienne, sera ainsi le médecin de Louis IV et de son épouse Marguerite de Provence.

Au début du Moyen-Âge, selon J. C. Sournia (51), chirurgiens et barbiers appartiennent au même corps professionnel, celui de ceux « qui agissent par la main », sens étymologique du mot chirurgien. Au fur et à mesure des siècles le groupe va se scinder. Les barbiers dépourvus d'instruction se consacrent aux basses besognes : saignée, arrachage des dents, coupe des cheveux, rasage, parage des plaies. Les chirurgiens-barbiers de robe courte, ont pour leur part suivi un apprentissage et jouissent d'une meilleure réputation. Enfin, les chirurgiens de robe longue, habillés à la mode des médecins, ont suivi une formation auprès d'un chirurgien expérimenté et ont été admis dans un collège de chirurgiens, grâce à une attestation de leur maître et après avoir subi une épreuve pratique. Les conflits entre chirurgiens et barbiers sont nombreux, les premiers voulant limiter des prérogatives que les seconds souhaitent étendre.

Bien souvent, les rôles et les dénominations se confondent, aussi vaut-il mieux apprécier les fonctions des praticiens et leurs compétences en étudiant les lieux de leurs exercices.

3.2.2 Les différents cadres d'activité

Les praticiens se concentrent résolument dans les centres urbains. L'attraction suscitée par les universités est importante y compris pour les praticiens qui ne l'intègrent pas. La présence d'une cour favorise également la démographie médicale. Ces deux éléments étant réunis à Paris, la ville jouit de la présence de 14,9% des médecins, 24% des chirurgiens et 18% des barbiers recensés entre le XII^e et le XIV^e siècle. A contrario, en Bretagne, zone rurale, les cours des ducs n'attirent pas les praticiens. En France les sites privilégiés sont les villes du Nord, les pays bordelais, toulousain et lyonnais ainsi que le sud de la Provence.

On constate une disparité entre les régions en ce qui concerne le nombre de praticiens présents, mais aussi selon leurs domaines d'activités. Dans les villes du Nord, il y a une sur-représentation des chirurgiens et des barbiers qui s'explique par le nombre important de blessés. En effet, aux XIV^e et XV^e siècles, cette région est le siège de conflits quasi

permanents. Une clientèle abondante les attend aussi dans les ports marins et marchands comme La Rochelle.

Les praticiens ont une tendance à la mobilité, surtout les médecins qui voyagent pour leurs études mais aussi pour acquérir des charges ecclésiastiques. Lorsqu'ils se fixent, ils le font en général près de leur université d'origine. On assiste aussi à des échanges internationaux. Les Italiens suivent les papes à Avignon, des praticiens français sont attirés à Naples par la présence des rois angevins. Les migrations vers les pays ibériques et germaniques sont plus rares et quasi inexistantes vers les îles britanniques si l'on excepte les praticiens attachés au service des armées. Voyons à présent les praticiens dans leur cadre d'activité.

3.2.2.1 Le service des grands

Le service du roi est réservé à une minorité. A la cour de France 63,8% des praticiens sont des médecins, 21,4% des chirurgiens et 14,6% des barbiers. Souvent le praticien exerce plusieurs fonctions à la cour. Un médecin peut servir de précepteur, de conseiller ou d'astrologue et en cas de conflit suivre les armées en campagne. Le service du roi peut permettre d'accéder à des fonctions honorifiques comme les charges de premier médecin ou de premier barbier.

La moitié des médecins exerçant à la cour de France n'ont pas de grade universitaire mais, s'ils en possèdent un, il est généralement élevé, puisque 44% des gradués ont une maîtrise. 62% de ces universitaires ont fréquenté la faculté de Paris et 32% l'université de Montpellier.

La cour pontificale d'Avignon exerce une attraction internationale. L'époque la plus faste est celle des papes de 1309 à 1376. Vient ensuite celle des antipapes pendant le Grand Schisme d'Occident de 1378 à 1423 et celle de la présence du légat pontifical en 1474 et 1475. En Avignon aussi les médecins sont majoritaires : 73,4% contre 19% de barbiers et 5,4% de chirurgiens. Les médecins jouissent ici encore de charges honorifiques comme celles de chapelain ou d'intendant, les barbiers ont eux une deuxième fonction plus subalterne comme celle de portier. Le niveau d'étude des médecins est plus faible qu'à la cour royale, avec seulement 37,4% d'universitaires.

Les cours princières et les châteaux attirent également les praticiens, les médecins y sont toujours majoritaires. Si, chez les grands seigneurs, on compte plus de chirurgiens que de barbiers, c'est l'inverse dans la petite noblesse. La qualité des praticiens correspond au niveau social de leurs maîtres, la rémunération correspondant à leur niveau d'étude.

Evêques et archevêques s'attachent également le service de médecins et de barbiers. Peu de chirurgiens exercent dans ces maisons car, les ecclésiastiques sont moins exposés aux pratiques violentes que les seigneurs.

Les praticiens exerçant dans les cours conservent le plus souvent une clientèle particulière afin de compléter leurs revenus. Ils s'occupent de gens aisés : religieux, marchands et commerçants, notables des cités. Le nombre de ceux qui s'occupent des plus modestes est mal connu.

3.2.2.2 Le service des petites gens

Certains praticiens ne vivent que des revenus de leur clientèle particulière. C'est le cas en France, au bas Moyen-Âge, de 11,4% des médecins, de 15,7% des chirurgiens et de 16,5% des barbiers. La clientèle particulière des médecins se compose de gens aisés, mais aussi de plus pauvres. La règle veut, que les honoraires prélevés chez les riches financent les soins donnés aux déshérités.

Les patients s'adressant au barbier sont en général d'extraction plus modeste, ses méthodes plus concrètes et radicales que celles du médecin leur paraissent plus efficaces. Les chirurgiens jouissent du même à priori. Certains d'entre eux sont spécialisés dans des interventions comme celle de la cataracte ou les cures de hernies. Afin d'aller à la rencontre de leur clientèle, ils se font chirurgiens ambulants et se déplacent de ville en ville. De même d'autres chirurgiens circulent entre les châteaux pour y soigner les victimes des combats, des tournois ou de la chasse.

Selon D. Jacquart (26), en Italie, dès le XIII^e siècle, les villes ont l'habitude de s'attacher les services d'un médecin afin d'apporter des soins aux pauvres et de faire face aux épidémies. Partant de la Savoie en 1288, cette attitude va peu à peu gagner la France et se généraliser après les épidémies de peste noire du milieu du XIV^e siècle ; 82% des praticiens salariés par les villes françaises le sont entre 1400 et 1500, période qui voit le renforcement des pouvoirs des municipalités alors que les autorités royales et féodales sont affaiblies.

Les villes salarient en premier lieu des médecins (72,3%) puis des chirurgiens (17,9%) et enfin des barbiers (9,8%) ; 48,8% des médecins salariés possèdent un diplôme universitaire, mais le niveau de qualification est plus faible que dans les cours seigneuriales. Les maîtres occupant cette charge sont peu nombreux, au profit des licenciés et des bacheliers qui

occupent 58% des postes. Ces emplois étant peu attrayants, les postes ne sont occupés que transitoirement par des praticiens en attente de fonctions plus attractives et mieux rémunérées.

Il semble que les hôpitaux et les léproseries n'aient connu que tardivement une médicalisation de leur personnel, la fonction d'accueil primant sur celle de soin. La faible documentation disponible ne permet pas d'évaluer quantitativement l'emploi des différents praticiens. L'Hôtel-Dieu de Paris fut surtout le domaine des chirurgiens qui en écartèrent les barbiers. Les médecins dédaignaient cet établissement si ce n'était pour en soigner le personnel. A Marseille, de 1331 à la fin du XV^e siècle, les quatre hôpitaux employèrent huit médecins, huit chirurgiens et quatorze barbiers. Du fait de l'incurabilité du mal, les praticiens n'interviennent dans les léproseries que pour le diagnostic, peu de soins sont apportés.

3.2.2.3 L'activité médico-légale

Les chirurgiens et dans une moindre proportion les médecins ont un rôle d'auxiliaire de justice et de veille sanitaire. Selon V. Nicaise (37), ils ont pour obligation de déclarer les cas de lèpre et les morts suspects. La déclaration des blessures est aussi obligatoire pour des raisons d'ordre civique et de sécurité.

Les praticiens peuvent intervenir devant les tribunaux en qualité de praticien juré, ils établissent alors une expertise médicale. A la suite d'un examen post mortem, ils doivent établir la cause de la mort ou encore déterminer si une blessure antérieure au décès est responsable de celui-ci. Ils traitent parfois des cas d'empoisonnement et au besoin réalisent une autopsie. L'expertise peut également porter sur les vivants, évaluant la gravité d'une blessure afin que la victime puisse en demander réparation. Les femmes médecins spécialisées en *obstetrix*, se prononcent sur la virginité ou l'état de grossesse d'une femme.

A Paris, les chirurgiens sont placés sous l'autorité du Prévost, qui nomme les chirurgiens jurés, experts auprès des tribunaux. A Venise ou Vérone, J. Shatzmiller (49) décrit un système équivalent à partir de 1281, les praticiens dénoncent les crimes et les blessures à la police municipale. A Bologne, la méthode est plus politisée ; la municipalité se préoccupe plus de la formation d'un collège de spécialistes que de la déclaration systématique des délits. Les statuts de Bologne de 1288 insistent sur les qualités civiques des membres des collèges de médecins experts. Ils doivent résider dans la ville depuis plus de dix ans, être âgés de plus de quarante ans et posséder des avoirs d'une valeur supérieure à cent livres. Ils sont rémunérés

pour leur activité d'expertise selon des barèmes précis. En 1292, les statuts sont modifiés et on insiste sur l'appartenance politique des candidats. Les praticiens satisfaisant à ces obligations deviennent experts auprès de la cour. Un *sacculum medicorum* contenant tous leurs noms est mis à la disposition des autorités qui, en cas de besoin, tirent deux noms au sort. Les experts auprès de la cour, sont alors envoyés pour examiner les cas de blessures et d'assassinat. Comme à Bologne, Manosque établit un système de médecins accrédités par l'autorité juridique, mais la politisation du recrutement est beaucoup moins franche.

Les médecins accrédités, jurés ou experts, en tant que fonctionnaires médicaux, contrôlent les services de santé publics. Ils interviennent dans les examens des autres praticiens et possèdent un droit de regard sur les activités de leurs collègues non fonctionnaires. Enfin, sur ordre public, ils sont chargés du traitement des prévenus et des condamnés à des peines corporelles.

4 La pratique médicale féminine au Moyen-Âge

4.1 Une pratique sous-estimée

Chaque femme du Moyen Âge reçoit, durant son éducation, des notions élémentaires de médecine familiale et apprend à traiter les plaies. Toutefois la médecine féminine médiévale dépasse largement le cadre domestique puisque de nombreuses praticiennes soignent notoirement et professionnellement.

Indéniable, l'exercice féminin est cependant sous-représenté dans les sources, souffrant de la nature même de celles-ci, comme l'explique G. Dumas (14).

Le droit des métiers régit le fonctionnement des professions comme les barbiers ou les chirurgiens, chaque corporation menant une politique protectionniste. Du fait de son statut marital, la femme peut additionner plusieurs métiers. Elle commence à en apprendre un au sein de sa famille ou placée comme apprentie puis, par le mariage devient collaboratrice de son époux. A l'occasion d'une nouvelle union, elle peut apprendre un nouveau métier. Ce cumul de fonctions constitue selon G. Dumas un obstacle à l'adhésion des épouses au titre de métier de leur mari. De plus, le droit des métiers est basé sur le droit de la famille, le principe du *pater familias* soumet chacun dans son métier à l'autorité du maître. La femme participe à l'exercice du métier mais dans la plupart des cas, elle ne peut accéder à la maîtrise et ne peut pas former d'apprentis ce qui reste valable si elle hérite de l'entreprise. Elle peut alors apparaître comme membre de la corporation mais, le plus souvent, n'en a ni les titres, ni les privilèges. Ainsi peut-on expliquer la quasi absence des femmes dans les documents corporatifs.

Les sources fiscales renseignent sur l'exercice professionnel des femmes. Les livres de la taille recensent les personnes imposées pour leur activité personnelle. Selon A. Higounet (4), les individus sont en effet « imposés sous le nom de métier au titre de chef de feu ». Ainsi, les femmes imposées comme *miresses*, exercent réellement ce métier. Il ne s'agit pas de la féminisation de l'activité de leur époux. Revers de la médaille, les sources fiscales ne peuvent répertorier les femmes exerçant avec leur mari qui est cette fois considéré comme « chef de feu » et on y trouve seulement les veuves ou les célibataires.

N'étant pas soumises à la taille, les religieuses et les nobles échappent également au répertoire fiscal. Nous le verrons ultérieurement, les religieuses sont pourtant très impliquées dans les soins médicaux de même que des femmes nobles telle Laurette de St-Valery qui apportait ses soins aux pauvres.

Toujours selon G. Dumas (14), trois cas de figure font apparaître les femmes dans les sources judiciaires. Pour une part, elles sont mises en accusation, comme le fût Jacqueline Félicie de Almania en 1322 pour exercice illégal de la médecine. Egalement, elles peuvent porter plainte contre un tiers pour un tort qu'il leur a causé. Enfin, elles peuvent être citées comme témoin, soit en qualité d'expert par rapport à leur profession, soit à titre privé, leur métier ne faisant l'objet que d'une mention légale au sein des plaidoiries. Les documents de justice, comme les documents de Manosque (49) et le *Registre des plaidoiries du Parlement de Paris* (14), font état de femmes exerçant une profession médicale mais ne permettent pas de les dénombrer exactement.

Un problème de méthode peut également participer à la sous-représentation des femmes dans le milieu médical. En ne tenant compte que des praticiens possédant un diplôme attestant de leur capacité médicale, on ignore d'emblée toutes les femmes car, hormis en Italie, elles sont exclues des formations scolaires et universitaires. Selon P. Duhamel (11), on inclura bien plus de praticiennes si on se réfère au mode de formation le plus répandu au Moyen-Âge : l'apprentissage, au terme duquel femmes et hommes passent un examen devant un comité d'expert qui les juge ou non « suffisants » pour pratiquer. Mais, cette notion de satisfaction reste très vague. Il ne faut pas non plus oublier toutes les praticiennes qui exercent plusieurs métiers et assurent la majeure partie des soins dans les contrées éloignées des centres universitaires, où se concentrent les praticiens diplômés.

Pour D. Jacquart (24), la terminologie complexifie l'étude de l'exercice médical des femmes au Moyen-Âge. Les termes de *medica* féminin de *medicus*, *fisica*, *mulier fisicus*, *chirurgica*, miresse ou barbière ne laissent pas de doute quant au sexe du praticien mais c'est le type de pratique désigné qui manque de précision. Mire et son féminin miresse dérivent du latin *medicus* (médecin), mais ne désignent pas toujours les mêmes pratiques.

Dans le rôle de la taille de Paris, en 1292, on trouve vingt-huit mires et huit miresse mais aucune chirurgienne. Cette absence est suspecte car, à cette époque, la faculté de médecine connaît une influence croissante. Il est plus aisé de pratiquer ouvertement la chirurgie que la médecine pour une femme à Paris. Par ailleurs, à la même époque, dans le *Registre des*

plaidoiries du Parlement de Paris (14), on mentionne ces chirurgiennes : « car plusieurs autres femmes se mêlent de chirurgie dans la ville de Paris à qui on ne demande rien ».

Il semble que la confusion règne pour les dénominations de mire et miresse. Ainsi, un certain Ambroise, est désigné aux comptes royaux de 1288 comme *chirurgicus regis* puis, comme « myre le roi » au rôle de la taille de 1297. De même, Philippe la Picarde est citée comme chirurgienne puis, comme miresse dans ce même rôle de la taille à la fin du XIII^e siècle. Il semble donc que mire ou miresse puisse désigner, soit un médecin, soit un chirurgien, soit une personne ayant à la fois une activité médicale et une activité chirurgicale ou encore, un « homme de l'art » (sous-entendu médical). Le terme de *metgessa* lui aussi dérivé de *medicus*, entraîne le même doute quant aux fonctions de celle qui le porte. Enfin D. Jacquart (24) signale que pour certains auteurs, le terme de mire, surtout employé dans le Nord-Ouest de la France qualifie avant tout des praticiens non-universitaires.

Au final, sous des vocables variés, on retrouve des femmes médecins, barbières ou chirurgiennes, oeuvrant à la santé des populations bien au-delà des soins à la cellule familiale.

4.2 Les professionnelles de santé

Comme leurs collègues masculins, les femmes exercent dans les cours, à la ville, à la campagne ou encore derrière la clôture des monastères.

4.2.1 La médecine conventuelle

Les religieuses comme les moines ont, selon la règle de St-Benoît, l'obligation de visiter les malades. Ainsi au VI^e siècle, Radegonde, femme de Clotaire I^{er}, après avoir quitté le monde, effectue d'après M. Lipinska (33), cet acte de charité. Elle apporte non seulement le réconfort par sa visite mais aussi par les soins qu'elle prodigue, n'hésitant pas à panser les malades.

Dés les premiers siècles du Moyen-Âge, cette attitude est commune à un grand nombre de religieuses. Selon D. Penneau (38), des communautés de « diaconesses » se constituent, elles se consacrent à des œuvres de charité telles que les soins aux déshérités. Comme aux abords des abbayes, les religieuses installent des hospices et des hôpitaux près de leur couvent qui sont

d'importants foyers culturels, en dépit de l'opposition des autorités ecclésiastiques. En prenant en compte la pénurie de médecin et le degré élevé d'éducation de ces femmes, on comprend que les nonnes loin de se borner à apporter des soins de confort aux malades les traitent réellement en tant que médecins.

Ainsi Montalembert rapporte « qu'un grand nombre de religieuses joignaient aux connaissances générales, l'art de panser les blessures, la connaissance des différentes plantes et du parti qu'on peut en tirer pour la guérison des malades » (33). E. Dupouy (16) nous apprend qu'au XII^e siècle, les nonnes du couvent de Paraclet, en Champagne, s'essayent aux pratiques chirurgicales sur les conseils d'Abélard. C'est en Allemagne surtout que le développement de la médecine et d'un exercice féminin se fait à partir des couvents. Toutes les religieuses doivent alors beaucoup à Hildegarde de Bingen qui devint un grand nom de la médecine conventuelle au XII^e siècle.

L'abbesse Euphemia, exerce l'art médical à Wherell en Angleterre pendant quarante ans, elle décède en 1257. Jeanne de Crespi, poursuit une activité de barbière alors qu'elle prend le voile à l'abbaye de Longchamp en 1334, elle y meurt en 1349. Dans cette même abbaye, Macée de Chaulmont est vouée à l'office de barbière dès sa prise de voile à l'âge de treize ans, elle s'y éteint en 1485. La bienheureuse Sibilla d'Afflito, reçoit en 1338 une licence d'exercice de la médecine dans le Royaume de Naples et de Sicile.

La médecine conventuelle est le pendant de la médecine monastique. Hors du milieu religieux un même rapport s'établit entre les hommes et les femmes qui pratiquent la médecine, la barberie et la chirurgie.

4.2.2 Des femmes médecins

Au Moyen-Âge, selon M. Chamberlain (8), la population est essentiellement rurale. La structure sociale est basée sur la famille et, par extension, sur la communauté villageoise. Possédant des notions de médecine et de chirurgie, la femme apporte ses soins à sa famille et si ses capacités le lui permettent à ses voisins et aux indigents. Loin des villes et devant le manque de médecins, les femmes sont les praticiennes ordinaires de la médecine domestique. Par nécessité économique ou par charité, certaines d'entre elles sortent du cadre privé et utilisent leur connaissance de l'art médical pour en faire leur métier, bénéficiant parfois d'une véritable formation professionnelle par l'apprentissage. Appelées *metgessa*, *medica*, *mulier*

fisicus, fisica, miresse, médiécienne, des praticiennes reconnues exercent en ville comme à la campagne à coté des guérisseuses et autres « bonnes femmes ».

Nous l'avons vu, l'Eglise s'est employée à régir l'enseignement et l'exercice médical masculin. Dans sa volonté de réglementation, détaillée par M. Chamberlain (8), elle traite souvent les femmes avec mépris.

Le pape Jean XXII enjoint Etienne, évêque de Paris, à interdire aux *ignari* (ceux qui ne possèdent pas une formation médicale) et aux *mulieres vetulae* (les bonnes femmes) l'exercice de la médecine à Paris et dans ses environs.

Les papes, lors de leur séjour en Avignon (1309-1376), proclament: « les bonnes femmes, les profanes, les paysans, certains apothicaires, de nombreux herboristes et les étudiants n'ayant pas encore été formés dans une faculté, doivent être ignorés par la science de la médecine et sont ignorants des humeurs des hommes. » (8)

Ils renforcent leurs mesures vis à vis des praticiens illicites. En 1421, un décret de l'Eglise menace d'emprisonnement les femmes pratiquant la médecine et la chirurgie. Un édit ultérieur de Sixte IV renouvelle les interdictions d'exercice de la médecine pesant sur les juifs, les païens, ainsi que les hommes et les femmes ne possédant pas de formation universitaire. La répétition des mesures visant les femmes, laisse supposer que malgré les condamnations, la pratique féminine perdure sur la place publique.

Le dictionnaire d'E. Wickersheimer (58) recense une quarantaine de femmes médecins parmi lesquelles quinze font l'objet de poursuites judiciaires. Le plus souvent, elles sont poursuivies pour pratique illicite de la médecine par la faculté de médecine de Paris qui ferme ses portes à « ces créatures intellectuellement démunies du fait de leur soumission aux sens plutôt qu'à la raison » (8) comme le veut l'idéologie de l'époque.

Pour leurs contemporains, les femmes pêchent non seulement contre le Christ mais aussi contre la gente féminine. De par leur incompétence naturelle à exercer l'art médical, elles se font du tort. Au XIV^e siècle John of Mirfield, médecin à l'hôpital St-Bartholomew de Londres écrit :

« Ces femmes inutiles et présomptueuses usurpent cette profession et lui nuisent ; elles ne possèdent aucune aptitude naturelle, aucune connaissance scientifique, elles commettent les pires erreurs (de par leur stupidité) et il n'est pas rare qu'elles tuent leurs patients ; elles exercent sans sagesse et leur pratique ne repose sur aucun

fondement certain mais sur le hasard, enfin elles ignorent jusqu'aux causes et aux noms des maladies qu'elles se disent habiles à guérir. » (8)

Dès sa fondation, vers 1220, la faculté de médecine de Paris s'attache à interdire l'exercice de la médecine à ceux qui n'appartiennent pas à la faculté. Pendant le XIII^e siècle, les femmes parviennent à poursuivre leur pratique, car la faculté ne possède pas encore de protecteurs puissants. Au XIV^e siècle par contre, la faculté devenue prestigieuse va tenter de nombreux procès contre ces femmes médecins luttant surtout contre la concurrence professionnelle.

En 1322, Jacqueline Félicie de Almania est accusée de « mettre une faucille dans la moisson d'autrui » (10), c'est à dire de faire une concurrence illégale aux praticiens autorisés. Les comptes-rendus du procès nous apprennent que l'accusée, de noble extraction, n'exige pas d'honoraires pour l'exercice de ses compétences.

Sept de ses patients sont appelés à témoigner de la valeur de ses diagnostics et traitements. Ils précisent avoir consulté avant elle plusieurs médecins diplômés qui ont renoncé à les soigner. Après avoir fait appel à elle, ils ont obtenu la guérison et, comme elle ne leur demandait pas de paiement ils lui ont fait des cadeaux pour la remercier. L'un d'eux précise « qu'il avait oui dire maintes fois qu'elle était la plus sciente en l'art de la chirurgie et de la médecine que le plus grand maistre docteur ou chirurgien en la place de Paris. » (44)

Jacqueline Félicie plaide en récusant l'ordonnance visant à interdire l'exercice de la médecine aux ignorants. Elle ne la concerne pas compte-tenu du savoir et de l'expérience dont peuvent témoigner ses patients. Par ailleurs elle affirme la nécessité des miresses en général, qui représentent le seul recours des femmes face aux pathologies qui frappent leur sexe et que la honte empêche d'exposer à un homme.

Le dévouement et les bons résultats de cette praticienne ne lui sont d'aucun recours devant l'officialité. Elle est condamnée pour exercice illégal de la médecine en référence à l'interdiction faite aux femmes d'embrasser ce métier.

Souvent l'Eglise se mêle des procès et les condamnations s'assortissent alors de l'excommunication, un des châtiments les plus redoutés de l'époque. Ce sera le sort de Clarisse de Rhotomago en 1312 et, entre 1322 et 1327, Jeanne Converse et Laurence Gaillou connaissent le même sort.

Les sources fiscales attestent de la pérennité de l'exercice médical professionnel des femmes. Dans les rôles de la taille parisienne, on trouve en 1292 deux miresses dénommées Isabelle, l'une demeure dans la paroisse Ste-Opportune, l'autre dans celle de St-Nicolas des Champs. La même année une dénommée Philippe réside rue Gervèse Lohareuc et, une certaine Richeut est établie près du cimetière St-Jéhan. On trouve encore, désignées comme miresse, une Haoys, une Marie, une Sarah et deux Héloïse.

A Paris toujours, en 1297, le rôle de la taille dénombre cinq miresses et une autre en 1313. Rappelons que ces femmes, célibataires ou veuves, sont présentes dans ces sources car imposées au titre de « chef de feu ».

Par ailleurs, nous l'avons vu précédemment, le terme de miresse, peut correspondre aussi bien à des femmes pratiquant la médecine que la chirurgie. A partir du XIV^e siècle, pour ce qui est de Paris, il est probable qu'une partie de ces femmes soient des chirurgiennes, car à cette période la faculté très influente poursuit toutes celles qui se mêlent de médecine. A une miresse peut donc correspondre une chirurgienne, confusion dans les termes et les fonctions d'autant plus fréquente que l'on s'éloigne des centres urbains universitaires.

4.2.3 Les barbières et les chirurgiennes

La distinction entre les fonctions du barbier et celle du chirurgien est assez nette. La première fonction du barbier est de raser, il effectue en plus les saignées qui sont ordonnées par les médecins. Il s'emploie à panser « les bosses, les clous, les aposthumes et les plaies qui ne sont pas mortelles. » (14)

Le chirurgien pour sa part remet en place les fractures, recoud les plaies et panse les blessés. Il se consacre à traiter des affections plus sévères que celles prises en charge par le barbier et il effectue des interventions chirurgicales comme la cure de la cataracte.

Qu'elle est la place de la femme dans le métier de barbier ? Entre 1250 et 1300, E. Wickersheimer (58) dénombre une trentaine de barbières. Le rôle de la taille de 1292 à Paris comporte deux femmes prénommées Aalis, l'une réside rue des écouffes, l'autre « sus petit pont ». Egalement on note une Denise, une Aveline, une Emengard et deux Eudeline (cf. annexe n°3). D'autres femmes citées par E. Wickersheimer sont associées à leurs maris dans leurs fonctions de barbier. La femme de Guillaume d'Albant exerce avec lui à Bordeaux entre 1415 et 1424. Gile épouse d'Etienne travaille à ses côtés à Lyon en 1267.

Les statuts de la corporation des barbiers n'interdisent pas la pratique des femmes mais, ne la prévoient guère qu'en cas de décès du mari et à la condition que la femme ne convole plus. Les femmes citées au rôle de la taille et imposées comme « chef de feu », sont-elles veuves ou célibataires ?

La première hypothèse trouve son illustration avec Jeanne Pouquelin, dont G. Dumas (14) nous rapporte le procès. Veuve de Alain Pouquelin, barbier, elle a probablement continué le métier après le décès de son mari. La communauté des barbiers de Paris l'attaque en justice afin qu'elle cesse son activité. Ils obtiennent gain de cause après un procès au Châtelet, tribunal habilité à juger en première instance les litiges concernant les métiers, mais Jeanne fait appel devant le Parlement. Un arrêt est rendu le vingt-neuf août 1426, établissant que Jeanne peut succéder à son mari pour ce qui est de l'administration de la boutique de barbier. Par contre elle ne peut ni raser ni effectuer les actes de petite chirurgie. Elle obtient le droit de conserver les apprentis formés par son mari, mais ne peut en prendre de nouveaux puisqu'elle n'est pas jugée compétente pour leur enseigner le métier. Ainsi donc la corporation des barbiers, si elle accepte les femmes en son sein, ne leur accorde ni le titre ni les privilèges du métier.

De même à Reims, selon D. Jacquart (24), en 1462, Isabelle Estevenet suscite la désapprobation des maîtres jurés de la ville qui lui intentent un procès. Ils s'opposent à ce qu'elle exerce la barberie alors que Jean Estevenet, son mari, lui a légué sa boutique avant de se retirer dans les ordres. Ces deux exemples autorisent à penser que nombre de femmes, imposées en tant que barbières, voient leurs fonctions limitées par les corporations et ce malgré leurs compétences au moins équivalentes à celles des apprentis formés par leurs époux.

Néanmoins, il est probable que des célibataires ont exercé l'office de barbier sans être cantonnées dans un rôle de gérante. Comment expliquer autrement l'emploi à la fonction de barbier de Marguerite à l'hôtel Dieu de Provins dans la deuxième moitié du XIII^e siècle et celui de Marguerite, barbière à l'hôtel Dieu de Beauvais en 1380, citées par E. Wickersheimer (58).

A la fin du XIII^e siècle, un article des statuts de l'université de Paris atteste de la pratique féminine de la chirurgie : « tout chirurgien ou chirurgienne, cyrurgien ou cyrurgica, apothicaire ou apothicaresse, herbier ou herbière ne passeront pas les bornes de leur métier » (33). Toujours au XIII^e siècle, Etienne Boileau consigne le statut des chirurgiens dans son *Livre des métiers* : « sont aucuns et aucunes qui s'entremettent de chirurgie » (9), le féminin atteste bien de l'existence des chirurgiennes.

En 1311, la confrérie de St-Côme et St-Damien, établit une charte sur l'octroi de la licence de chirurgie. La profession est organisée en différents grades : licencié, maître et chirurgien juré. A cette date, les femmes sont admises dans la corporation mais ne dépassent pas le grade de la licence, selon V. Nicaise (37). Un édit de novembre 1313, porte défense aux femmes d'exercer la chirurgie à Paris sans avoir été examinées par un jury compétent. C'est en 1396 par une modification des articles vingt-neuf et trente du statut des chirurgiens que les femmes vont se voir exclues de la profession :

« Nul ne sera barbier qu'après examen pour lequel il paiera deux écus d'or, nul bachelier ne peut donner à un valet la fonction d'apprenti, sans y être autorisé par le Maître, autrement le bachelier et l'apprenti seront déboutés de licence. Les Maîtres devront prendre des apprentis beaux et bien formés. » (37)

Selon V. Nicaise, on peut supposer que cette dernière addition vise à éliminer les femmes qui n'avaient pas été exclues par la charte de 1311. Il n'est question dans ces articles que « d'apprentis beaux et bien formés », dans une volonté d'inclure les femmes, on aurait ajouté une phrase avec des termes au genre féminin, comme dans les autres textes officiels de l'époque. Ainsi l'évolution du statut des chirurgiens traduit l'existence de deux périodes, admettant d'abord les femmes dans la pratique pour les en écarter ensuite. Comme les médecins ont intenté des procès contre les miresses, les chirurgiens vont poursuivre en justice leurs consœurs. Perette la Pétonne est ainsi poursuivie en 1410 au Châtelet, G. Dumas (14) nous livre les détails du procès. Elle est accusée de pratique illicite par les chirurgiens jurés de Paris et fait appel de leur jugement devant le Parlement.

L'accusation fait référence à une ordonnance de 1390 qui interdit la pratique de la médecine et de la chirurgie à ceux qui n'en sont pas jugés capables. Pérette prétend ignorer cette mesure pourtant criée en place publique. Pour preuve de sa bonne foi, elle rappelle qu'elle ne dissimule pas ses activités puisqu'elle possède son ouvroir et sa bannière sur la place publique. Ces possessions attestent que Perette est une praticienne bien établie à Paris.

Des ordonnances qui interdiraient, la pratique de la chirurgie aux femmes sont débattues. Il est possible que les chirurgiens aient tenté de faire approuver des prescriptions contre la pratique des femmes mais, selon la défense, celles-ci n'auraient pas été entérinées par les autorités royales :

« Et dit que ces ordonnances quelles qu'elles fussent ne furent pas gardées car plusieurs femmes se mêlent de chirurgie à Paris à qui l'on ne demande rien. Car même les chirurgiens se sont efforcés d'avoir confirmation des dites ordonnances mais il leur a été répondu prout usi estre utamius. » (14)

Les attaques de l'accusation portent surtout sur les compétences de Perette qui déclare avoir appris auprès d'un parent chirurgien, puis avec d'autres praticiens :

« (Perette)...qui se mêle comme bien experte de chirurgie car elle demeure avec un sien parent chirurgien de Maisière, puis avec d'autres qu'elle conserva et elle apprit d'eux tant qu'elle s'y connaît très bien en diverses et communes maladies, et elle fut mariée et son mari trépassa, a demeuré à Paris bien huit ans ou elle fait de belles cures et grandes foisons de diverses maladies qu'avaient hommes et femmes qui ont été guéris. » (14)

Il semble que ses patients lui soient reconnaissants de ses services car, alors qu'elle est emprisonnée pendant son procès : « ses patients qui vinrent au Châtelet criant et demandant provision pour qu'on la délivre. » (14)

Dans les cas de pratique illicite, les prévenues doivent subir un examen pour déterminer leur suffisance. Pour Perette cet examen a lieu devant les chirurgiens jurés, les mêmes qui la mettent en accusation. Perette se présente à son examen avec un livre écrit en Français probablement un manuel pratique ou un antidotaire. Les jurés l'interrogent presque tous ensemble, lui demandent de lire son livre en ne cessant d'en tourner les pages et se moquent d'elle sans arrêt. Pour finir de la déstabiliser, ils l'interrogent sur la nature froide ou chaude des simples, que même les médecins ne sont pas obligés de connaître par cœur. Le rapport de l'examen conclut bien sûr à son incompétence.

Au XV^e siècle, les femmes chirurgiens sont marginalisées à Paris et font l'objet de nombreuses poursuites, y compris de la part de la faculté de médecine. En 1322 Belota, une Juive citée tour à tour comme chirurgienne et médecinne, est accusée d'exercice illicite de la médecine. Marguerite d'Ypres, chirurgienne d'origine flamande, est également mise en accusation en 1322 ; il lui est interdit d'exercer à Paris et dans ses faubourgs sous peine d'amende et d'excommunication.

A côté de ces femmes aux prises avec la justice d'autres praticiennes exercent selon leur capacité et peuvent jouir d'une bonne réputation. Leurs compétences sont parfois reconnues par les autorités, comme dans le groupe des chirurgiens militaires.

Celles qui furent employées par les villes furent plus nombreuses, la fille de Hans der Wolf fut rétribuée pour ses services par la ville de Francfort sur le Main en 1394. Selon G. Dumas (14), les barbières et les chirurgiennes des XII^e, XIII^e et XIV^e siècles ont pu exercer leur métier et accéder à un certain niveau de connaissance avec beaucoup moins de difficulté que celles du XV^e siècle. Plus le temps passe et plus les écrits qui nous sont parvenus dénotent une attitude répressive croissante vis à vis de ces praticiennes.

4.2.4 Les sages-femmes

A côté des médiennes, barbières et chirurgiennes, exercent les sages-femmes. On les nomme : accoucheuses, ventrières, matrones, *levatrices*, *obstettrices*, meraleresses. Elles sont bien souvent le seul recours du genre féminin, la tradition et la morale interdisant aux hommes l'examen intime d'une femme. La formation de la sage-femme, selon S. Laurent (32), repose avant tout sur l'apprentissage, effectué auprès d'une consœur expérimentée. Afin de pouvoir exercer, l'apprentie se soumet au jugement de ses pairs. Ainsi, on trouve dans le registre de l'hôtel de ville d'Amiens, en 1267 : « Emmeline la Hardie a esté receue a estre meraleresse par la relation de plusieurs femmes qui scavent comme meraleresse se doivent contenir en la dit science. » (32)

Exceptionnellement et en milieu urbain uniquement, elles peuvent bénéficier d'une formation contrôlée par les médecins ou les chirurgiens. A Paris, elles sont rattachées au collège de St-Côme et St-Damien.

Ce rapprochement entre médecins et sages-femmes est facilité par le développement de la pratique de la césarienne. Cette intervention est mentionnée dans les ouvrages médicaux à partir du XIII^e siècle, elle est l'occasion d'une rencontre entre le savoir théorique et le savoir pratique des matrones. Le plus souvent, elle est effectuée par les sages-femmes seules mais, il arrive qu'elles soient dirigées par un médecin qui n'intervient pas directement. Ainsi, une miniature du XIII^e siècle, conservée à la bibliothèque municipale de Besançon montre un médecin dictant à la sage-femme les gestes à effectuer auprès d'une parturiente qui n'est qu'à

moitié dénudée. Sur les nombreuses représentations de césariennes effectuées par des femmes seules, la parturiente est en général complètement nue. (cf. Annexe n°2)

Si la place des femmes en gynécologie est beaucoup moins discutée qu'en médecine, elles n'en demeurent pas moins critiquées par le milieu médical et tout particulièrement par les chirurgiens qui ressentent plus vivement leur concurrence. Ainsi Henri de Mondeville les qualifie d'illettrées en même temps que les « barbiers, tireurs de sort, courtisanes, entremetteuses, accoucheuses, vieilles femmes, Juifs convertis et Sarrasins qui tous se mêlent de médecine. » (32)

Guy de Chauliac juge avec dédain leur métier écrivant à propos de la naissance : « d'autant que cette affaire est exercée par les femmes et le plus souvent il ne faut guère s'y arrêter. » (32)

Ainsi comme les médiennes, les sages-femmes sont sévèrement jugées par les praticiens de l'époque alors que leurs compétences sont reconnues publiquement. Les villes, selon G. Duby (11), salarient des ventrières dès la fin du XIII^e siècle. Elles les chargent de garantir à la population une assistance médicale en échange d'un salaire et d'avantages comme une exonération d'impôts ou un approvisionnement en bois de chauffage.

Sur le plan légal, les matrones sont chargées de contrôler les femmes enceintes et les accouchées célibataires, considérées comme des infanticides en puissance. A ce rôle de veille sanitaire, selon E. Dupouy (16) et S. Laurent (32), peut s'ajouter celui d'expert en justice. Les sages-femmes jurées, constituent un groupe, de trois le plus souvent, qui rend un avis commun. La première mention connue de matrones jurées, rapportée par J Verdon (54), date de 1333 et concerne Mabelle la ventrière et Emeline Dieu La Voie. Au Châtelet de Paris, les sages-femmes sont chargées des questions médico-légales relatives aux avortements. On peut aussi leur demander de statuer sur un état de grossesse ou de virginité, comme ce fut le cas au cours du procès de Jeanne d'Arc.

Auxiliaires de justice, les sages-femmes sont également très surveillées dans la crainte des actes de sorcellerie, comme le souligne S. Laurent (32). Au cours de l'accouchement, elles doivent enterrer ou brûler le placenta pour éviter qu'un sort ne soit jeté à l'enfant, de même le cordon ombilical réduit en poudre pourrait servir de filtre d'amour. Les procès intentés contre les sages-femmes sont nombreux. Ainsi au début du XV^e siècle, Perette, ventrière jurée de Paris, est condamnée pour sorcellerie, accusée d'avoir fourni un enfant mort-né à un grand seigneur afin qu'il puisse soigner sa lèpre. Tenant compte de sa bonne renommée, Charles VI limite la condamnation à une exposition au pilori et déclare que « son service, office ou industrie est

bien nécessaire à la chose publique et que des femmes grosses ont grande confiance en sa science et diligence. » (54)

La sage-femme, qui entretient des relations avec la vie mais aussi fréquemment avec la mort, apparaît sous des traits tantôt bénéfiques tantôt maléfiques. C'est le cas de toute femme qui dispense ses soins, donne des conseils préventifs et curatifs, s'occupe des femmes en couche. Si elle soulage, réussit à guérir, elle est aimée et respectée, dans le cas contraire elle est traitée comme une sorcière que l'on torture et que l'on brûle . Au-delà des accusations mettant en cause les soins, elle est incriminée dans le contrôle de la procréation. La sorcière est responsable de l'avortement car elle prescrit des décoctions et entraîne la femme dans des sabbats dont on disait que « jamais femme n'en revint enceinte. » (10)

Pour l'Eglise, au cours de ces réunions, la sorcière tue. De façon plus pragmatique, elle est surtout celle qui essaie de soulager les misères physiques et écoute les femmes dans des lieux où il n'existe aucun praticien de formation plus classique.

5 Des femmes médecins en Europe occidentale

5.1 Deux grandes figures : Trotula et Hildegarde de Bingen

5.1.1 Trotula

Née au début du XI^e siècle à Salerne, Trotula est issue de la noble famille des Ruggiero, très renommée aux alentours de 1050. En épousant Jean Platearius l'Ancien, elle entre dans une famille de médecins réputée. Elle donne naissance à deux fils, Jean le Jeune et Mathieu, connus comme maîtres de l'École de Salerne, les « *Magistri Plateari* ». Mathieu est l'auteur d'un traité de simples, le *Circa Instans* qui sera une référence pour les apothicaires jusqu'au XV^e siècle. Trotula serait décédée en 1097, on la rencontre dans la littérature sous les noms de Trocta, Trota ou encore Trotolla.

L'existence même de Trotula est parfois mise en doute, on la retrouve pourtant dans les écrits de ses contemporains. Ordéric Vital, un moine anglo-normand cité par F. Bertini (7), nous apprend dans son *Histoire ecclésiastique*, que Raoul Mau-Couronne, désigné parfois comme Rodolphe Mala Corena, normand de noble extraction, l'aurait rencontrée lors d'un voyage à Salerne en 1059. Cet homme avant de devenir moine, a suivi des études approfondies de médecine en France et a déclaré, à propos de Trotula, n'avoir trouvé « personne de sa force [lui-même] en science médicale sauf une savante matrone [Trotula] »(7).

On retrouve Trotula dans le *Dict de l'herberie*, poème drolatique écrit entre 1215 et 1280 par Rutebeuf, trouvère parisien :

« Belles gens, je ne suis pas de ces pauvres prêcheurs, ni de ces pauvres herbiers qui portent boîtes et sachets et étendent un tapis, mais je suis à une dame qui a nom Trotte de Salerne, qui fait couvre-chef de ses oreilles, et les sourcils lui pendent en chaînes d'argent par-dessus les épaules. Et sachez que c'est la plus savante dame qui soit dans les quatre parties du monde. » (28)

Rutebeuf fait prononcer ce poème par un charlatan qui se dit herboriste et héritier du savoir de Trotula dont il fait de grands éloges. Au XIV^e siècle, Geoffrey de Chaucer cite également Trotula dans son chef d'œuvre, *Les contes de Canterbury*, comme le rapporte F. Bertini (7).

Plus forte que la polémique sur l'existence de Trotula, est celle qui touche le degré de ses aptitudes et la paternité de ses œuvres. Trotula aurait participé à la rédaction de plusieurs ouvrages collectifs des maîtres salernitains : *Regimen Sanitatis*, *De agretidinum curatione* et le *Compendium Salernitum*.

Le *De agretidinum curatione* (La guérison des maladies) est aussi connu sous le nom de manuscrit de Wroclaw, découvert en 1837, mais aujourd'hui disparu. La première partie, était consacrée à l'étude des différentes fièvres ; la seconde, contenait des propositions de soins pour diverses maladies, énumérées de la tête aux pieds selon le schéma de Galien. Dans cette deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur anonyme, rapporte les opinions de sept auteurs salernitains : Jean Platearius, Cophon, Petronio, Afflacio, Bartolomeo, Ferrario et Trotula qui, pour les chapitres qui la concerne , est signalée par les abréviations : Tt' et Trott', dans la marge.

Dans le *Compendium Salernitum*, Trotula rédige les chapitres sur les maladies des yeux, des oreilles et de la pierre ainsi que les parties concernant l'usage des clystères.

Trois oeuvres principales sont par ailleurs attribuées à Trotula, la plus célèbre est le *De mulierum passionibus ante, in et post partum* (Des maladies des femmes avant, pendant et après l'accouchement), qui se divise en deux parties. La première, *Trotula major*, purement médicale se réfère aux auteurs anciens : Galien, Oribase, Paul d'Egine, Cophon l'Ancien et Hippocrate dont elle suit la théorie des humeurs. La deuxième partie, *Trotula minor*, également appelé *De ornatu mulierum* (Comment rendre les femmes belles) est un recueil de recettes de soins corporels et esthétiques.

Le *Trotula major* a été réédité à plusieurs reprises, comme l'ensemble des ouvrages de Trotula. Pour M. Lipinska (33), les deux meilleures éditions sont intitulées *Trotulae curandarum aerutudinum mulierum ante, in et post partum, liberunicus* et *Trotulae de mulierum passionibus ante, in et post partum, cum reliquis partibus item interventionibus liber experimentalis mirificus* (Livre merveilleux et basé sur l'expérience de Trotula, dans les maladies avant, pendant et après l'accouchement avec tout ce qui le concerne).

Le manuscrit de Madrid, contient également une partie de l'œuvre de Trotula. Elle est présentée par l'auteur sous le titre trompeur de *Trotula minor*, alors qu'elle n'en contient pas

les recettes cosmétiques. Elle recèle par contre, un texte baptisé dans l'ouvrage même : Practica secundum trotam ou Secundum Trotulam. La moitié de ce texte correspond à la publication faite dans le manuscrit de Wroclaw mais, si dans ce dernier le propos était très savant et théorique, dans le manuscrit de Madrid c'est plutôt le bon sens et l'expérience qui prennent le pas selon J. Dall'Ava Santucci (10). A noter que s'il existe une Practica secundum trotam c'est sans doute que Trotula a rédigé une première *practica* inconnue aujourd'hui.

Trotula signe le De compositium medicamentorum loué par le moine Rodolphe Mala Corena et plusieurs fragments du manuscrit retrouvé à Breslau intitulé De agretidinum curatione. Elle se mêle ici de médecine générale, distingue les maladies congénitales, contagieuses et les autres. Elle donne des conseils pour lutter contre les engelures, les maladies pulmonaires et celles de la rate.

Mélina Lipinska en 1900, Kate Mead en 1930, Elisabeth Mason Hohl en 1940, toutes trois docteurs en médecine, reconnaissent la valeur de Trotula en particulier dans le domaine gynécologique.

Courant contraire, à partir de 1960, certains auteurs se mettent à douter, qui sur la nature féminine de Trotula, qui sur les ouvrages qui lui sont attribués.

En 1985, John Benton publie dans le Bulletin of History of Medecine (10) sa théorie selon laquelle les analyses grammaticales des versions les plus anciennes de Trotula major et minor prouvent que l'auteur est un homme. On peut s'interroger sur la valeur d'une telle analyse dans la mesure où le rédacteur du XII^e siècle précise bien qu'il écrit « à la demande d'une certaine dame » (10) et cite fréquemment Trotula. De plus pourquoi l'hypothétique auteur masculin de ce brillant traité de gynécologie aurait-il choisi l'anonymat ?

Le fait que De mulierum passionibus ante, in et post partum ait été rédigé par un homme, n'empêche pas qu'une femme en soit l'instigatrice et possède le savoir contenu dans l'ouvrage. Au Moyen-Âge, où seules les femmes sont admises lors de l'accouchement, on peut imaginer la difficulté pour un homme d'acquérir des connaissances nombreuses et précises en gynécologie. Le traité multiplie les précisions sur les divers cas rencontrés, sur les modes de présentation des enfants, sur la conduite à tenir tant pour les soins à donner à la parturiente qu'au nouveau-né et fait des recommandations pour le choix de la nourrice. Pour la première fois dans l'histoire, la périnéorrhaphie est décrite avec soin de même, que la méthode permettant d'éviter une déchirure du périnée :

« Il y a certaines femmes qui, du fait de la difficulté de l'accouchement subissent un déchirement des organes génitaux. Prends alors de la racine séchée de grande consoude, du cumin et de la cannelle. Réduis les en poudre et injecte-la dans la vulve et elle se consolidera. De même, certaines femmes subissent des complications en accouchant, par défaut d'assistance. Il en est en effet pour qui la vulve et l'anus deviennent un seul trou et un seul canal, par où leur sort la matrice qui se durcit. On leur vient en aide en la remplaçant ainsi : on applique sur la matrice du vin chaud, dans lequel on aura fait bouillir du beurre. On frotte avec précaution, jusqu'à ce que la matrice devienne molle et, alors on la replace doucement. Puis on coud la déchirure entre l'anus et la vulve en trois ou quatre points avec du fil de soie. [...] Pour éviter le péril susdit, il convient d'agir de cette manière avec grand soin pendant l'accouchement : qu'on prépare une étoffe en forme de balle oblongue et qu'on la place dans l'anus, de telle sorte que, à chaque effort pour expulser l'enfant, l'étoffe soit fermement pressée dans l'anus, et cela sans solution de continuité. » (7)

De telles connaissances n'ont pu être acquises qu'au contact de l'intimité des femmes comme l'explique Trotula dans le prologue du même *De mulierum passionibus ante, in et post partum* :

« Puisque donc les femmes sont par nature plus faibles que les hommes, par conséquent sont plus fréquentes chez elles les maladies, surtout dans les parties vouées à l'œuvre de la nature ; et comme ces parties se trouvent en des endroits secrets, les femmes, par pudeur et fragilité de condition, n'osent pas révéler à un médecin les angoisses causées par ces maladies. C'est pourquoi, émue de leurs malheurs et surtout à l'instigation d'une certaine matrone, j'ai commencé à examiner avec attention ces maladies qui frappent très souvent le sexe féminin. » (10)

Les abréviations Tt' ou Trott' du *De agretidinum curatione* (manuscrit de Wroclaw), ne sont pas précédées de la lettre M qui distingue les maîtres, professeurs à Salerne. John Benton y voit la preuve que Trotula n'étant pas une *magistra* ne peut-être l'auteur du brillant traité de gynécologie qu'on lui attribue. Il voit en elle une soignante dotée de vagues compétences médicales et s'appuie sur les arrêtés d'interdiction de l'étude de la médecine par les femmes prévalant à Paris et à Londres. Il semble omettre qu'à Salerne, ville italienne, la situation était tout autre, comme le rappelle J. Dall'Ava Santucci (10).

L'inventeur du manuscrit de Madrid, qui contient les publications faites dans le manuscrit de Wroclaw, a établi qu'entre le XI^e et le XIII^e siècle, les prénoms de Trotae, Troctae ou Trota sont extrêmement fréquents et qu'il faut considérer Trotula et ses abréviations comme un diminutif de Trota. Enfin, Trotula ne peut certes se targuer du titre de « magistra » mais, dans le *De mulierum passionibus ante, in et post partum*, elle est qualifiée, selon F. Bertini (7), de « quasi magistra » par le rédacteur, en reconnaissance de son savoir.

La notoriété de Trotula dépasse rapidement les limites de la langue latine, ses ouvrages sont traduits, entre le XIV^e et le XV^e siècle, en plusieurs langues vernaculaires comme l'irlandais, le français, l'allemand, le vieil et le moyen anglais, le flamand et le catalan. Le *Trotula major* est remanié en *De secretis mulierum* (Des secrets des femmes), le *De ornatu mulierum* conserve son titre original. On connaît actuellement une centaine de manuscrits datant du XIII^e siècle, reprenant ces deux œuvres.

C'est en 1544, à Strasbourg, qu'est publiée la première édition imprimée des écrits de Trotula. L'éditeur George Kraut, médecin à Haguenau, lui consacre les trente-cinq premières pages d'une compilation intitulée *Experimentarius medicinae*.

L'œuvre de Trotula est l'objet de nombreuses polémiques, qui trouvent leur source dans les remaniements successifs subits par ses manuscrits. Sa qualité de femme lui conférait la confiance du sexe dit faible, son appartenance à l'École de Salerne validait la pertinence de son raisonnement et de ses soins, il reste à entériner qu'une femme au Moyen-Âge ait pu être l'initiatrice d'un des traités de gynécologie les plus accomplis de cette époque.

5.1.2 Hildegarde de Bingen

Si les écrits de Trotula sont controversés, il n'en est rien des ouvrages attribués à Hildegarde de Bingen dite Ste-Hildegarde, bien que sa canonisation demeure contestée. Religieuse du XII^e siècle, elle serait née en 1092 ou 1098 selon les auteurs, dans la région rhénane et appartiendrait à la noble famille des Bermersheim. D'une fratrie nombreuse, elle se voit « offerte à Dieu » dans sa huitième année. Comme l'explique C. Joël (28), cette attitude était fréquente dans les familles nobles afin de ne pas dissocier les intérêts fonciers et ainsi diminuer la puissance de la lignée.

Hildegarde est confiée pour son éducation à Jutta de Spanheim, abbesse du couvent de Disibodenberg, qui lui apprend à lire le latin des psaumes. Au décès de Jutta en 1136, Hildegarde est élue abbesse par la congrégation. A l'âge de quarante trois ans, elle commence

à dicter ses œuvres à son secrétaire Volmar, moine de l'abbaye de Disibodenberg qui l'assistera jusqu'à son propre décès en 1173.

Dans l'intervalle, Hildegarde acquiert une grande renommée, qui rejaillit sur le monastère de Disibodenberg où elle attire les foules. Usant de tout son prestige et de l'appui de sa famille afin que les moines de Disibodenberg la laissent partir, elle fonde une nouvelle communauté à Bingen, sur le Rupertsberg (mont St-Rupert), vers 1147. La célébrité et le prestige gagnent Rupertsberg et Hildegarde en profite pour fonder vers 1165, un monastère affilié à Eibingen. Après le décès de Volmar, elle est assistée pendant quatre ans par un autre moine Godefroy, nommé par le pape. Guibert de Gembloux, moine wallon, la seconde enfin pendant les deux dernières années de sa vie. Hildegarde s'éteint le 17 septembre 1179 au couvent de Rupertsberg.

Le prestige d'Hildegarde de Bingen est indiscutable. Elle entretient une riche correspondance estimée à plus de trois cent lettres avec ses contemporains les plus fameux. Elle correspond entre autres avec St-Bernard en 1147, avec les empereurs Frédéric Barberousse et Conrad III, mais aussi avec les papes, les grands prélats et les seigneurs de son époque.

Le savant juif Benjamin de Tolède lui aurait rendu visite à Bingen et elle-même quitte fréquemment son couvent. Entre 1158 et 1161, elle voyage dans toute la région du Rhin afin de prononcer des sermons sur la réforme monastique et ecclésiale qui alimente les polémiques de l'époque. A soixante dix ans, elle entreprend un dernier voyage en Souabe, province de la future Allemagne, où elle visite de nombreuses cités et prêche dans les cathédrales.

Ses œuvres depuis leur origine sont l'objet d'un intérêt constant. Le milieu médical contemporain n'échappe pas à la règle. Dans le *Journal of American Medical Association* (48), en 1981, M. Shampo consacre un article à Hildegarde : « Très active comme médecin et infirmière (les deux rôles n'étaient pas aussi distincts qu'aujourd'hui), elle laisse des ouvrages très complets de biologie, physiologie et théologie. »(48)

A propos d'un de ses ouvrages intitulé *Physica*, J. Dall'Ava Santucci cite Reuss : « Tous ceux qui voudront écrire l'histoire des sciences médicales devront lire ce livre. » (10)

Les ouvrages scientifiques d'Hildegarde de Bingen, ne doivent pas occulter une part essentielle de sa personnalité. C'est une mystique, qui déclare avoir eu des visions dès l'âge de trois ans et jusqu'à la fin de sa vie. C'est par ses visions qu'elle explique l'origine de ses connaissances :

« Depuis mon enfance, avant que mes os, mes nerfs et mes veines se fussent affermis, jusqu'à ce temps où je suis plus que septuagénaire, je vois toujours en mon âme cette vision. Selon le bon plaisir de Dieu, mon âme tantôt monte dans les hauteurs du ciel et dans les diverses régions de l'air, tantôt se promène parmi les peuples différents quoiqu'ils habitent des régions lointaines, des lieux inconnus... Ces choses, je ne les entends pas de mes oreilles, je ne les perçois point par les pensées de mon cœur ni par l'action combinée de mes cinq sens, je les vois en mon âme, et les yeux de mon corps restent ouverts, car je n'ai jamais souffert la défaillance de l'extase, je les vois éveillée le jour et la nuit... La lumière que je vois n'est pas locale mais elle est infiniment plus brillante que la nuée qui enveloppe le soleil... Pour moi, cette lumière se nomme l'ombre de la lumière vivante. Comme le soleil, la lune et les étoiles se réfléchissent dans les eaux, ainsi les écrits, les discours, les vertus et certaines œuvres humaines revêtues de forme resplendissent pour moi dans cette lumière. Je garde longtemps la mémoire de tout ce que j'ai vu ou appris dans cette vision ; ainsi je me souviens en quel temps j'ai vu et entendu ; simultanément je vois, j'entends, je sais, et c'est en un instant que j'apprends ce que je sais. Ce que je ne vois pas en cette lumière, je l'ignore. » (28)

Hildegarde a écrit plusieurs ouvrages. Les trois principaux, hors du champ médical, sont le *Livre des métiers*, le *Livre des œuvres divines* qui est un récit de ses visions et le *Scivias*, littéralement : connais les voies. Le *Scivias*, constitue pour C. Joël (28), une véritable encyclopédie des connaissances du XII^e siècle dans des domaines comme l'art, la médecine, la musique ou la poésie.

Hildegarde a également composé : *Carmina* et *Liber divinorum operum*, deux œuvres destinées à être chantées. On lui attribue aussi une biographie de St-Disibod, moine irlandais, fondateur du monastère double de Disibodenberg.

Hildegarde rédige deux ouvrages en rapport avec la médecine. Le premier, *Physica aut liber simplicis medicinae* ou *Physica* ou *Livre des propriétés subtiles des natures des diverses créatures*, comprend cent trente feuillets. Il contient quelques réflexions sur la création, un exposé de cosmologie, un autre traitant de l'influence des astres sur les phénomènes météorologiques et on y trouve, selon M. Lipinska (33), tout ce que les règnes animal, minéral et végétal peuvent apporter à la médecine pratique.

De quatre vingt treize pages, *Causae curae aut liber compositae medicinae* ou *Causae et curae* ou encore *Des causes, signes et soins des maladies* est son second ouvrage médical. Les chapitres se succèdent sans ordre apparent. P. Monat (22) essaye de structurer l'ouvrage dans la traduction qu'il publie en 1997. Une première partie aborde toutes sortes de problèmes sans liens ni hiérarchie. Un autre chapitre plus théologique concerne l'analyse de l'homme, de son corps et de son âme et de sa place dans la nature. On passe ensuite à une étude de phénomènes physiques comme le brouillard, la mer, les vagues, le gel ou la rosée. Une partie purement médicale traite d'embryologie, de la génération, de la structure des corps, de psychologie et fini par aborder les différents organes avec les pathologies correspondantes et les remèdes qu'il convient d'employer.

Les maladies les plus diverses sont évoquées depuis les maladies féminines, la goutte, la fistule, l'ulcère, jusqu'à l'insomnie ou encore la stérilité masculine. La fin du livre explique comment les yeux, les urines, le pouls et les selles peuvent donner des indications sur les chances de survie d'un patient.

L'ouvrage paraît très désordonné dans les versions qui nous sont parvenues, peut-être constituait-il le brouillon d'une oeuvre future ? On peut également penser que les rééditions successives ont eu à souffrir des modifications apportées par les transcripteurs.

La personnalité mystique d'Hildegarde de Bingen et ses engagements religieux, transparaissent dans ses ouvrages médicaux. Dans *Causae et curae*, elle précise :

« Les remèdes indiqués pour les maladies mentionnées ont été révélés par Dieu. Ou bien, ils guériront le patient, ou bien celui-ci mourra, ou encore Dieu ne veut pas qu'il soit délivré. » (22)

Comme le précise M. Lipinska, il est intéressant de voir que chez Hildegarde, « le mysticisme n'a jamais nui à la science » (33), et ses réflexions vont l'amener à émettre des opinions très avancées pour son temps. Elle développe une notion largement acceptée de nos jours mais qui peut surprendre de la part d'une abbesse du XII^e siècle. Pour elle, l'âme et le corps de l'être humain sont indissociables, et doivent tous deux être pris en compte lors des soins.

Pour Hildegarde, il n'y a pas de maladie, mais des hommes malades intégrés dans un univers qui de même qu'il participe à leur malheur doit se mêler de leur guérison. Le corps et l'âme humaine doivent être traités dans leur globalité. L'homme peut trouver une part des éléments

de sa guérison dans l'exploitation de sa propre sagesse, par sa modération et sa maîtrise de lui-même. Le régime alimentaire prend une part importante dans le traitement car il permet à l'homme de préserver ou de retrouver son équilibre.

Pour R. Pernoud (42), le désir d'équilibre imprègne l'œuvre d'Hildegarde qui prête autant d'attention à l'homme et à ses maux corporels qu'à ses états d'âme. Elle développe une théorie sur ce qu'elle nomme la « viridité », sorte d'énergie vitale, mélange d'énergie physique et psychique, vivifiant la nature aussi bien que l'homme. La perte de cette « viridité » entraîne ce que nous identifions actuellement comme des affections psychosomatiques.

Hildegarde accorde également une grande importance à la « mélancolie », d'autant plus cruciale qu'elle sape la « viridité ». La « mélancolie » provient d'une mauvaise évacuation de la bile noire, laquelle engendre des humeurs mauvaises responsables des troubles du métabolisme et de la dépression. Au-delà de cette notion de bile noire, héritée de la théorie hippocratique des humeurs, Hildegarde avait des vues justes sur le rôle du foie et les conséquences de ses dysfonctionnements. Elle préconisait un régime alimentaire pour palier ses dérèglements.

Les idées de la religieuse rhénane sont novatrices sur bien d'autres points, pour elle, les maladies mentales sont probablement dues à des phénomènes physiques et non à des possessions démoniaques.

Elle fait du cerveau le centre régulateur de la vie, en un temps où l'on ignorait tout de son rôle. Elle parle de l'influence des nerfs et de la moelle sur les phénomènes vitaux et sur le sommeil. La fatigue est due selon elle à une hypertension des nerfs et des veines. Elle considère l'air comme un aliment et envisage l'auto-intoxication dans sa théorie des humeurs expliquant : « les humeurs peuvent se décomposer dans l'organisme et provoquer ainsi des maladies » (42). De surcroît, elle pressent la circulation sanguine et la gravitation universelle.

Hildegarde de Bingen est avant tout une grande observatrice. Reuss, préfaçant une des éditions de ses ouvrages déclare :

« Cette vierge, initiée à tout ce que connaissait son époque des secrets de la nature, examine et scrute, jusque dans leur essence la plus intime, tout ce qui était alors plongé dans les ténèbres. » (10)

Ses talents d'analyse et de déduction l'ont conduite à élaborer des théories qui trouvent un écho près de sept cents ans après son décès.

De l'avis de M. Lipinska (33), Hildegarde de Bingen est considérée à bon droit comme la fondatrice des sciences naturelles et de la psychothérapie en Allemagne. Elle est également une des principales actrices du développement de la médecine conventuelle.

5.2 Les femmes et la médecine en Italie

5.2.1 L'exception italienne

A la fin du Moyen-Âge, l'Italie compte des femmes médecins reconnues exerçant la médecine, la chirurgie, l'ophtalmologie ou encore la gynécologie alors que dans le reste de l'Europe, les femmes sont peu à peu exclues de ces professions. En effet à compter de la création et de l'organisation des universités au XIII^e siècle, la formation universitaire est le passage obligé pour exercer librement. Qu'en est-il du particularisme transalpin ?

En premier lieu, les femmes ne sont pas exclues des écoles de médecine ni des universités et pourtant elles ne profitent que rarement des possibilités offertes. L. Münster le relève : « pendant trois ou quatre siècles, nous ne retrouvons dans les registres universitaires aucune mention d'une inscription d'une femme aspirant au titre de *artium et medicinae doctrix.* » (36) Les raisons de cette défection sont diverses.

Dans leur grande majorité, les femmes ne possèdent pas un niveau d'instruction permettant de fréquenter une école pré-universitaire et encore moins l'université. Les centres universitaires sont rares et souvent éloignés des candidates à l'étude qui ne peuvent envisager de s'établir dans une autre localité sans y être accueillies par une famille parente ou par un couvent pouvant assurer leur entretien et leur protection. Ces mêmes raisons sont autant d'obstacles à l'intégration d'une école de médecine ou au suivi de cours privés chez un maître.

L'unique solution qui s'offre à la future praticienne est de suivre l'enseignement d'un proche parent disposé à enseigner à une femme et à la préparer aux examens autorisant une pratique publique.

Après l'obtention de la licence d'exercice, elle peut pratiquer comme ses collègues masculins de formation universitaire qui ont dû eux-mêmes satisfaire à l'examen d'attribution de la

licence. Les titres universitaires attestent de la formation, ils ne donnent pas directement le droit d'exercer.

Le plus souvent ces femmes médecins sont des épouses, des filles ou des sœurs de médecins renommés à qui « il était souvent utile d'avoir dans leur famille une femme médecin » (36). Cette fonctionnalité à différentes raisons d'être : l'absence de descendance mâle à qui transmettre la clientèle, le désir de garder comme secrets de famille des procédés thérapeutiques, la nécessité d'une aide dans les domaines de la gynécologie ou de l'obstétrique, là où les femmes répugnent à être prises en charge par un homme.

Dans toutes ces situations, le pater familias enseigne volontiers les connaissances nécessaires à l'obtention d'une *licencia practicandi* encore appelée *privilegium* ou *approbatio*. De l'acquisition de cette licence d'exercice découle, en dehors de tout grade universitaire, l'appartenance à la corporation des médecins. A l'intérieur de ce groupe existe une hiérarchie professionnelle non codifiée, dépendant du type d'examen subi ou de la mention accompagnant la licence.

La licence la plus cotée, la seule qui autorise à se prévaloir du titre de *magister* ou de *magistra*, s'obtient après épreuve devant le Collège des médecins de la Faculté et correspond à un véritable examen universitaire où ne sont normalement admis que ceux qui ont suivi l'enseignement de la faculté.

Selon la région italienne où l'on se trouve le mode d'obtention et le type de licence d'exercice peut varier, comme l'explique L. Münster (36). Dans le royaume de Naples et de Sicile, après avoir démontré sa fidélité au souverain, le candidat passe un examen devant une commission présidée par le médecin du roi. S'il réussit l'épreuve, la licence est délivrée après que le candidat ait prononcé un serment solennel d'allégeance devant un représentant de la justice royale. Selon les cas la licence est valable pour tout le royaume ou pour une ville seulement.

D'autres licences peuvent s'obtenir sans examen préalable, il suffit que le requérant produise un acte notarié certifiant qu'il a obtenu des succès thérapeutiques. Le plus souvent ce type de licence n'est valable que dans la ville d'obtention, mais si les capacités du praticien le justifient, on l'élargit à de plus vastes zones territoriales. Enfin dans certaines villes on autorise par privilège des parentes de médecins ne pouvant assurer leur activité, à travailler à leur place, sans demander beaucoup plus d'assurances sur leurs capacités

Au Moyen-Âge la législation italienne favorise donc l'exercice des femmes. C'est à partir du milieu du XV^e siècle que la situation leur devient moins favorable. Les universités se développent et le nombre de praticiens de formation universitaire s'accroît. Désormais, ils sont recrutés en priorité par les villes et les notables et, ils forment les jurys chargés de délivrer les licences d'exercice qui ne sont plus octroyées qu'aux étudiants ayant suivi les cours des facultés. Les femmes ne vont désormais plus pouvoir obtenir de licence et la Renaissance verra leur retour aux statuts d'empiriques et de guérisseuses.

5.2.2 Des praticiennes italiennes

Nombreuses sont les praticiennes italiennes dont la renommée nous est parvenue (cf. Annexe n°3). Parmi elles, C. Joël (28) cite quatre auteurs de traités de médecine.

Mercuriade, membre de l'Ecole de Salerne, pratiquait la chirurgie et la médecine. Elle produisit quatre ouvrages : *De febre pestilenti* (De la peste), *De curation vulnarum* (Du soin des blessures), *De crisibus* (Des crises) et *De unguentis* (Des onguents). On ne possède pas d'éléments biographiques sur cette femme qui aurait vécu au XII^e ou au XIII^e siècle.

Abella, professa la médecine à Salerne pendant la deuxième moitié du XIV^e siècle. Elle est l'auteur de deux traités rédigés en vers : *De atra bile* (De la bile noire) et *De natura seminis homini* (De la nature de la semence humaine).

Rebecca Guarna, vécut au début du XV^e siècle. Elle est issue de la famille de l'archevêque et médecin Romualdus Guarna. Enseignante à Salerne, on lui attribue trois ouvrages : *De febribus* (Des fièvres), *De embryone* (De l'embryon), *De urinis* (Des urines).

A la même époque, Costenza Calenda, fille de Salvatore Calenda doyen de la faculté de médecine de Salerne puis de celle de Naples, aurait obtenu les honneurs du doctorat médical à Naples. Elle laisse plusieurs ouvrages scientifiques dont : *De crisibus* (Des crises), *De febre pestilencia* (De la peste), *De unguentis* (Des onguents) et *De curation* (Du soin des blessures).

Ces quatre femmes font partie avec Trotula des « *mulierum salernitum* », elles en sont les éléments les plus brillants.

Salerne faisait partie du royaume de Naples et de Sicile qui s'étendait sur toute l'Italie méridionale. Toutes les femmes médecins, à l'exception de Trotula, y étaient en possession d'une licence délivrée au nom du souverain à qui elles avaient juré fidélité. La majorité des licences délivrées concernaient la chirurgie, comme celle qui fût attribuée le 10 septembre

1321 à Francesca, femme de Mathieu de Romagna de Salerne. Elle avait reçu un certificat de la faculté de Salerne attestant qu'elle possédait de solides connaissances en chirurgie. Ainsi recommandée, elle se présenta avec succès à un examen devant une commission de médecins et de chirurgiens désignés par le duc de Calabre. On lui délivra alors la licence, rédigée en ces termes :

« Comme pourtant la loi permet aux femmes d'exercer l'emploi des médecins et qu'en outre, vu les égards à l'honnêteté des mœurs les femmes se prêtent mieux au traitement des femmes malades, après avoir reçu le serment de la fidélité nous lui permettons... »(34)

Cette licence est conservée dans le registre angevin des *Archives Royales Napolitaines* (Reg 1321-1322, Lettre A, n°24, feuille 255).

Venturella Cisinato, Maria Incarnata, la bénéventine Sibilla d'Afflito, Mobilia Scarpa ou encore Dona Cusina exercèrent aussi dans le royaume de Naples et de Sicile. Elles obtinrent toutes leur licence de chirurgie après un examen devant l'autorité royale. Les cas de Donna Bella en 1414 et de Tomasia Castro Isaiæ sont particuliers. Elles décrochèrent leur licence par faveur de la reine Bianca, sans avoir satisfait à un examen. Au XIV^e siècle, on rencontre également deux omnipraticiennes célèbres, Raimonda di Taverna et Viridimura qui obtinrent respectivement leur licence de médecine en 1345 et en 1376. (cf. annexe n°3)

Quelle est la situation dans le reste de l'Italie ? L. Münster (36), recense des femmes médecins en Italie centrale, mais elles sont des cas isolés dans des villes comme Pise, Pérouse ou Sienne et on compte beaucoup plus de guérisseuses que de praticiennes licenciées. En revanche à Florence durant la deuxième moitié du XIV^e siècle, on dénombre une quarantaine de femmes médecins inscrites au matricule des médecins et pharmaciens. Dans ce « *matricola* », toutes les praticiennes sont des épouses de médecins, qui exercent légalement avec une patente obtenue administrativement et ne sont pas licenciées. Toujours en Italie centrale, Bologne abrite deux femmes médecins célèbres.

Alessandra Gilliani se singularise par rapport à ses collègues féminines en se vouant exclusivement à l'anatomie. Elle est la collaboratrice du grand anatomiste Mondino de Luzzi. Ensemble, ils disséquent illégalement des cadavres dérobés aux cimetières. La publication de l'*Anatomia Mondini* de Luzzi fait d'abord grand scandale puis déchaîne l'enthousiasme des étudiants, amenant l'université de Bologne à autoriser et à organiser des dissections

publiques. J. Dall'Ava Santucci (10) décrit ces séances où l'aristocratie bolognaise se presse aux côtés des étudiants. Alessandra dissèque, tandis que Mondini commente son travail, un livre d'Aristote à la main. Le succès est tel qu'on autorise un temps les dissections dans d'autres universités telles Padoue, Paris ou Montpellier.

L'autorité papale met rapidement fin à cet élan, renvoyant ainsi les dissections à la clandestinité pour deux siècles encore. Alessandra mourut le 26 mars 1326, peu après son maître.

Dorothea Bocchi est la fille de Jean Bocchi titulaire de la chaire de médecine pratique de l'université de Bologne. Elle lui succède en 1436 et enseigne également la philosophie, comme en témoigne Hilarion de Coste cité par C. Joël :

« Dès son bas âge, ayant été nourrie de belles lettres, elle en fit tel profit, qu'elle s'acquitt et mérita les marques et insignes du doctorat, et peu après, en l'an de grâce 1436, elle eut une chaire en la même université, où elle enseigna plusieurs années avec beaucoup d'honneur et de réputation. On accourait de tous côtés de la ville de Bologne et des pays étrangers pour ouïr et admirer une femme faisant leçon à quantité d'hommes et leur enseignant la philosophie. » (28)

Enfin au nord de l'Italie, dans la République de Venise, les praticiennes sont nombreuses au XIV^e siècle. Le plus souvent, il s'agit de veuves ou de filles de médecins, autorisées par privilège spécial, *per grazia*, à exercer dans des spécialités où elles ont déjà prouvé leur valeur. La patente *per grazia* correspondant à la légalisation d'une activité préexistante. Ainsi Draga, d'origine slave, est-elle autorisée à exercer en raison de : « ses brillants succès et de sa grande expérience dans les cas de podagre (goutte) et de maladies oculaires. » (36). Le champ d'activité était strictement défini au moment de l'attribution de la licence.

5.3 Des femmes médecins dans les îles britanniques

5.3.1 Le contexte britannique

En Angleterre, la situation est moins favorable aux femmes qu'en Italie. Relativement bien admises au sein du groupe des chirurgiens-barbiers, elles vont être progressivement exclues de la pratique de la médecine.

Les premières organisations de chirurgiens-barbiers au XIV^e siècle, assument la présence des femmes. L. Wyman (59) nous explique qu'elles sont admises comme les hommes à entrer en apprentissage chez un chirurgien et ce, qu'elles fassent ou non partie de sa famille. Paradoxalement, si elles sont autorisées à apprendre et donc à pratiquer l'art chirurgical, elles ne peuvent faire partie de la corporation.

Elles sont soumises au même contrôle que leurs collègues masculins. Ainsi, en 1389, quatre maîtres chirurgiens plaident devant le maire et le conseiller municipal de Londres pour que soit maintenue « une stricte surveillance de tous ceux, femmes et hommes qui se mêlent de soigner ou qui usent de l'art chirurgical. » (59)

En Irlande, la guilde de Ste-Mary de Magdalene est créée à Dublin en 1446 pour la promotion et l'exercice de la chirurgie. Elle se compose « d'hommes et de femmes, liés comme frères et sœurs au sein de la guilde » (59). Si l'exercice féminin est possible pour la chirurgie, il n'en va pas de même pour la médecine.

Initialement, les femmes pouvaient exercer librement la médecine, Edgar, Roi d'Angleterre couronné en 973 ayant établi dans ses lois ecclésiastiques que : « *Possunt et vir et femine medici esse* » (l'homme et la femme peuvent être médecin) (59).

Comme en France, le changement va venir des universités. Dès le XIII^e siècle, Cambridge et Oxford ferment leurs portes aux femmes.

M. Chamberlain (8) détaille la progression de la législation.

En 1421, les universités présentent une requête devant le Parlement afin que les lords du Conseil privé du Roi soient investis de l'autorité nécessaire à l'établissement de règles qui réserveraient le droit d'exercice aux seuls docteurs en médecine. Pour eux, quiconque pratiquerait la médecine sans avoir suivi l'enseignement d'une école reconnue, encourerait

une peine d'emprisonnement et une amende. Quant aux femmes, elles seraient purement exclues du milieu médical : « *No women use the practice of Physik* » (8) (nulle femme ne peut exercer la médecine).

Cette requête des universités n'aboutit pas, car le pouvoir royal ne possède pas les moyens de la faire appliquer.

Cependant les médecins universitaires n'abandonnent pas leurs prérogatives et en 1512, obtiennent que l'Eglise entérine un acte précisant que « personne n'est autorisé à pratiquer la médecine ou la chirurgie à moins d'être diplômé d'Oxford ou de Cambridge ou agréé par l'évêque du diocèse » (8). Les femmes étant exclues des universités elles ne sont pas autorisées à exercer légalement. A la différence de l'Etat, l'Eglise possède les moyens de faire respecter cet acte. Les chefs d'accusation de magie et de sorcellerie, correspondent à une pratique médicale illicite et tombent sous le coup de la Loi Canonique.

Malgré tout, la pratique des empiriques demeure. En 1542, l'acte de 1512 est assoupli en exemptant des peines initialement prévues les personnes ne percevant pas d'honoraires en échange de leurs soins. Cette tolérance concerne « diverses personnes honnêtes, hommes ou femmes, que Dieu avait doué de la connaissance...de certaines herbes, racines et eaux. » (8).

Entre légalité et tolérance des femmes exercent la médecine et la chirurgie.

5.3.2 Des praticiennes britanniques

M. Chamberlain (8) resitue le monde féodal dans lequel les nobles Dames se doivent d'offrir leurs soins aux plus démunis.

Lady Falkland est célébrée pour ses « antidotes contre l'infection et pour ses cordiaux ainsi que pour d'autres médecines dont ses voisins n'aurait pu se permettre l'achat ». (8)

Lady Elisabeth Bedell, de son côté, « était experte en chirurgie ; elle pratiquait gratuitement au profit de quiconque s'adressait à elle, riche ou pauvre ». (8)

Les religieuses sont également actives. E. Gordon rapporte le témoignage de Marie de France, poétesse, qui écrit à propos de sa parente, abbesse de Shaftesbury dans le Dorset à la fin du XII^e siècle : « Pendant plus de trente ans, ma tante a étudié l'art de la médecine et elle sait les vertus secrètes de beaucoup de racines et d'herbes. » (19)

Une autre abbesse, Euphemia exerce la médecine pendant quarante années à Wherell où elle décède en 1257.

E. J. Kealey (30) place Matilda comme la première *medica* connue en Angleterre. Elle vivait au XII^e siècle dans le comté de Hereford. Son nom a subsisté grâce aux chartes du

prieuré de Leominster, où sont également mentionnés son frère John et sa sœur Solicita, épouse de William of Ford. Tous trois étaient médecins et sont inscrits dans l'histoire parce que John *medicus* dota le prieuré de terres situées dans le village de Ford. Matilda *medica* et Solicita *medica* confirmèrent cet octroi dans une charte. Les donations successives faites par cette famille furent toutes enregistrées avant 1203.

E. J. Kealey nous rapporte également l'existence de Katherine, une chirurgienne qui exerçait à Londres vers 1286. Son père Thomas décédé en 1272 et son frère William décédé en 1288 étaient également chirurgiens.

Citons Agnès de Stransbourg *medica* réputée habile praticienne, qui exerçait dans la deuxième moitié du XIII^e siècle dans le comté de Huntington. L'abbaye de Thorney la rétribuait à hauteur de deux shillings par an pour ses services.

En 1408, les rôles de l'infirmierie de l'abbaye de Westminster font état des activités de Johanna, *mulier fisicus*, qui y soigna plusieurs moines.

Joan, femme de William of Lee, adressa entre 1404 et 1408 plusieurs requêtes au roi Henri IV, afin qu'il l'autorise à exercer librement la médecine. Il s'agit pour elle d'une question de survie, puisque son époux qui lui avait enseigné l'art médical, avait trouvé la mort lors de l'invasion de Walles en 1400 par ce même Henri IV.

5.4 Des femmes médecins en Allemagne

5.4.1 Le contexte allemand

La tradition germanique, comme l'explique M. Lipinska (33), veut que la femme soit considérée comme égale à l'homme. Elle est respectée et consultée dans les affaires importantes.

De l'époque des grandes batailles où les femmes suivent les combattants pour soigner les blessés et de celle de la chevalerie où les Dames offrent leurs services, vient une tradition de soins dispensés par les femmes. Dans les provinces germaniques, le savoir médical et les structures de soins sont essentiellement contrôlés par les ecclésiastiques (hommes et femmes). La médecine laïque existe bien sûr, mais elle est principalement le fait de praticiens juifs.

5.4.2 Des praticiennes allemandes

Francfort sur le Main est la ville où l'on compte le plus de femmes médecins selon C. Joël (28). Entre 1389 et 1497, les archives de la ville mentionnent quinze praticiennes, juives pour la plupart.

En 1394 figure la fille de feu Hans der Wolff, chirurgien-médecin de la ville de 1381 à 1393. Elle a été engagée à deux reprises par la municipalité pour soigner des soldats blessés au service de la ville.

En 1498, on trouve Serlin, une oculiste juive. De 1492 à 1499, on y parle d'une femme médecin juive, étrangère à la ville, très appréciée, qui se voit octroyer le privilège d'une diminution de son impôt de nuit mais à qui on refuse la permission de demeurer hors du quartier juif. L'impôt de nuit correspond à la somme payée par chaque juif étranger à une cité pour chaque jour où il y demeure.

Les praticiennes ne sont pas seulement présentes à Francfort.

Sarah une médecinne, obtient le deux mai 1419, de Jean II évêque de Würzburg, l'autorisation d'exercer dans son évêché contre un impôt annuel de dix florins. L'impôt que doivent payer tous les Juifs allemands à Noël est pour elle réduit à deux florins.

A Mayence, on trouve en 1288 la trace d'une *medica* dont l'identité ne nous est pas parvenue. Dans la même ville Demud, une autre *medica* exerce en 1407.

5.5 La communauté juive

Les Juifs apparaissent dans l'histoire médicale à partir du sud de l'Europe. Ils transmettent aux chrétiens la médecine grecque d'abord à Tolède puis dans le reste de l'Europe. Selon J. C. Sournia (51), ils participent activement au développement de l'enseignement médical en jouant un rôle dans la fondation de l'Ecole de Salerne, mais aussi d'autres écoles en Italie et dans le sud de la France à Avignon et à Montpellier où ils collaborent à la création de l'université.

Tout au long du Moyen-Âge ils font l'objet de nombreuses persécutions, sont expulsés d'Espagne en 613 puis en 1492, de Gaule mérovingienne en 629, d'Angleterre en 1290, de France en 1394. Une fois les tensions apaisées, ils reviennent là où l'on a besoin d'eux. Seuls

L'Italie et le domaine des papes en Avignon se montrent plus tolérants vis à vis des fils d'Abraham.

Chez les Juifs la médecine est enseignée dans les écoles hébraïques mais aussi par apprentissage chez un maître qui conduit son élève au lit du malade. Les Juifs sont exclus des universités. Au XIII^e siècle, une ordonnance de la faculté de Paris précise qu'est « interdit l'exercice de la médecine aux Juifs et aux femmes juives » (10).

Comme leurs coreligionnaires, ces praticiennes sont touchées par les taxes des états et les discriminations de l'Eglise interdisant aux Juifs de soigner des chrétiens. Cette recommandation n'est pas suivie d'effet, les grands personnages comme les plus humbles font appel à leur compétence. Pour R. Barkaï (5), il ressort que les praticiens juifs, femmes ou hommes traitent tous les patients.

Une seule réticence, issue de la tradition juive, concerne les femmes enceintes ou en train d'accoucher. Pour elles les soins ne sont tolérés qu'à la condition qu'ils soient rémunérés. Cet aménagement permet de ne pas augmenter l'hostilité des *goyim* contre la communauté juive.

Pour P. Gilli, les femmes juives ont « pu accéder aux connaissances médicales nécessaires à la gynécologie et à l'obstétrique, où certaines interventions étaient de préférence réservées à des mains féminines » (17).

Réduire le champ médical des praticiennes juives à la gynécologie et l'obstétrique est oublier bien vite toutes celles qui exercèrent comme *medica*, chirurgienne et oculiste mais, il est intéressant de constater qu'au lieu de limiter leur pratique on leur confie plutôt l'exclusivité de certains gestes.

Dans les traités juifs de gynécologie, les traitements conseillés pour les diverses affections de la femme sont rédigés au masculin sauf pour tous ceux qui nécessitent la palpation du sexe. Les textes médicaux accordent une place de choix aux soins donnés par les femmes, leur expérience ajoutant une connaissance pratique considérable au savoir théorique.

L'enseignement médical peut parfois être réservé aux femmes comme le *Sefer ha-toledet* ou *Livre de la génération* (17). Inspiré d'un traité grec, sa traduction en hébreu constitue un manuel de médecine pratique. Les informations techniques y sont transmises par un jeu de questions d'une fille Dinah à son père Jacob, méthode pédagogique souvent utilisée par les rédacteurs juifs médiévaux.

Les praticiennes juives sont très nombreuses au Moyen-Âge, nous avons déjà envisagé la situation à Francfort sur le Main.

En Provence, Manosque abrite une communauté juive qui représente cinq pour cent de la population entre 1262 et 1348. On dénombre dans la ville quarante et un praticiens, dont la moitié environ sont juifs. Sur l'ensemble on compte trois femmes dont : Fava et Mayrona juives et chirurgiennes. Mayrona, en plus de son activité médicale pratique l'usure. Ces chiffres proviennent de l'exploitation des *Documents de Manosque* par E. Shatzmiller (49).

Une des praticiennes juives les plus connues est Sarah de St Gilles qui avait Salves de Burgonovo pour apprenti. Sarre la *mirgesse* vivait à Paris en 1292, rue de la Tacherie et était l'épouse de Vivant de Miauz.

Des femmes exercent donc la médecine et la chirurgie dans toute l'Europe occidentale durant le Moyen-Âge. Selon les pays et les époques leurs statuts évoluent mais, la règle quasi générale veut qu'elles soient rejetées par leurs confrères à partir du XIII^e siècle et surtout au XIV^e siècle. Seule l'Italie ne connaît pas cette politique d'exclusion.

Au Moyen-Âge, les femmes assument une fonction de soin dans le cadre domestique. Certaines étendent leur compétence à la sphère publique. Ainsi les dames de noble extraction prodiguent leurs soins à leurs invités et font preuve de charité envers les plus démunis. De leur côté, les religieuses remplissent leur devoir de miséricorde envers leur prochain. Parmi elles, des érudites s'attachent à délivrer des traitements qualifiés, assurant ainsi le développement durable de la médecine conventuelle. Au sein des villes comme en milieu rural, des femmes remédient avec une aptitude remarquable aux problèmes de santé de ceux qui font appel à leur savoir-faire.

Au-delà de ces pratiques dictées par la coutume, la générosité ou le devoir, de nombreuses femmes s'appliquent à exercer professionnellement la médecine.

L'acquisition des connaissances et des moyens de pratiquer relève de deux possibilités. L'une consiste à intégrer une école, l'autre à entrer en apprentissage. Seules les Italiennes ont pu réellement intégrer les écoles de médecine et accéder au niveau universitaire. Dans la majorité des cas, les femmes apprennent la médecine par apprentissage soit auprès d'un maître auquel elles sont liées par contrat, soit auprès d'un parent. La formation par l'apprentissage n'entraîne en rien une qualification moins élevée en regard de celle obtenue par la fréquentation des écoles ou des universités, d'autant que ces dernières ne dispensent longtemps qu'un savoir théorique. Nombre de praticiens masculins sont formés de la même manière car les écoles et les universités sont peu accessibles de par leur nombre, leur situation géographique, le coût des études et l'obligation de célibat souvent faite aux étudiants.

En ce qui concerne la chirurgie et la barberie, tout au long du Moyen-Âge, l'enseignement se fait essentiellement par l'apprentissage, pour les hommes comme pour les femmes. Des cours magistraux vont venir compléter la transmission des connaissances à la fin de l'époque médiévale, lorsque les chirurgiens organiseront une formation théorique au sein de leur corporation.

Jusqu'au XIII^e siècle, les femmes médecins et les chirurgiennes vont exercer aux côtés des hommes, en dépit des tentatives de restriction émanant de l'Eglise ou résultant du corporatisme. Elles sont soumises au même contrôle des autorités et passent les mêmes examens afin d'obtenir des licences d'exercice. Comme leurs confrères masculins, elles peuvent être des praticiennes renommées attachées à la maison d'illustres personnages. Elles sont aussi employées au service des villes, des monastères, des hospices et des armées et peuvent également répondre aux besoins d'une clientèle privée.

C'est l'avènement et la montée en puissance des universités à partir du XIII^e siècle qui vont sonner le glas de la pratique médicale des femmes.

Dans un premier temps, les universités vont s'attacher à interdire leur accès aux femmes, hormis en Italie. Elles les privent ainsi d'une formation qui sera bientôt la seule officiellement reconnue. Au fur et à mesure de l'accroissement du pouvoir politique des universités, le nombre des poursuites à l'encontre des empiriques, hommes et femmes, augmente. On peut légitimement penser qu'une certaine misogynie est intervenue pour chasser les femmes du corps médical avec plus de hâte et de virulence que pour les empiriques masculins. Cette attitude s'appuie sur une conception théorique de la femme qui fait d'elle un être inférieur et un émissaire de Satan et relève d'une protection contre la concurrence professionnelle non négligeable que font les praticiennes à leurs confrères. La clientèle féminine constitue un terrain particulier de rivalité puisque, entre femmes, il est plus aisé de recueillir les confidences et d'offrir des soins sans heurter la pudeur.

Si les chirurgiens et les barbiers ont longtemps une attitude plus tolérante envers leurs consœurs, à la fin du Moyen-Âge, ils vont eux aussi prendre des mesures protectionnistes à l'encontre de celles qu'ils considèrent désormais comme des concurrentes.

En France, la fin du Moyen-Âge sonne le glas d'une pratique publique de la médecine pour les femmes. Une période de résistance de six siècles s'ouvre durant laquelle elles vont continuer à apprendre la médecine, à la pratiquer et à l'enrichir de leurs découvertes. Elles usent au besoin des subterfuges d'un costume ou d'une fausse identité pour soumettre leurs écrits à l'approbation du monde médical. Elles bénéficient parfois de l'aide et de la complicité magnanime de praticiens masculins. Il faudra attendre le dernier quart du XIX^e siècle pour assister à leur entrée à l'université et ce n'est qu'au XX^e siècle qu'elles vont réellement conquérir la liberté d'apprendre et l'égalité devant les examens et concours.

Nul doute que les praticiennes du Moyen-Âge rejetées par les médecins universitaires n'auraient pu imaginer pareille féminisation du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDRE-BIDON Danièle, LEFT Didier

Les enfants au Moyen-Âge, V-XV^e siècles.

Paris : Hachette, 1998, 280p. (La vie quotidienne)

2. ALEXANDRE-BIDON Danièle, RICHE Pierre

L'enfance au Moyen-Âge.

Paris : Seuil et Bibliothèque nationale de France, 1994, pp 108-132, 220p.

3. ALEZAIS H.

Les anciens chirurgiens et barbiers de Marseille.

Paris : Felix Alcan, 1901, pp 25-27, 214p.

4. ANCELET-HUSTACHE J., AUBRUN C-V., HIGOUNET A. et al

Sous la direction de GRIMAL Pierre.

Histoire mondiale de la femme : l'Occident des celtes à la renaissance.

Paris : Nouvelle librairie de France, 1966, 504p.

5. BARKAI Ron

Les infortunes de Dinah ou la gynécologie juive au Moyen-Âge.

Paris : Editions du cerf, 1991, pp 83-104, 300p.

6. BARTHELEMY L.

Les médecins à Marseille avant et pendant le Moyen-Âge.

Discours de réception à l'Académie de Marseille.

Marseille, 1883, 37p.

7. BERTINI Ferruccio, FUMAGALI BEONIO BROCCHIERI Mariateresa

La vie quotidienne des femmes au Moyen-Âge.

Traduit de l'italien par DALARUN MITROVITSA Catherine et DALARUN Jacques.

Paris : Hachette, 1991, 290p.

8. CHAMBERLAIN Mary

Traduit par Rollinat C. et Couturiau P.

Histoire des guérisseuses : médecine et traditions populaires.

Nancy : Librairie Lorraine, 1983, pp 45-78, 221p.

9. CLIN M-V., PELLERIN D., PERNOUD R.

Sous la direction de CREMER Georges-Alfred.

Le corps blessé : quatre siècles de chirurgie.

Paris : La compagnie d'Hauteville, 1996, pp 22-23, 189p.

10. DALL'AVA-SANTUCCI Josette

Des sorcières aux mandarines : histoire des femmes médecins.

Paris : Calmann-Levy, 1989, pp 9-54, 266p.

11. DUBY Georges, PERROT Michelle

Histoire des femmes en occident-Le Moyen-Âge.

Paris : Plon, 1991, pp 310-314, 567p.

12. DUHAMEL Pierre

Histoire des médecins français.

Paris : Plon, 1993, 393p.

13. DULIEU Louis

La chirurgie et les chirurgiens-barbiers à Montpellier au Moyen-Âge.

Languedoc medical, 1965, 2, pp 3-26.

14.DUMAS Geneviève

Les femmes et les pratiques de santé dans le « Registre des plaidoiries du Parlement de Paris, 1364-1427 ».

Bulletin canadien d'histoire de la médecine, 1996, 13, 1, pp 3-27.

15.DUPONT Michel

Dictionnaire historique des médecins dans et hors de la médecine.

Paris : Larousse, 1999, 628p.

16.DUPOUY Edmond

Le Moyen-Âge Médical : les médecins au Moyen-Âge.

Paris : Librairie Meurillon, 1888, pp 11-31, 267p.

17.GILLI Patrick

Former, enseigner, éduquer dans l'Occident médiéval (1100-1450).

Paris : Sedes, 1999, 1, pp 207-212, 287p.

18.GONZALES Jacques

Initiation à l'histoire de la médecine, comprendre pour mieux apprendre.

Thoiry : Heures de France, 1997, 192p.

19.GORDON Elise

Some women practitioners of past centuries.

Practitioner, 1972, 208, 1246, pp 561-567.

20.GRMEK Mirko D.

Histoire de la pensée médicale en Occident.

Tome 1 : Antiquité et Moyen-Âge.

Paris : Seuil, 1995, 384p.

21.HACQUIN François

Histoire de l'art des accouchements en Lorraine des temps anciens aux nouveaux.

Nancy : Librairie Lorraine, 1979, pp 26-27, 284p.

22.HILDEGARDE de BINGEN

Traduit par MONAT Pierre.

Les causes et les remèdes.

Grenoble : Jérôme Millon, 1997, 283p.

23.IMBAULT-HUART Marie José

Introduction à la médecine du Moyen-Âge.

Colloque International d'Histoire de la Médecine Médiévale, 4 et 5 mai 1985.

Société Orléanaise d'Histoire de la Médecine.

Orléans : Centre Jeanne d'Arc 1985, pp 4-28.

24.JACQUART Danielle

Le milieu médical en France du XII^e au XV^e siècle.

Deuxième supplément au dictionnaire d'E. WICKERSHEIMER.

Genève : Librairie Droz, 1981, 487p.

25.JACQUART Danielle

La médecine médiévale dans le cadre parisien.

Paris : Fayard, 1998, pp 301-310, 587p.

26.JACQUART Danielle, KEIL Gundolf et al

Sous la direction de CALLEBAT Louis.

Histoire du médecin.

Paris : Flammarion, 1999, 319p.

27.JACQUES Paul

Culture et vie intellectuel dans l'Occident médiéval.

Paris : Armand Collin, 1999, pp 91-128, 240p.

28.JOEL Constance

Les filles d'Esculape : les femmes à la conquête du pouvoir médical.

Paris : Robert Laffont, 1988, pp 27-47, 234p.

29.KAESTE-SIDLER Régine

Histoire de l'accession de la femme à la profession médicale.

Th D : Médecine : Strasbourg : 1991 ; 1626.

30.KEALEY Edward J.

England's earliest women doctors.

Journal of history of medicine and allied sciences, 1985, 40, 4, pp 473-477.

31.KHOURI Robert

Les médeciennes.

Société libanaise d'histoire de la médecine, 1994, 4, pp 85-87.

32.LAURENT Sylvie

Naître au Moyen-Âge. De la conception à la naissance : la grossesse et l'accouchement
(du XII^e au XV^e siècle)

Paris : Le léopard d'or, 1989, p4, 255p.

33.LIPINSKA Mélina

Histoire des femmes médecins.

Th D : Médecine : Paris : 1900 ; 613.

34.LIPINSKA Mélina

Les femmes et les progrès des sciences médicales.

Paris : Masson, 1930, pp 27-48, 235p.

35.MARTIN Hervé

Mentalités médiévales (XI^e et XV^e siècles).

Paris : Presses universitaires de France, 1996, 516p.

36.MUNSTER L.

Femmes médecins italiennes au Moyen-Âge.

Symposium Ciba, 1962, 10, 3, pp 136-140.

37.NICAISE Victor

Chirurgiens et barbiers aux XIII^e et XIV^e siècles.

Bulletin de la société française d'histoire de la médecine, 1902, 1, pp 442-462.

38.PENNEAU D., LORiot J., PROTEAU J. et al

La femme médecin à travers les âges et les pays.

Société française d'histoire de la médecine, 1981, 15, 4, pp 335-338.

39.PERNOUD Régine

Pour en finir avec le Moyen-Âge.

Paris : Seuil, 1977, pp 86-100, 160p.

40.PERNOUD Régine

La femme au temps des cathédrales.

Paris : Stock, 1980, pp 183-214, 300p.

41.PERNOUD Régine

La femme et la médecine au Moyen-Âge.

Colloque International d'Histoire de la Médecine Médiévale, 4 et 5 mai 1985.

Société Orléanaise d'Histoire de la Médecine.

Orléans : Centre Jeanne d'Arc, 1985, pp 38-43.

42.PERNOUD Régine

Hildegarde de Bingen : conscience inspirée du XII^e siècle.

Paris : Editions du rocher, 1994, 193p.

43.POWER Eileen

Traduit de l'anglais par DENIS J-M.

Les femmes au Moyen-Âge.

Paris : Aubier Montaigne, 1979, 140p.

44.RICHARD Sandrine

Organisation de la dispense de soins au Moyen-Âge du XI^e au XV^e siècle en France

Th D : Médecine : Lyon Sud : 1999 ; 92.

45. RICHE Pierre
Ecoles et enseignement dans le haut Moyen-Âge.
Paris: Picard, 1989, pp 276-284, 471p.
46. ROBEIRI René
L'obstétrique au XIII^e siècle.
Th D : Médecine : Amiens : 1991 ; 86.
47. RULLIERE Roger
Histoire de la médecine.
Paris : Masson, 1981, 376p. (Abrégés)
48. SCHAMPO Marc-A., KYLE Robert-A.
Ste Hildegarde.
JAMA, 1981, 246, 20, p 2339.
49. SHATZMILLER Joseph
Médecine et justice en Provence médiévale : documents de Manosque 1262-1348.
Aix en Provence : Publications de l'université de Provence, 1989, pp 1-44, 295p.
50. SIMON Isidore
Les médecins juifs en France des origines jusqu'à la fin du XVIII^e siècle.
Revue d'histoire de la médecine hébraïque, 1970, 89, pp 89-92.
51. SOURNIA Jean Charles
Histoire de la médecine.
Paris : La découverte, 1997, pp 56-103, 358p.
52. TALBOT C. H.
Medecine in the medieval England.
Londres : Olbourne, 1967, 194p.

53. VANUXEM P., COMMENDRE F. A., FORNARIS E.

La médecine arabe médiévale : une étape clef vers la médecine moderne.

Lyon méditerranée médical : médecine du sud-est, 1997, 33, 8-9, pp 2433-2440.

54. VERDON Jean

Les françaises pendant la guerre de cent ans.

Paris : Perrin, 1990, pp 176-179, 288 p.

55. VERGER Jacques

Culture, enseignement et société en occident aux XII^e et XIII^e siècles

Paris : Presses universitaires de Rennes, 1999, pp 87-94, 194p.

56. WYNN Rhoda

Saints and sinners : women and the practice of medicine throughout the ages.

JAMA, 2000, 283, 5, pp 668-9.

57. WICKERSHEIMER Ernest

L'évolution de la profession médicale au cours du Moyen-Âge.

Scalpel, 1924, 42-43-44, 17p.

58. WICKERSHEIMER Ernest

Dictionnaire biographique des médecins en France et au Moyen-Âge

Genève : Droz, 1936, 2 tomes, 867p.

59. WYMAN A. L.

The surgeoness: the femal practitioner of surgery 1400-1800.

Medical history, 1994, 28, 1, pp 22-41.

Annexe n°1 : Chronologie de la fondation des universités ayant dispensé un enseignement médical.

Notes :

- 1. Les dates de fondation des universités sont parfois incertaines, le parti pris consiste ici à utiliser pour le classement la date la plus antérieure retrouvée. On trouve entre parenthèses les autres dates de création rencontrées.**
- 2. Quand cela est possible des précisions sont apportées sur la fondation des universités ou sur l'enseignement médical.**
- 3. Cette chronologie a été établie à partir des ouvrages de R. Rullière (47) et de J.C. Sournia (51).**

- 1123 (1188) :** Bologne L'enseignement de la médecine y débute en 1250.
- 1167 (1214) :** Oxford La faculté de médecine ne s'individualise qu'à la fin du XIII^e siècle, elle n'est pas mentionnée dans les textes avant 1273-74 et ses statuts ne sont publiés qu'en 1303.
- 1204 :** Vicence
- 1215 :** Paris L'enseignement médical ne débute pas avant 1270.
Arezzo
- 1217 (1229) :** Toulouse L'université est fondée le 19 janvier 1217 par une bulle du pape Honorius III. Elle est officialisée lors du traité de Paris qui met fin à la guerre des Albigeois.
- 1220 :** Montpellier L'enseignement de la médecine y débute dès sa fondation, faisant suite à celui de l'école de médecine active depuis 1137. L'université de médecine est inaugurée par le cardinal Conrad légat du pape Honorius III.
- 1223 (1229) :** Cambridge La date de fondation de la faculté de médecine est inconnue car les archives antérieures à 1381 ont été détruites. Sa présence n'est avérée qu'au milieu du XIV^e siècle.
- 1224 :** Naples
- 1228 :** Padoue

- 1230 (1243) : Salamanque
- 1261 : Pavie
- 1279 (1308) : Coimbra
- 1303 : Avignon Elle est créée par Boniface VIII.
- 1312 : Orléans Créée par Philippe-le Bel, l'enseignement médical y dure jusqu'en 1600.
- 1332 : Cahors Créée par le pape Jean XXII, elle est réunie à l'université de Toulouse en 1751.
- 1339 : Grenoble L'université est transférée à Valence en 1565.
- 1348 : Prague Elle est créée par l'empereur Charles IV qui nomme Nikolai Jeviska professeur de médecine.
- 1349 : Perpignan Création le 8 novembre 1349 par une bulle du pape Clément VII.
- 1364 : Cracovie
- 1365 : Vienne (Autriche)
Orange
- 1385 : Heideberg
- 1388 : Cologne
- 1389 : Budapest
- 1391 : Lérída
- 1402 : Würzburg
- 1409 : Aix en Provence
- 1423 : Dôle Créée par le Duc de Bourgogne, elle sera transférée à Besançon en 1691 par Louis XIV.
- 1425 : Louvain
- 1431 : Poitiers Elle est fondée, à la demande de Charles VII, par une bulle du pape Eugène IV datée du 28 mai 1431.
La faculté de médecine est en activité jusqu'en 1793.
- 1432 : Angers Elle est fondée, à la demande de Charles VII, par une bulle du pape Eugène IV datée du 30 octobre 1432.
La faculté de médecine fonctionne jusqu'en 1793.
- 1438 : Caen La faculté de médecine perdure au-delà de sa suppression officielle en 1793.
- 1441 : Bordeaux L'enseignement médical y débute en 1480.

- 1452 :** Valence en Dauphiné
L'enseignement médical y dure jusqu'en 1793.
- 1453 :** Glasgow
- 1460 :** Nantes Elle est fondée à la demande de François II de Bretagne par une bulle du pape Pie II datée du 14 avril.
Bâle
- 1463 :** Bourges Créée par Louis XI, sa fondation est confirmée par une bulle du pape Paul II le 14 décembre 1464. Elle est inaugurée en 1467.
- 1447 :** Tübingen
Upsaal

Annexe n°2 : Iconographie

Miniature n°1 :



Deux femmes exécutent une césarienne sous la direction d'un médecin placé en retrait. La parturiente n'est qu'à moitié dénudée en raison de la présence masculine.

Besançon, Bibliothèque municipale, ms 457, f° 260, XIII^e siècle.

Miniature n°2 :



Quatre femmes assistent une parturiente et réalisent une césarienne.

La parturiente est représentée complètement nue.

Paris, Bibliothèque Nationale, ms français 246, f° 158, XIV^e siècle.

Annexe n°3 : Lexique biographique des femmes médecins au Moyen-Âge

A.

Aalis :

Deux barbières de ce nom figurent au rôle de la taille de 1292 à Paris : l'une réside dans la rue des écouffes, l'autre « sus Petit Pont ».

Abella :

Femme médecin, professeur à l'Ecole de Salerne pendant la seconde moitié du XIV^e siècle. Elle a écrit deux traités en vers, l'un porte sur la génération humaine *De natura seminis homini* (traité sur la génération humaine), l'autre sur la bile noire *De atra bile* (substance passant pour être sécrétée par les capsules surrénales).

Adelmota Maltraversa :

Femme médecin établie à Padoue au XIV^e siècle. Selon l'attestation de Rhodius, « *consultandi prudentia, medendique arte...rariori exempli eminuit* ». (Elle se distingue par son exemple tout à fait grâce à son remarquable savoir-faire dans les consultations et son habilité à guérir).

Agnès :

Femme médecin établie à Strasbourg au XIV^e siècle.

Agnès Avesot :

Chambrière de Jeanne Clarisse, elle est accusée comme elle d'exercice illicite de la médecine en 1322 à Paris.

Agnès de Stansbourg :

Mentionnée comme *medica* aux environs de 1270, dans le comté de Huntington. Elle est connue pour être une habile praticienne. Elle est payée deux shillings par an, par l'abbaye de Thorney pour ses services.

Agnès Wodekok :

Apprentie d'un chirurgien-barbier renommé de Londres : Nicholas Bradmore. A sa mort en 1417 il lui lègue un pécule et une boucle de ceinture en argent.

Alessandra Gilliani :

Femme-médecin du XIV^e siècle, elle se consacre uniquement à l'anatomie. Elle est l'élève puis l'assistante de l'anatomiste Mondino de Luzzi à la faculté de Bologne. Elle est célèbre pour sa beauté et sa dextérité.

Avec son maître, elle pratique des dissections publiques, elle opère, pendant que Mondino commente à la chaire. Elle est décédée peu après lui le 26 mars 1326.

Ameline :

Miresse établie en 1313 rue Guillaume Porée, à Paris. Elle est poursuivie pour exercice illégal de la médecine en 1324-25.

Andrée du Breuil :

Femme médecin du XIII^e siècle, elle est chrétienne.

Antoinette de Bellegarde :

En 1360, pour avoir exercé la médecine sans autorisation, elle verse vingt-cinq sous au calvaire de Sisteron. A la même époque elle est condamnée à une amende de dix sous pour avoir mis la main au couteau.

Antonia :

Femme médecin de Florence, inscrite au registre des matricules de l'art médical pour la période de 1386 à 1408. On peut y lire : « *Maestra Antonia del maestro Daniello ebreo medicha* », ce qui signifie: « maîtresse Antoinette, femme de maître Daniel, femme médecin ».

Arnaude :

Femme médecin du début du XIII^e siècle, hérétique de la secte cathare. Elle donne ses soins à Arpais, fille d'Assaut, dame du Mas.

Aveline :

Barbière établie en 1292 à Paris, dans « la rue où l'en cuit les ors », aujourd'hui rue aux ours. Elle vivait encore en 1313.

B.

Beatrice di Candia :

Veuve de Gherardo di Candia. Cette femme médecin-chirurgien exerce au début du XIV^e siècle à Venise.

Bella di Paija :

Dona Bella di Paija, chirurgienne. Par faveur de la reine Bianca, elle obtient en 1414 une licence d'exercice sans examen préalable.

Belota :

Juive accusée d'exercice illicite de la médecine à Paris en 1322. Selon les sources, elle est aussi citée comme chirurgienne.

Bertrande :

Dona Bertrana de la Calada, femme médecin. Elle réside en Avignon dans la rue calade. Le 22 mars 1463, elle reçoit deux sous « per fur una medicina à une paure de l'espital des Cor-Sant ».

Biatris :

Cette *metgessa* chrétienne exerce à Montpellier en 1449.

C.

Catarina :

Donna Catarina exerce en tant que médecin à l'hôpital Santa-Maria-Nuevo de Florence, à la fin du XV^e siècle.

Un manuscrit de 1515 de la bibliothèque de Magliosche, reproduit des recettes provenant de la pharmacie de l'hôpital Santa-Maria-Nuevo. Certaines de ces recettes sont des ordonnances de Donna Catarina.

Catharina :

En 1371, « *catharina medicae* » est chassée de la ville de Cracovie pour coups et blessures.

Catherine Ramy :

Barbrière à Montpellier au XV^e siècle. Elle pratique au côté de son époux.

Clarisse de Rhotomago :

Femme de Pierre Faverel. En 1312, les deux époux sont poursuivis à la requête de la faculté de médecine de Paris, pour exercice illicite de l'art de guérir. La même année, ils sont excommuniés par sentences rendues au nom de l'évêque de Senlis, conservateur des privilèges de l'université.

Vers 1313, on trouve la trace d'une empirique parisienne « *filia Clarisse* » Elle est peut-être la fille de Clarisse de Rhotomago (Rouen).

Comarenga :

Guérisseuse de Lectoure, où elle soigne des patients atteints du mal de Naples, à la fin du XV^e et au début du XVI^e siècle.

Costenza Calenda :

Egalement appelée : Costentia Calenda, Costenzalla ou Costanza.

Elle est la fille et l'élève de Salvatore Calenda qui fut doyen de la faculté de médecine de Salerne vers 1415, puis doyen de celle de Naples.

Costenza obtient les honneurs du doctorat médical dans les premières décennies du XV^e siècle. Formée en partie à Salerne, elle est considérée comme la dernière femme médecin salernitaine.

On trouve dans les archives de Naples l'autorisation obtenue du roi pour épouser le seigneur Baltasare Sante Mango en 1423.

Cusina di Filippo de Pastino :

Donna Cusina reçoit en 1404 du roi Ladislaus de Durazzo, une licence pour exercer la chirurgie à Cosenza.

D.

Demud :

Medica, elle exerce à Mayence en 1407.

Denise :

Barbière établie dans la paroisse de St-Germain l'Auxerrois, à Paris en 1292.

Denise de Partenay :

Probable empirique qui soutint dans sa vieillesse, un procès contre la faculté de médecine de Paris (en 1467).

Dorothea Bocchi :

Fille de Giovanni Bocchi titulaire de la chaire de médecine pratique de l'université de Bologne de 1396 à 1436. Ayant obtenu son doctorat elle exerce et, à partir de 1436, elle succède à son père à la faculté. Comme lui elle enseigne également la philosophie morale.

Draga :

Femme médecin d'origine slave, elle obtient une licence d'exercice dans la République de Venise au cours de la deuxième moitié du XIV^e siècle en raison de : « ses brillants succès et de sa grande expérience dans les cas de podagre (goutte) et des maladies oculaires ».

E.

Emeline :

Barbière de Paris en 1292. Etablie dans la paroisse de St-Pierre aux Bœufs, rue de la Court-Ferri.

Emmelot :

Barbière parisienne, mentionnée au rôle d'impôt de 1421 pour quatre onces d'argent.

Emengart :

Barbière parisienne établie dans la paroisse de St-Séverin en 1292.

Eudeline :

Deux barbières de ce nom figurent au rôle de la taille de Paris de 1292. L'une est de la paroisse St-Eustache, l'autre de celle de St-Christophe.

Euphemia :

L'abbesse Euphemia, décédée en 1257, exerce la médecine à Wherell en Angleterre pendant quarante ans.

Eupraxia :

Femme-médecin russe du XII^e siècle, fille du grand prince de Kiev M. Vladiminovitch.

Elle est l'auteur d'un traité médical daté de 1130 et conservé à la bibliothèque laurentienne de Florence. Cet ouvrage inspiré par Galien est écrit en grec. Il est destiné

à la pratique et nous renseigne sur les traditions médicales slaves, les habitudes alimentaires et les pratiques sexuelles.

Eupraxia est considérée comme le premier auteur médical slave.

Après son mariage avec l'empereur de Byzance, elle prend le nom de Zoe.

F.

Fava :

Chirurgienne juive, épouse du *surgicus* Astrugus, elle exerce à Manosque en 1321. Son fils Bonafos et ses deux petits-fils Jacob et Joseph, exerceront également la chirurgie dans cette ville.

Federica Vitalli :

Femme médecin de Salerne, en activité pendant la deuxième moitié du XII^e siècle.

Françoise de Romagna :

Francesca de Romagna après des études à Salerne reçoit le 10 septembre 1321, l'autorisation doctorale d'exercice de la chirurgie.

L'autorisation lui est délivrée par Charles, Duc de Calabre, après un examen passé devant les médecins et chirurgiens royaux. Ceux-ci reconnaissent ses compétences médicales en dépit de sa méconnaissance du latin.

G.

Gertrude :

Chirurgienne d'Obernai (Bas-Rhin), elle exerce à la fin du XII^e et au début du XIII^e siècle.

Ghilietta :

Ghilietta *medica* dans le Piémont, elle est nommée en 1220 dans le statut de Pinerolo.

Gile la barbière:

Barbière parisienne, elle figure au rôle de la taille de 1297 pour six deniers.

Guicharde :

Barbière lyonnaise, épouse du barbier Etienne, elle exerce en 1267.

Guillemette Albant :

Femme médecin du XIV^e siècle.

Guillemette du Luys :

Chirurgienne, elle a apporté ses soins à Louis XI.

Guillaume Abenant (femme de) :

Femme de Guillaume Abenant, elle exerce la barberie, aux côtés de son époux à Bordeaux, entre 1415 et 1424.

H.

Hans der Wolff (fille de):

Femme médecin et chirurgien, comme son père. Elle perçoit des honoraires pour avoir guéri des soldats blessés au service de la ville de Francfort à la fin du XIV^e siècle.

Haoyz :

Meresse (femme médecin) parisienne. Elle exerce en 1292 dans la paroisse St Laurent.

Hebel :

Médecienne citée en 1397 dans le livre des saints.

Heloyz ou Héloïse :

Miergesse (femme médecin) établie à Paris en 1292, rue des Jardins dans la paroisse de St-Paul.

Helvidis :

Femme médecin du XII^e siècle (France).

Henriette de Crans :

Empirique, elle fut brûlée pour sortilèges et hérésie à Besançon en 1434. On l'accusait notamment de guérir les malades par des paroles et des invocations du diable.

Hersent ou Hersende :

Physicienne au service de Louis VI et de son épouse Marguerite de Provence. Elle les accompagne au cours de leur expédition en terre sainte en 1248. En 1250, elle regagne la France et se marie avec Jacques apothicaire du Roi. Ils achètent une maison sur le Petit Pont de Paris en 1259.

Hildegarde de Bingen :

Hildegarde de Rupertsberg dite Hildegarde de Bingen (1098-1179), femme médecin et mystique bénédictine. (cf. Chapitre 5)

I.

Isabelle :

Deux miresses ou mirgesses figurent au rôle de la taille de 1292 à Paris ; l'une de la paroisse de Ste-Opportune, l'autre de St-Nicolas des Champs.

Isabelle :

Barbière du XIII^e siècle, à Paris. Elle habite du côté septentrional de la portion de la rue de St-Germain comprise entre la place du Châtelet et la rue des lavandières.

Isabelle :

Physicienne en exercice à Fécamp en 1435.

Isabelle Estevenet :

Femme barbrière, épouse de Jean Estevenet barbier à Reims au XV^e siècle. Les maîtres jurés de la ville s'opposèrent à elle en 1462 lorsqu'elle voulut succéder à son mari. Celui-ci désirait rentrer en religion et laisser sa boutique à son épouse.

Isiac de castro :

Chirurgienne inscrite à Florence au registre des matricules de l'art médical entre 1386 et 1408.

J.

Jacqueline Félicie de Almania :

Empirique parisienne, poursuivie devant l'officialité par la faculté de médecine de Paris en 1322.

Jacobina :

Fille du docteur Bartolomeo, elle exerce la médecine à Bologne en 1304.

Jacope :

Madame Jacope est mentionnée dans un ouvrage de la bibliothèque de Magliocche (Florence). *Medica*, elle exerce à Florence lors de l'épidémie de peste en 1474.

Jeanne :

Barbrière à Poitiers, elle est secourue comme indigente par l'échevinage au début du XV^e siècle.

Jeanne d'Aussehurre (d'Auxerre):

Chirurgienne, elle meurt à Chalon sur Saône en 1366.

Jeanne de Chailly (la Dame de Chailly) :

Femme médecin à Lyon à la fin du XV^e siècle.

Elle est citée dans des textes officiels datés de 1493.

Jeanne Clarisse :

Elle exerce illicitement la médecine à Paris en 1322.

Jeanne Conversa :

Epouse de Jean Liblous, tailleur de draps. Elle est poursuivie avec lui pour exercice illicite de la médecine à Paris vers 1322-24. Elle fut excommuniée.

Jeanne de Crespi :

Barbière, elle prend le voile à l'abbaye de Longchamp en 1334. Elle y mourut en 1349.

Jeanne de Cusey:

Barbière, elle exerce à Dijon au XV^e siècle, elle est également citée sous le nom de « Femme Girart de Cusey ». Elle fut impliquée dans plusieurs empoisonnements et avoua se mêler de médecine et chirurgie. Elle fut condamnée à cesser ces activités sous peine de bannissement.

Jeanne la Douce

Empirique, elle se prétend habile à guérir les ulcères. Elle est condamnée par le Parlement de Paris le 9 mars 1350 à la demande de la faculté de médecine.

Jeanne Pouquelain :

Veuve de Alain Pouquelain, barbier. Le 21 août 1426, après avoir plaidé sa cause devant le procureur de la communauté des barbiers de la ville de Paris, elle obtient l'autorisation de succéder à son mari dans son ouvroir de barberie. Toutefois son exercice est restreint elle ne doit ni saigner, ni pratiquer elle-même la chirurgie mais peut en charger ses valets compétents.

Jeanne Villain :

Femme de Henri V de Fontvannes (Aube). Pour avoir utilisé des sortilèges et dit des paroles sur les blessures, elle est traduite devant l'officialité de Troyes en 1487.

Jeanette Camus :

Empirique de Dijon, elle fut incarcérée puis interrogée par les docteurs en médecine. N'ayant su leur répondre, elle fut expulsée de la ville vers 1443.

Jeanette du Fossé :

Barbière en exercice à Paris en 1322.

Jeanette la Maréchaude :

Barbière à Reims en 1412-16.

Jeanette Princesse :

« Jehanette la physicienne, alias Princesse », elle exerce à Lyon vers 1446 et 1448.

Joan :

Joan veuve de William de Lee, tué en 1400 lors de l'invasion de Walles (Angleterre) par Henri IV. Entre 1404 et 1408, Joan adresse plusieurs requêtes au Roi afin de lui demander sa protection ainsi que l'autorisation d'exercer et de vivre de la médecine (qu'elle a appris auprès de son mari).

Johanna :

Medica exerçant son art à Posnanie (Pologne) en 1278.

Johanna :

« *Mulier fisicus* », elle a travaillé pour l'Abbaye de Westminster. En 1408, on la retrouve à deux reprises dans les rôles de l'infirmerie. Elle a soigné six membres de la communauté. A une autre occasion, elle reçoit quarante schillings pour s'être occupée de 10 moines durant l'année.

K.

Katherine :

Katherine la chirurgienne exerce à Londres aux environs de 1286.

Son père Thomas († en 1272) et son frère William († en 1288) sont également chirurgiens.

Kasia :

Femme-médecin tchèque du VIII^e siècle. Sœur de la princesse Libussa, elle est réputée pour son usage des plantes médicinales, elle utilise également les sortilèges.

L.

Laura :

Chirurgienne chrétienne en activité à Manosque en 1292.

Laurence Gaillou :

Laurence, épouse de Jehan de Gaillou, est accusée ainsi que son mari d'exercice illégal de la médecine à Paris en 1322. Elle est excommuniée.

Laurette de St Valery :

Femme d'Aléaume de Fontaines, seigneur de Longpré aux diocèses d'Amiens et de Fontaines-sur-Somme, qui mourut lors de la troisième croisade en 1205 à Constantinople.

Elle était d'aspect viril « *barbata faciei scipsa exhibuit virum* », fort charitable, elle apprit la médecine afin de soigner les pauvres. (Barbue, son visage présentant des traits masculins)

Leonata de Gozana :

Medica italienne du XIV^e siècle.

Louise :

Femme médecin, chrétienne, elle exerce au XV^e siècle.

Lauretta :

Lauretta passe en 1309 un examen devant Francesco da Piemonte, professeur à Naples. Elle est jugée compétente « pour traiter différentes maladies, abcès, blessures externes, et également pour opérer les calculs ». Elle obtient une licence d'exercice en rapport avec ses compétences.

M.

Macée de Chaulmont :

Religieuse de l'Abbaye de Longchamp au diocèse de Paris. On la voue à l'office de barbière à l'âge de treize ans, elle décède en 1485.

Margery :

Empirique, elle pratique la saignée à Hales dans le comté de Worcester vers 1300 (Angleterre). Elle est jugée pour sorcellerie.

Margot :

Guérisseuse, elle soigne à la fin du XV^e siècle à l'hôpital de Lectoure « un malau de lescamas ».

Marguerite :

Barbière, elle reçoit six sous de la comtesse d'Artois en 1310, pour « garir le petit Pieret de sa teste ».

Marguerite :

Barbière en exercice à l'hôtel Dieu de Provins dans la deuxième moitié du XIII^e siècle.

Marguerite :

Barbière exerçant à l'hôtel Dieu de Beauvais en 1380.

Marguerite :

Femme médecin de la fin du XIII^e et du début du XIV^e siècle. Après ses études à Salerne, elle obtient l'autorisation d'exercer à Naples auprès du roi Ladislas, qu'elle soigne. Elle était réputée très habile.

Marguerite d'Ypres :

Femme chirurgien d'origine flamande, elle exerce à Ypres. La faculté de Paris, lui intente un procès en 1322. Il lui est interdit sous peine d'amende et d'excommunication d'exercer la médecine à Paris ou dans ses faubourgs.

Marguerite la Chopillarde :

Chirurgienne dont l'anniversaire (8 août) figure à l'obituaire des chapelains de Notre Dame de Paris. C'est une mention du XIV^e siècle.

Marguerite Saluzzo :

Femme du marquis Ugolino Saluzzo, issue de la noble famille de Varambon. Elle possède une grande connaissance des plantes médicinales et obtient de tels résultats qu'elle jouit, vers 1460, d'une grande renommée.

Maria Incarnata :

Chirurgienne de Naples. Elle reçoit en 1330 la licence « *In medicandi vulneribus et aposthematibus* ». (Pour soigner les blessures et les abcès)

Marianne :

Femme de Jean de Montigny, elle exerce comme barbrière à Douai en 1284.

Marie :

Barbrière, censière de St-Spire de Corbeil en 1256.

Marie :

Barbrière, elle exerce à Reims en 1344.

Marie :

Deux barbières de ce nom figurent au rôle de la taille à Paris en 1292, l'une à la paroisse de St-Jean-en-Grève, l'autre à celle de St-Séverin.

Marie :

« Meresse » de Paris, en 1292, elle habite près de l'hôpital de Lourcine.

Marie de Gy :

Femme du XIV^e siècle, réputée pour ses connaissances médicales, elle ne fût jamais poursuivie.

Matilda :

Medica du XII^e siècle, la première connue en Angleterre.

Issue d'une famille de médecins, elle vivait avec sa sœur Solicita, dans le comté de Hereford près du prieuré de Leominster.

Mayrona :

Chirurgienne juive en exercice à Manosque en 1343, elle pratiquait aussi l'usure.

Mercuriade :

Mercuriade (pseudonyme Merainiade). Membre de l'École de Salerne (XII^e-XIII^e siècles), elle aurait exercé la médecine et la chirurgie.

On lui attribue quatre ouvrages : *De febre pestilente*, *De curation vulnarum*, *De crisibus*, *De unguentis* (De la peste, Du soin des blessures, Des crises, Des Onguents).

Mobilia Scarpa :

En 1338, elle obtient dans le royaume de Naples et de Sicile, l'autorisation de soigner les maladies des femmes : « *accepto quod ad mulieres curandas, aegrotas praecipue, in morbis eisdem de honestate mororum curae sunt foeminae aptiores* ». Ce qui peut se traduire par : étant donné que pour soigner les femmes, surtout quand elles souffrent, les soins d'une femme sont plus appropriés pour préserver les bonnes mœurs.

Mondetta :

Mondetta dite la *barbieyra*, exerce à Montpellier dans la deuxième moitié du XIII^e siècle.

P.

Perette la Petonne:

En 1410, elle est accusée de pratique illicite par les chirurgiens de Paris.

Perette la Hance :

Barbière parisienne, citée en 1447 et 1448.

Pernel :

Femme médecin (« *physician* ») anglaise, épouse du physicien Thomas de Radyn. Elle est poursuivie en 1350 pour avoir causé la mort d'un meunier, ainsi que pour son ignorance et sa pratique douteuse de la médecine. Plus tard, elle obtient le pardon royal mais ceci ne suffit pas à sa réhabilitation locale.

Peronnelle :

Peronnelle « *l'erbière* », c'est à dire l'herboriste. On peut supposer qu'elle se mêlait de médecine, puisqu'en 1319 elle fût appelée de Paris à Conflans « pour la santé Madame » Mahaut, comtesse d'Artois.

Philippe :

Femme médecin inscrite au registre de la taille à Paris en 1292, elle demeure rue Gervèse Lohareuc.

Philippe la Picarde :

Chirurgienne, elle exerce à Paris. Elle est également citée comme *miresse* en 1292.

R.

Raimonda di Taverna :

Femme du notaire Michele da San Marco. En 1345, elle reçoit, « l'approbation » pour la médecine, après s'être présentée avec succès devant l'examineur désigné par la reine Jeanne 1^{ère}, dans le royaume de Naples et de Sicile.

Rebecca Guarna :

Femme médecin du début du XV^e siècle, professeur à l'Ecole de Salerne. Issue de la famille de l'archevêque et médecin Romualdus Guarna dit Archimatteus, elle est la mère d'un certain Romuald médecin, historien et prêtre.

On lui attribue divers ouvrages dont : *De febribus*, *De embryone*, *De urinis*. (Des fièvres, De l'embryon, Des urines)

Richeut :

Femme médecin inscrite au registre de la taille de Paris en 1292, elle réside près du cimetière St-Jéhan.

S.

Sarah de St-Gilles :

Sarah épouse d'Abraham de St-Gilles, elle est *médecienne* à Marseille. Le 8 août 1326, elle s'engage sous certaines conditions à enseigner la médecine à Salves de Burgonovo. Elle doit le vêtir, le nourrir, lui enseigner l'art de la médecine ainsi que la physique. En échange l'élève remettra à son professeur tout ce qu'il pourra gagner durant son apprentissage en exerçant la médecine.

Sarah la juive :

Femme médecin d'origine juive, elle s'installe à Würzburg grâce à une autorisation accordée par Jean II, l'archevêque de la ville.

Sarah « la mirgesse » :

Sarah ou Sarre est une femme médecin juive, elle est l'épouse de Vivant de Miauz. En 1292, elle habite rue de la Tacherie à Paris et est inscrite au rôle de la taille.

Serlin ou Zerlin:

D'origine juive, elle pratique l'ophtalmologie en 1475 à Francfort sur le Main.

Sibilla Lissardi ou Sibille:

Matrone parisienne « *in predicta arte [chirurgie] eruditissima* ». Vers 1200, elle soigne Geoffroy de la Chapelle, panetier du roi Philippe Auguste, qui souffre de *ficus* (sans doute des hémorroïdes).

Il est possible qu'elle soit la fille du médecin Lisiardus, témoin à Chailly d'une donation à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1178.

Sibilla d'Afflito :

La bénéventine Sibilla d'Afflito, reçoit en 1338 la licence « *In medicandi vulneribus et aposthematibus* » (Pour soigner les blessures et les abcès). Elle exerce la médecine dans le royaume de Naples et de Sicile.

Solicita :

Sœur de Matilda, elle est l'une des premières *medica* connues d'Angleterre. Issue d'une famille de médecins, elle exerce au XII^e siècle et épouse un médecin William of Ford.

Stéphanie :

Medica en exercice à Lyon en 1265. Fille du médecin Etienne de Montaneis, sa maison se trouve dans le clos St Pierre

T.

Théophanie :

Barbrière en exercice à Angers dans la deuxième moitié du XIII^e siècle.

Tomasia Castro Isaiæ :

Fille du médecin Matteo, elle fut autorisée à pratiquer la chirurgie au début du XIV^e siècle dans le royaume de Naples et de Sicile.

Trotula :

Femme-médecin salernitaine du XI^e siècle, issue de la noble famille de Roger. Par son mariage avec Jean Plaetarius, elle entre dans une famille de médecins.

Elle participe à la rédaction d'ouvrages collectifs et publie en son nom : *De aggritudinem curatione* (qui se rapporte à la médecine générale et peut se traduire par : comment guérir la maladie), *De composition medicamentorum*, (de la préparation des médicaments), traité de pharmacopée.

Elle écrit également un traité d'obstétrique : *De mulierum passionibus ante in et post partum* (Des maladies féminines avant et après l'accouchement). Dans cet ouvrage, elle décrit pour la première fois la technique de la périnéorrhaphie. (cf. chapitre 5)

V.

Venturella Cisinato :

Chirurgienne salernitaine, elle obtient la licence de chirurgie en 1322 dans le royaume de Naples et de Sicile.

Viridimura :

Femme médecin juive du XIV^e siècle, épouse de Pasquale médecin de Catane. Dans le royaume de Naples et de Sicile, elle obtient une licence auprès du roi Ladislas de Durrazo. Pour cela elle passe un examen devant les médecins du roi qui lui accordent elle se distingue par son exemple tout à fait la « *licentiam practicandi in scientia medicinae circa curas physicas corporum humanorum* » avec la mention « *maxima pauperum* ». (autorisation de pratiquer la médecine, en ce qui concerne les soins du corps humain...surtout pour les pauvres). Elle devait traiter principalement les malades n'ayant pas le moyen de payer. Cette licence autorisait Viridimura à pratiquer dans l'ensemble du royaume.

Annexe n°4 : Lexique des termes techniques

Anathème :

Excommunication majeure prononcée contre les hérétiques et les ennemis de la foi catholique.

Antidotaire :

Recueil d'antidotes, de préparations pharmaceutiques.

Capitulaire :

Relatif aux assemblées d'un chapitre de religieux.

Clergé séculier et régulier :

Le clergé désigne l'ensemble des ecclésiastiques d'une Eglise. Il se divise en clergé séculier et en clergé régulier.

Le clergé séculier regroupe les ecclésiastiques vivant dans le siècle comme les évêques et les prêtres.

Le clergé régulier désigne les membres des ordres religieux soumis à la règle comme les moines et les moniales.

Empirique :

Qui s'appuie principalement sur l'expérience.

Goyim :

Pluriel de goy. Nom donné par les Israélites aux personnes étrangères à leur culte et spécialement aux Chrétiens.

Jurande :

La jurande désigne l'assemblée des jurés qui sont les membres d'une corporation choisis pour la représenter et défendre ses intérêts.

Ouvroir :

Désigne un atelier disposant d'une ouverture sur la rue, une boutique.

Quadrivium :

Groupe des quatre arts libéraux à caractère mathématique : arithmétique, astronomie, géométrie, musique.

Scolastique :

Mode de discussion et d'enseignement. A partir de deux propositions différentes, un dialogue s'engage confrontant les opinions des deux parties.(cf. chapitre 2)

Studium :

Edit, texte législatif.

Translittération :

Transcription lettre par lettre, dans laquelle on fait correspondre à chaque signe d'un système d'écriture un signe dans un autre système.

Trivium :

Groupe des trois arts libéraux à caractère littéraire : grammaire, rhétorique, dialectique.

Vernaculaire :

Du pays, propre au pays. Langue vernaculaire : langue parlée seulement à l'intérieur d'une communauté.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serais reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 166

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

S'intéresser à la place qu'occupent les femmes dans la pratique médicale au Moyen-Âge, nécessite d'abord de considérer cette période sur un plan historique général puis d'un point de vue médical. La médecine monastique, l'apport de la médecine arabe, l'École de Salerne, la doctrine scolastique et la fondation des universités sont autant d'éléments qui caractérisent l'évolution de la médecine à cette époque.

L'appréhension du statut de la femme au Moyen-Âge conduit à insister sur l'écart qui existe entre la conception théorique de sa personne et sa vie quotidienne, selon son niveau social. L'éducation dont elles bénéficient et le niveau d'instruction des femmes permettent d'apprécier et d'envisager le mode de diffusion des connaissances en matière de santé.

L'enseignement médical en lui-même se modifie considérablement au cours du Moyen-Âge, l'apprentissage restant cependant une constante. Empiriques ou universitaires, les différentes carrières médicales ou pseudo-médicales se confondent et c'est par le cadre d'activité que l'on parvient à effectuer les distinctions entre les praticiens.

Les difficultés de l'étude de la pratique médicale spécifique aux femmes conduisent à une sous-estimation de leur rôle. Pourtant médecins, barbières ou chirurgiennes, qu'elles soient couventines, salariées des villes ou qu'elles exercent à titre libéral, elles ont un rôle essentiel dans l'histoire de la médecine.

Ainsi peut-on envisager le cas de plusieurs praticiennes en Europe occidentale en spécifiant les particularités de leurs contrées d'exercice qui deviendront la France, l'Italie, l'Allemagne et les îles britanniques. Une attention particulière est portée à Trotula et Hildegarde de Bingen, deux illustres praticiennes dont l'expérience a constitué un apport remarquable pour la médecine. La communauté juive s'est elle aussi distinguée au sein de l'histoire médicale médiévale.

MOTS CLES : Femme- Moyen-Âge- Médecine- Europe