

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013-2014

THÈSE N°

**ETUDE HISTORIQUE ET OBSERVATIONNELLE DU ROLE DU
MEDECIN DANS SA SOCIETE A TRAVERS LE REGARD DE SON
PATIENT, DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 29 août 2014

par

Aurianne BAUDAT RAVAUD

née le 11 Juillet 1984, à Clermont-Ferrand

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Jean J. CONTE, *Professeur Emérite de Néphrologie, Médecin des Hôpitaux (CS), Président Honoraire de l'Université Paul SABATIER (Toulouse III)*Président

Mme Nathalie DUMOITIER, *Professeur associée, Médecine Générale, Université de Limoges* Juge

M Philippe LUNDY, *Praticien Hospitalier, Figeac* Juge Directeur de Thèse

M Dominique MENARD, *Maître de Conférences associé, Médecine Générale, Université de Limoges* .. Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013-2014

THÈSE N°

**ETUDE HISTORIQUE ET OBSERVATIONNELLE DU ROLE DU
MEDECIN DANS SA SOCIETE A TRAVERS LE REGARD DE SON
PATIENT, DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 29 août 2014

par

Aurianne BAUDAT RAVAUD

née le 11 Juillet 1984, à Clermont-Ferrand

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Jean J. CONTE, *Professeur Emérite de Néphrologie, Médecin des Hôpitaux (CS), Président Honoraire de l'Université Paul SABATIER (Toulouse III)*Président

Mme Nathalie DUMOITIER, *Professeur associée, Médecine Générale, Université de Limoges* Juge

M Philippe LUNDY, *Praticien Hospitalier, Figeac* Juge Directeur de Thèse

M Dominique MENARD, *Maître de Conférences associé, Médecine Générale, Université de Limoges* .. Juge

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

Le 09 Septembre 2013

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.

BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL

DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE

MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE

SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA-BALDINI Anne-Sophie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARIN Benoît Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE

PICARD Nicolas Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

TERRO Faraj Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier Maître de Conférences associé des Universités
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VIDAL Elisabeth Professeur des Universités Emérite

Remerciements

Je tiens à remercier le Pr Conté pour m'avoir fait l'immense honneur d'accepter de présider le jury de soutenance de cette thèse. Merci de votre bienveillance envers ce travail. Je vous exprime ma profonde reconnaissance pour votre soutien et votre aide précieuse, sans lesquels ma présence en région Midi-Pyrénées n'aurait pu être possible. Merci d'avoir encouragé ce projet d'installation dans cette belle ville qu'est Figeac.

Merci au Pr Dumoitier et au Dr Ménard qui m'ont fait l'honneur d'être les membres du jury de cette thèse.

Je remercie aussi le Dr Philippe Lundy pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant généreusement d'encadrer ce travail. Sa relecture finale méticuleuse de chacun des chapitres m'a sans aucun doute permis de préciser mon propos. Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre durant le semestre d'internat que j'ai eu la chance de réaliser dans votre service.

Un immense merci à toi, Romain, mon adorable mari, sans qui tout ce travail n'aurait pu être possible, tu as été mon deuxième directeur de thèse. Merci pour ton soutien inébranlable et tes encouragements, chaque jour depuis 11 ans maintenant. Tu connais le travail et les sacrifices qui nous avons dû réaliser pour construire notre vie actuelle, et toi seul peut en savourer la valeur. Que de chemin parcouru et d'obstacles franchis depuis la PCEM1 à Dijon : ton école d'ingénieur, ta plus que brillantissime thèse, mon internat, Whylot et tes nombreuses récompenses (merci de m'avoir fait vivre l'exaltation parisienne du Prix Latriline). Merci d'être le père notre fille et notre futur bébé. Je n'aurais jamais espéré avoir un mari aussi brillant, généreux et attentionné. Merci de partager ma vie.

Merci à ma petite Lison, toi qui a éclairé ma vie et a donné un sens à toute cette entreprise. Merci d'avoir fait quelques (rares) siestes pour que je puisse avancer dans la rédaction de ma thèse. Tu es malgré tout le plus adorable de tous les bébés.

J'exprime tout particulièrement ma gratitude à Jacqueline, ma belle-mère, et à Aurélia, ma belle-sœur, pour leur relecture attentive qui a grandement amélioré le contenu de mon mémoire. Ces corrections ont été réalisées à une vitesse surprenante, ce qui sous-entend les heures tardives qui ont été mises gracieusement à ma disposition. Merci infiniment pour cette tâche fastidieuse, mais aussi pour avoir été présentes depuis toutes ces années, et plus particulièrement actuellement. Qu'il est réconfortant de savoir qu'il existe des personnes sur qui l'on pourra toujours compter, quoi qu'il advienne...

Ma reconnaissance va à ceux qui ont assuré le soutien affectif de ce travail doctoral : ma famille ainsi que ma belle-famille, vous qui avez ponctué mon travail de messages d'encouragements très réguliers, lanterne sur le chemin parfois obscur de la rédaction d'une thèse. Un grand merci :

A mes parents, Philippe et Cosima, qui m'ont fait partager depuis ma plus tendre enfance, leur passion pour la médecine.

A mes frères et sœur, Galien, Flavian et Romane, ma première supportrice.

A mon oncle et sa famille, Sébastien, Nathalie, Alexandre, Elise, Pauline, pour leur présence.

A ma grand-mère, Marcelle.

A mes belles-sœurs adorées, Flavia et Léa. Merci pour m'avoir soutenue mais aussi divertie par vos anecdotes et péripéties au cours de ces dernières années.

A mon beau-père, Patrice, et sa mère, Dédette.

A mes neveu et nièces, Mallia, Aloyse, Léonard.

A tous les oncles, tantes et cousins.

A Sophie, ma sœur de cœur, qui a toujours été là malgré l'éloignement géographique, pour me soutenir et me rassurer dans mes doutes.

Je n'oublie pas tous ceux à qui nous avons dû dire adieu avant et pendant ce travail, vous restez présents dans nos cœurs (Frédéric, Christèle, Rémi, Pierre, Agnès).

Merci à tous mes amis de lycées, de la faculté de Dijon, de mon internat et de Figeac.

Merci à Nathalie et Jean-Paul, mes maîtres de stage, vous qui m'avez beaucoup appris pendant mon semestre en ambulatoire, dans une excellente ambiance ; vous qui m'avez accueillie chez vous.

Droits d'auteurs

Droits d'auteur réservés.

Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

OU



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Table des matières

Remerciements	10
Droits d'auteurs	13
Table des matières	14
Introduction	17
1. L'évolution du rôle du médecin depuis la préhistoire	21
1.1. Du Guérisseur de la Préhistoire à la Médecine Contemporaine.....	21
1.1.1. Les Médecines Primitives : une approche magique et religieuse	21
1.1.1.1. Une approche magique et religieuse.....	21
1.1.1.2. Le médecin magicien et le médecin prêtre	22
1.1.1.3. La Paléomédecine.....	23
1.1.1.3.1. L'Homme de Néandertal.....	23
1.1.1.3.2. L'Homme de Cro-Magnon.....	24
1.1.1.3.3. La révolution néolithique	24
1.1.1.3.4. La Pathocénose Préhistorique	25
1.1.1.3.5. Les guérisseurs de la Préhistoire	25
1.1.1.4. Vers les Archéo-Médecines.....	26
1.1.1.5. La Mésopotamie	27
1.1.1.5.1. La naissance de la Médecine.....	27
1.1.1.5.2. Pratiques systématiques : démarche scientifique ?	30
1.1.1.6. La médecine de l'antiquité	33
1.1.1.6.1. La médecine égyptienne.....	33
1.1.1.6.2. La médecine grecque	37
1.1.1.6.2.1. La médecine grecque des Philosophes	37
1.1.1.6.2.2. Les premières dissections	39
1.1.1.6.2.3. Modèle dynamique	39
1.1.1.6.2.4. Les premiers hôpitaux	40
1.1.1.6.2.5. Sédentarisation des Périodeutes	41
1.1.1.6.2.6. Hippocrate, père de la médecine	42
1.1.1.6.2.6.1. Théorie des humeurs	43
1.1.1.6.2.6.2. Relations causes - conséquences.....	45
1.1.1.6.2.6.3. Vers la responsabilité médicale.....	46
1.1.1.6.2.6.4. Un héritage hippocratique porté par Socrate.....	47
1.1.1.6.2.6.5. Retour vers l'Egypte	48
1.1.1.6.2.6.6. Les dernières avancées grecques.....	48
1.1.1.6.3. La médecine romaine	49
1.1.1.6.3.1. L'organisation médicale	50
1.1.1.6.3.2. Naissance des spécialités médicales.....	51
1.1.1.6.3.3. La tutelle des Collegia medicorum.....	52
1.1.1.6.3.4. Les méthodiques.....	52
1.1.1.6.3.5. Les pneumatistes	53
1.1.1.6.3.6. Galien de Pergame.....	54
1.1.1.6.4. La fin de la médecine antique	58
1.1.1.7. La médecine au Moyen Age : l'apport des religions et de la divination de la guérison	59
1.1.1.7.1. L'apport du christianisme	60
1.1.1.7.2. Le monachisme	61
1.1.1.7.3. L'apport des Francs.....	62
1.1.1.7.4. L'enseignement des Bénédictins.....	63
1.1.1.7.5. Les pratiques médicales	63
1.1.1.7.6. Montpellier, pôle médical européen.....	65
1.1.1.7.7. Structuration des études médicales	66
1.1.1.7.8. Vers une médecine rigoureuse	66

1.1.1.7.9. L'apogée de la scholastique	67
1.1.1.7.10. L'influence de l'Eglise en province	69
1.1.1.7.11. Les grands fléaux du Moyen Age	70
1.1.1.7.12. Les théories médicales de la fin du Moyen-Age	70
1.1.2. L'apogée de la révolution scientifique du XVIème au XVIIIème siècle.....	72
1.1.2.1. La Renaissance, prémices de l'étude de l'anatomie	72
1.1.2.1.1. Naissance de l'humanisme et renaissance de l'anatomie.....	72
1.1.2.1.2. Léonard de Vinci.....	74
1.1.2.1.3. Contribution de Vésale.....	75
1.1.2.1.4. L'apparition de la physio-pathologie	77
1.1.2.1.5. La renaissance de la chirurgie	78
1.1.2.1.5.1. Le génie d'Ambroise Paré	80
1.1.2.1.5.2. L'insolence de Paracelse.....	82
1.1.2.1.6. Les nouveaux fléaux	83
1.1.2.2. Les découvertes de l'Histoire des Sciences au service des guérisseurs.....	84
1.1.2.3. Le rationalisme médical du XVIIème siècle	84
1.1.2.3.1. Les théories circulatoires du XVIIème siècle	84
1.1.2.3.2. Iatrochimie versus Iatrophysique	85
1.1.2.3.3. Retour aux fondamentaux hippocratiques.....	86
1.1.2.3.4. L'impulsion microscopique	87
1.1.2.3.5. De nombreux progrès des techniques	88
1.1.2.4. Le XVIIIème siècle, Siècle des Lumières	90
1.1.2.4.1. Tout est mouvement.....	90
1.1.2.4.2. Le Phlogistique	91
1.1.2.4.3. Prémices de l'endocrinologie : le vitalisme	91
1.1.2.4.4. Vers la physiologie de la respiration.....	92
1.1.2.4.5. La découverte de la fibre.....	92
1.1.2.4.6. Naissance de l'anatomie pathologique.....	93
1.1.2.4.7. L'envol chirurgical.....	93
1.1.2.4.8. Et le patient dans tout ça ?	94
1.1.2.5. Conclusion.....	97
1.1.3. La révolution de la médecine au XIXème siècle et l'importance du rôle du médecin comme prescripteur	98
1.1.3.1. Les officiers de santé et les médecins : même combat ?	99
1.1.3.2. De nouvelles obligations	101
1.1.3.3. Travailler à l'hôpital : l'essor de l'anatomo-clinique	102
1.1.3.4. Avancées de la biologie médicale	103
1.1.3.5. La révolution pasteurienne	105
1.1.3.6. L'aboutissement de la chirurgie	106
1.1.3.7. Vivre de la médecine à la fin du XIXème siècle	107
1.1.4. Le XXème siècle : une médecine populaire versus le siècle des découvertes.....	110
1.1.4.1. Une médecine non paritaire.....	111
1.1.4.2. Un quotidien marqué par une volonté d'approche scientifique.....	112
1.1.4.3. Les prescriptions du médecin au début du XXème siècle	112
1.1.4.4. Une médecine populaire.....	114
1.1.4.5. Une médecine religieuse	115
1.1.4.6. L'eau, la source et les fontaines	117
1.1.4.7. Les bouleversements de la première guerre mondiale.....	118
1.1.4.8. La médecine de l'entre-deux-guerres	119
1.1.4.9. Jusqu'à nous... ..	119
2. Rôle social du médecin : cas d'un cabinet de médecine générale à Cambes	120
2.1. Analyse de la population : échantillon de 100 patients.....	120
2.1.1. Description de la méthodologie adoptée.....	120
2.1.2. Cartographie médicale des patients (6 questions).....	121

2.1.2.1. Répartition des 100 patients en fonction de leur âge.....	122
2.1.2.2. Répartition de la population selon leur sexe.....	123
2.1.2.3. La présence du tabagisme dans la population étudiée.....	124
2.1.2.4. Analyse croisée du nombre de fumeurs en fonction de l'âge.....	125
2.1.2.5. Etude du motif de consultation.....	127
2.1.2.5.1. Les pathologies dites chroniques	127
2.1.2.5.2. Les pathologies dites aiguës.....	132
2.1.3. Conclusion sur l'échantillon d'un point de vue strictement médical.....	138
2.2. Analyse du Ressenti des Patients	144
2.2.1. Description de la méthodologie employée.....	144
2.2.1.1. Nombre de consultations annuelles	144
2.2.1.2. Etre soulagé est-il une résultante uniquement médicamenteuse ?.....	145
2.2.1.3. Faut-il être malade pour avoir besoin de consulter ?.....	148
2.2.1.4. Et les médecines parallèles ?.....	150
2.2.1.5. Qualité du soin et durée de consultation.....	152
2.2.1.6. Dites-vous tout ?.....	153
2.2.1.7. Quelle qualité est la plus importante chez un médecin ?.....	155
2.2.2. Conclusion sur l'échantillon d'un point de vue du ressenti du rôle du médecin	157
2.3. Analogie entre strict médical et strict ressenti	159
2.3.1. La recherche du bonheur par l'absence de douleur : le médecin comme outil incontournable	159
2.3.1.1. L'être humain souhaite aspirer au bonheur par l'absence de maladie.....	159
2.3.1.2. L'Eudémonique	160
2.3.1.3. La recherche du bonheur comme état de sérénité.....	160
2.3.1.4. Principe du bien-être dans l'action raisonnable.....	161
2.3.1.5. Le Bonheur n'est qu'illusion	162
2.3.1.6. La douleur, marqueur de souffrance.....	163
2.3.2. La recherche de l'illusion dans un monde mesuré comme réel	163
2.3.2.1. L'intérêt de soigner dans un monde destiné à une fin	163
2.3.2.2. L'illusion du Magnétisme Ampérien et l'Inexpliqué	164
2.3.2.2.1. L'Illusion du Magnétiseur.....	165
2.3.2.2.2. Lien entre le Magnétiseur et les lois du Magnétisme.....	165
2.3.2.2.3. Les flux magnétiques créés par un magnétiseur	166
2.3.2.2.4. Le rôle du magnétiseur, identique au médecin ?.....	168
2.3.2.3. Soigner la Mort ?.....	169
Conclusion.....	171
Références bibliographiques	173
Annexe 1. Questionnaire à destination des patients	176
Annexe 2. Matrice d'exploitation des données	179
Table des illustrations.....	182
Table des tableaux	184

Introduction

Le début du XXIème siècle est marqué par de profonds bouleversements sociétaux. L'homme recherche des repères étatiques, parfois communautaristes. La vieille Europe ne domine plus le monde. L'héritage des sciences et des arts issus du Siècle des Lumières positionne la France comme une patrie aux compétences reconnues mais au dynamisme en perte de vitesse.

Si l'héritage est riche et varié, l'homme n'en demeure pas moins égaré. L'accélération de la mondialisation et la complexification des techniques, des informations amènent à des processus chaotiques de réflexion, parfois même de douleur.

L'hégémonie technique ne permet plus à un employé de s'assurer d'un travail pérenne dans une entreprise. Les délocalisations dans les pays en voie de développement entraînent inexorablement pour une certaine classe de la population des pertes d'emplois ou des pressions plus grandes afin d'assurer la compétitivité des entreprises et éviter la faillite du pays.

Les inquiétudes qui en ressortent se traduisent bien souvent par un désir d'écoute de la part des hommes, et donc des patients. C'est dans ce contexte bien particulier où les forces et les leaderships changent constamment que nous avons souhaité analyser, à partir d'une analyse historique et d'une analyse statistique, comment les patients ressentaient le rôle et la place du médecin généraliste dans un monde chaotique où le déterminisme reste pourtant une volonté accrue et voulue par les populations.

Dans cet environnement, la médecine, représentée par le médecin en tant que soignant, prescripteur et thérapeute a toujours contribué à un équilibre parfois mystifié des échanges sociétaux avec des fonctions dominantes reconnues ou combattues.

Si les médecines primitives octroyaient au guérisseur un rôle de représentant des forces surnaturelles, qu'elles soient d'origine religieuse ou d'origine chamanique, les travaux menés, en particuliers en Grèce Antique ont permis de rationaliser l'approche médicale, rendant ainsi au médecin un rôle propre de soignant.

Ceci est d'autant plus vrai que les médecines ont perduré pendant toute l'Antiquité jusqu'au Moyen Age tout en opposant le rôle du médecin en tant que soignant aux entités religieuses qui régnaient sur le Monde. La souffrance de l'homme était alors soulagée par l'appel à la divination, souscrite et représentée par le prêtre, l'homme de l'église dont les connaissances liées à Dieu témoignaient de la toute puissante Mère Eglise.

La Renaissance et le développement de la peinture, des arts, issus d'un mouvement littéraire et artistique fondé autour de l'Académie néoplatonicienne de Florence remet profondément en cause l'autorité de l'Eglise. C'est la naissance de l'humanisme, avec la réflexion permanente au cœur de la démarche intellectuelle. Léonard de Vinci, grande figure de cette époque a permis aux hommes l'accès au savoir chirurgical et organique, après avoir disséqué des cadavres de fœtus dans une démarche pourtant artistique. L'invention de l'imprimerie a également conforté la possibilité de retranscrire les connaissances et d'élaborer un système de formation systématique pour les médecins, les scientifiques et les artistes.

Cette démarche a permis l'accumulation des connaissances écrites, accélérateur de progrès dans la démarche humaniste et plus généralement intellectuelle. Le rôle du médecin s'élargit donc durant toute cette période d'évolution artistique et scientifique avec la naissance de différenciations entre le médecin docteur et le médecin chirurgien, attribuant donc à chacun des rôles spécifiques.

Les siècles qui suivent témoignent encore de cette nécessité à se baser sur des faits scientifiques, déterministes, répétables, permettant de fonder une médecine rigoureuse, s'opposant aux médecines fondées sur la croyance et le dogme. Les avancées spectaculaires dans toutes les disciplines de la physique et de la chimie (découverte de l'électromagnétisme, de l'atome, des molécules, classement des éléments, connaissance des réactions physico-chimiques, comportement de la matière) accélèrent la mise en place de technologies et de moyens propres au service du médecin pour guérir son patient.

Le début du XXème siècle est représentatif du rôle de médecin comme prescripteur de médicaments et remèdes et de la démarche systématique à prescrire. Les travaux de Pasteur sont déterminants en infectiologie avec la découverte du vaccin contre la rage. Malgré tout, des différences notables sont encore présentes, avec la médecine de campagne où les paysans pensaient que la maladie était envoyée par Dieu, en punition d'un acte mauvais. Ainsi, dans les années 1900, une grande partie de la population française croit toujours que le prêtre seul, voire le sorcier, peuvent guérir le patient d'une maladie à partir de prières, ou en utilisant les fontaines miraculeuses.

Les guerres qui ont hanté la France, l'Europe et le Monde (1914 -1918 et 1939 -1945) ont conduit le médecin à faire évoluer son comportement, notamment en campagne où il doit jouer le rôle de psychologue, d'accompagnateur, de sociologue. La réalité du terrain fait qu'il est pauvre car les paysans ou les soldats étaient ruinés. La situation du médecin est

différente en ville et il devient un notable local. L'univers médical devient progressivement bourgeois et cette réussite sociale a pour contrepartie le côtoiement de la maladie et du malade.

Malgré tout, c'est bien au milieu du XX^{ème} siècle que la médecine connaît une révolution technico-biologique plaçant ainsi le médecin comme thérapeute. Les antibiotiques et l'essor de l'industrie pharmaceutique entraînent la diffusion et le développement de molécules nouvelles qui permettent de guérir le patient.

Ainsi, l'Histoire des Sciences explique la place importante du médecin dans notre société. Le médecin est un soignant thérapeute et son rôle social devient parfois prépondérant en fonction de la population de patients.

Nous avons donc choisi de retracer dans une première partie les grandes étapes historiques qui illustrent l'évolution du rôle du médecin, à travers les progrès de la médecine, la place de l'Eglise comme organe décisionnaire, notamment au Moyen Age, l'Apogée Humaniste de la Renaissance et du Siècle des Lumières, La Belle Epoque et la fin du XX^{ème} siècle. Nous avons volontairement choisi de mettre en lumière pour chaque époque certains personnages, médecins, chirurgiens, scientifiques ou religieux qui, à notre sens, ont contribué à l'avancée de la médecine que ce soit au niveau technique et social.

Cette première partie amène donc la question de la place du médecin généraliste aujourd'hui dans une société changeante, qui se mondialise et où la place de l'homme devient de plus en plus difficile à qualifier et caractériser. La souffrance qui ressort d'une certaine partie de la population se retrouve alors bien souvent chez le médecin généraliste qui est le premier à écouter les angoisses avant de soigner les maladies, le mal-être existentiel du patient, quel que soit son âge, son genre, sa classe sociale.

Ainsi, il nous a paru intéressant d'adopter une démarche factuelle dans le cas d'un cabinet de médecine générale de campagne pour analyser les raisons pour lesquelles un patient rend visite à son médecin. Nous avons alors construit un questionnaire de dix-huit questions sur un échantillon de cent patients qui nous permet de dégager une compréhension plus globale du ressenti des patients, pendant une période déterminée. La première partie du questionnaire est purement médicale et nous conduit à comparer l'état de santé des patients avec le reste de la population française. La cohérence des résultats nous conduit à valider la démarche. La deuxième partie du questionnaire est traitée du ressenti subjectif des patients. Le traitement des données a ensuite été croisé en fonction des classes d'âges, du genre, pour en ressortir des tendances que nous analyserons.

Enfin, la fin de la deuxième partie est une analyse plus générale à partir des conclusions menées à la fois dans le premier chapitre et des résultats de l'étude menée dans le début du deuxième chapitre. Nous avons tenté d'expliquer par le croisement des résultats pourquoi et comment le rôle du médecin joue une place de plus en plus importante dans notre société. Par ailleurs, nous montrerons comment son rôle se complexifie au vu de l'attente changeante des patients.

Ces considérations amèneront à une analyse un peu plus philosophique de la place du médecin dans notre société contemporaine. Nous montrerons en quoi la place du médecin peut jouer un rôle dans la recherche perpétuelle du bonheur du patient et donc de l'homme.

1. L'évolution du rôle du médecin depuis la préhistoire

1.1. Du Guérisseur de la Préhistoire à la Médecine Contemporaine

1.1.1. Les Médecines Primitives : une approche magique et religieuse

1.1.1.1. Une approche magique et religieuse

Parler de médecin il y a 50 000 ans avant Jésus-Christ est sans doute inexact, voire inapproprié même si son rôle a beaucoup de similitudes avec le médecin du XXIème siècle.

Il faut alors souligner que les principes mêmes de la médecine primitive reposent essentiellement sur une approche magique et religieuse. Si nous ne distinguons pas ici volontairement l'approche religieuse de l'approche magique, c'est que nous sous-entendons que la médecine et les maladies semblent appartenir à une sorte de monde surnaturel, qui s'oppose au monde réel, monde dans lequel les premiers hommes évoluent et qui est le monde dans lequel nous vivons. La médecine primitive repose essentiellement sur cette dichotomie existentielle entre un monde réel et un monde surnaturel qui serait parallèle au monde réel. La magie et les religions appartiennent au monde surnaturel. Mais au-delà d'appartenir au même monde surnaturel, la magie et la religion sont des pratiques fondamentalement différentes.

La religion repose sur l'affirmation du divin, du sacré. De puissantes forces transcendent celles de la nature. La religion reconnaît l'existence d'êtres surnaturels qui sont des dieux. Elle puise ses fondements dans un certain nombre de pratiques, les cérémonies, la fidélité, les serments, les temples et sanctuaires, les sacrifices solennels. La religion, de par l'acceptation d'un être suprême qui transcende et dirige les lois surnaturelles, rassemble une communauté (ou une cité) derrière un dieu ou un ensemble de pratiques vouées à la divination d'un être surnaturel. La religion a donc cette particularité d'être collective au contraire de la magie qui est avant tout une pratique individuelle.

La magie agit à l'aide de forces immanentes et cachées à la nature. Le magicien doit alors identifier ces forces et les mobiliser par son art afin de les utiliser à bon escient. Le magicien est une personne que l'on peut voir, éventuellement toucher, à l'inverse d'un dieu qui est un être invisible. Et pourtant, malgré leurs bases fondatrices profondément ambivalentes, la magie et la religion sont fortement imbriquées, comme l'a écrit Claude Lévi-Strauss, anthropologue et ethnologue français: « *il n'y a pas plus de religion sans magie, que de magie qui ne contienne au moins un grain de religion* ».

La magie est donc utilisée selon des concepts et des pratiques empiriques et le rôle du médecin en tant que magicien s'attache donc à soigner selon des rituels basés sur les « lois » suivantes :

Loi de similitude : « *Tout semblable appelle son semblable ou qu'un effet est similaire à sa cause* ». Il suffit d'associer des idées similaires et penser par ressemblance : en d'autres termes, l'effet ressemble à la cause. L'exemple alors largement répandu dans les pratiques de la magie est qu'on puisse détruire un être à partir d'un artefact lui ressemblant. De même, on peut guérir une personne en pensant mentalement à la soigner, sur ce quoi les magiciens fondent leurs pratiques.

Loi de contact ou de contagion : « *Deux choses qui ont été en contact à un certain moment continuent d'agir l'une sur l'autre, alors même que ce contact a cessé* ». Si nous détruisons les cheveux d'une personne, alors cette personne peut finir par mourir car il existe un lien entre les deux.

1.1.1.2. Le médecin magicien et le médecin prêtre

Les médecines primitives considèrent donc que les maladies sont liées à des phénomènes surnaturels, consécutifs le plus souvent à des maléfices ou à une punition divine. Il est alors tout à fait logique de faire appel à une divinité ou à un magicien pour exorciser, tel un sorcier, le maléfice du corps, que ce soit par des prières, ou des rituels magiques. Le médecin est donc une sorte de représentant qui peut contribuer à faire disparaître le mal. Nous distinguons de ce fait deux sortes de médecin :

« Le médecin magicien » : il applique des rites magiques, des incantations qui sont effectuées dans des lieux précis avec beaucoup de précision. Il exerce de ce fait un art car il utilise des pratiques apprises par son père ou un proche en lien familial.

« Le médecin prêtre » : il supplie les dieux avec ses prières tout en effectuant des sacrifices (d'animaux le plus souvent) pour calmer la colère des dieux. Selon les pays et les coutumes, les offrandes permettent d'honorer les dieux avec de la nourriture préparée ou des récoltes.

Ajoutons à ces deux types de médecin que les pratiques étaient parfois amendées par des savoir-faire empiriques, issus de quelques constatations conceptuelles ou expérimentales. L'homme tente d'établir des correspondances entre l'homme et la nature. Il vit dans un réseau de symboles. C'est d'ailleurs bien sur cette analyse de correspondances que l'astrologie tenait une place dominante pendant l'Antiquité, et ceci jusqu'au XVIIème siècle. Par ailleurs, la structure même de l'être humain englobe des considérations spirituelles et corporelles. On postule des circulations de flux, d'énergies, de fluides et d'humeurs.

Notons à ce sujet que ces considérations spirituelles sont toujours d'actualité aujourd'hui et qu'un grand nombre de « guérisseurs » pratique une médecine dite « parallèle », en utilisant des savoir-faire empiriques, basés sur des théories parfois religieuses ou divines. Nos propos ne sont pas ici d'apporter un jugement de valeur sur ces médecines parallèles mais plutôt de constater que les prémices de la médecine moderne ont fortement impacté les pratiques depuis des millénaires. En un sens, un peu comme dans les défenseurs de la médecine homéopathique, l'héritage historique laisse des traces dans tous les domaines, que ce soit au niveau de la médecine moderne, aux niveaux sociologiques, religieux et philosophique.

1.1.1.3. La Paléomédecine

1.1.1.3.1. L'Homme de Néandertal

Un fossile découvert en 1856 dans la vallée de *Neander*, en Allemagne, témoigne d'une population qui a disparu il y a 35 000 ans. L'homme de Neandertal avait un cerveau très volumineux et était très vigoureux. Aujourd'hui, des analyses ADN (appelées ADN mitochondrial) montrent que ce n'est pas un *homo sapiens* et qu'une divergence des lignées est apparue il y a 500 000 ans. D'après l'examen de certains squelettes, il prenait

soin de ses blessés, ce qui montre une certaine propension sans doute à certains individus (de guérisseurs ?) à s'occuper de ses invalides. C'est également lui qui a enseveli ses morts avec des objets rituels.

1.1.1.3.2. L'Homme de Cro-Magnon

Né en Afrique et découvert la première fois en 1868, en France, dans la Grotte de Cro-Magnon dans la vallée de la Vézère, il a colonisé toute la Terre, y compris l'Amérique et l'Australie. Il a sans doute cohabité avec l'homme de Neandertal qui a d'ailleurs disparu dans des conditions inexplicables à ce jour. Il était doué de facultés motrices assez remarquables, il travaillait la terre, fabriquait des outils avec de la pierre ou de l'os. C'était un chasseur et un cueilleur. Il a même vécu pendant la grande glaciation il y a 18 000 ans. Il s'abritait dans des grottes, des huttes en bois et même tissées. On a retrouvé dans les grottes des traces peintes qui témoignent d'une volonté spirituelle et religieuse.

1.1.1.3.3. La révolution néolithique

Vers 10 000 avant Jésus-Christ, l'Homme de Cro-magnon a connu un changement climatique radical qui l'a conduit à s'adapter dans des territoires changeants où les inondations et les déluges étaient le rythme quotidien des populations. Ce changement brutal de climat (on parle de « *boling* »), a contribué sans équivoque à ce qu'on appelle la *révolution néolithique*.

Les pierres sont polies, les hommes maîtrisent les techniques de la poterie, la métallurgie du cuivre et le polissage des pierres. Des villages se construisent, les routes apparaissent et la démographie passe de 10 à 100 millions entre 8000 ans et 2000 ans avant Jésus-Christ.

Les pratiques religieuses prédominent encore largement et des vestiges sont retrouvés à travers le Monde, que ce soit en Europe, aux Etats-Unis ou encore en Afrique.

1.1.1.3.4. La Pathocénose Préhistorique

Les maladies sont bien évidemment présentes au cours des différentes étapes de la préhistoire. Cette étude se fonde majoritairement sur l'étude des ossements (*paléo-ostéologie*, *ostéo-archéologie*) et des dents (*paléo-odontologie*). Nous avons pu observer des infections osseuses, des lésions traumatiques diverses, au niveau du crâne, des vertèbres, des membres inférieurs et supérieurs.

Ces maladies constituent ce qu'on pourrait qualifier de « *Pathocénose* ». Nous pourrions définir cette notion (Mirko Grmek), comme « *un ensemble d'états pathologiques qui sont présents au sein d'une population déterminée à un moment donné* ». Par exemple, l'abrasion des dents témoigne d'une alimentation coriace. Au mésolithique, il y a l'apparition des caries dentaires et les lésions dues aux guerres (des pointes de silex dans les bras, les vertèbres, les crânes...). Les maladies transmissibles apparaissent. La domestication, au cours de la révolution néolithique a favorisé le passage à l'homme de nombreuses maladies animales (variole, grippe, SIDA, gale, ascaris, peste...).

Enfin, la sédentarisation et l'accumulation des déchets vers les villages et les différentes habitations, avec le développement des eaux stagnantes a amené les maladies infectieuses (typhoïde), ainsi que différentes parasitoses.

1.1.1.3.5. Les guérisseurs de la Préhistoire

Les maladies étaient bien présentes dès la préhistoire. Comme nous l'avons vu, la culture, la sédentarisation, la pratique de l'élevage ont généré la transmission de virus et les maladies infectieuses n'ont pas non plus épargné ces civilisations. Cependant, les prises en charge de ces malades relèvent encore du mystère. Les pratiques et expériences ont certainement conduit dans la forme sociétale de l'époque certains individus à se positionner en tant que guérisseurs. Mais le recours à des pratiques surnaturelles était indispensable pour prétendre éradiquer une maladie.

Une forme connue de ces pratiques surnaturelles vient de la Sibérie. Il s'agit du chamanisme (ou shamanisme), qui est une pratique centrée sur une forme de méditation entre les êtres humains et les esprits de la nature, les morts, les âmes des enfants ou des malades... Le guérisseur (ou sorcier ?) incarnant cette fonction est le chamane. La pensée

chamanique a essaimé de la Baltique, le détroit de Behring et de nombreuses pratiques analogues se retrouvent sur tous les continents. *Michel Perrin*, ethnologue, né en 1941, définit le chamanisme comme l'un des grands systèmes imaginés par l'esprit humain dans diverses régions du monde pour donner sens aux événements et pour agir sur eux. Selon lui, il implique une représentation dualiste de la personne et du monde. L'être humain est composé d'un corps (physique) et d'une âme qui survit à la mort. Le chamanisme rentre alors clairement dans cette dualité car il suppose que certains humains savent établir une communication avec le monde des esprits. Cette capacité n'est donnée qu'à certains individus, au détriment de la majeure partie de la population. C'est pour cela que Michel Perrin pense que le chamanisme est une sorte de religion, à condition de considérer une religion comme une représentation du monde qui ne peut être séparée des actes découlant de la croyance qu'elle met en place.

Le chamanisme serait donc au cœur de la religion primitive du paléolithique et expliquerait certaines représentations rupestres comme l'image du sorcier dans la *Grotte des trois frères* en Ariège. Cette image est peut-être la plus ancienne représentation du sorcier qui est l'ancêtre du médecin.

Notons enfin que certaines pratiques (comme la trépanation) sont également considérées comme des exemples de chirurgie primitive. Cette trépanation était probablement utilisée pour soigner un mal de tête ou un vertige. On a retrouvé, en 1816 dans une caverne de l'Oise à Nogent-les-vierges, environ 200 squelettes dont un avait un crâne perforé avec un vaste orifice. Par ailleurs, 60 ans plus tard, au Pérou, on retrouvait également un crâne avec un orifice, certes de forme et de taille différentes, mais parfaitement cicatrisé. L'inca avait donc certainement survécu à cette trépanation.

1.1.1.4. Vers les Archéo-Médecines

Comme le rire, la médecine est le propre de l'homme. Il faut pour l'envisager pouvoir penser à la mort et donc lutter contre elle. Dès l'aube de l'humanité, malgré l'imputabilité de la main divine, l'homme a cherché à soulager par ses propres moyens les souffrances de ses proches, fièvre ou douleur par exemple. L'homme refuse le mal, l'affronte, contrairement à l'animal qui le subit.

La médecine reflète la complexité de l'esprit de l'homme qui se met à son propre service, dans l'objectif de son bien-être et de sa conservation. Très tôt, il émerge la figure du

médecin, qu'il soit mage, sorcier ou prêtre. Et même si elle mettra de nombreuses années à se séparer du cercle des dieux et des esprits, la médecine garde sa vocation initiale depuis ses prémices : soulager l'humaine souffrance.

Les hommes préhistoriques qui vivaient de la chasse et de la cueillette découvrirent en un sens l'art de la traumatologie, quand il s'agissait de soigner leurs blessures liées aux combats avec les bêtes ; et celui de la pharmacopée en goûtant (parfois de façon fatale) plantes, fruits et autres baies.

La révolution néolithique, la sédentarisation, le travail des outils, la naissance de la vie urbaine imposent une organisation sociétale : les civilisations naissent avec leurs ordres hiérarchiques.

Les systèmes économiques et religieux doivent être construits, les systèmes juridiques s'imposent alors et la politique sert aussi de terreau à l'organisation globale de ces civilisations.

Toute cette organisation a nécessité de réfléchir sur des moyens d'inscrire et de retranscrire ces modes d'organisation : la naissance de l'écriture a été un bouleversement majeur dans l'histoire de l'humanité, de la médecine et du médecin.

1.1.1.5. La Mésopotamie

1.1.1.5.1. La naissance de la Médecine

Ainsi, la véritable naissance de la médecine se produit en Mésopotamie, durant la période des « premières fois », s'étalant de la fin du IV^{ème} millénaire au milieu du VI^{ème} siècle avant notre ère. Dans le pays du croissant fertile, ce fut en trois mille ans d'histoire qu'apparurent l'écriture, le pouvoir des rois et des prêtres, l'administration et les codes de lois, les premières cosmologies, les guerres et les rivalités.

L'écriture fut l'invention majeure qui permit toutes les autres. Il s'agissait alors de caractères cunéiformes imprimés dans la pâte molle d'une argile fraîche. Grâce à elle, le scribe possédait tout un ensemble de signes conventionnels qui lui permettait d'inventorier, de distinguer et de classer les réalités de la nature et de l'esprit. De ce recueil de faits

observationnels découle la démarche intellectuelle de l'observation médicale que l'on pourrait nommer la sémiologie.

L'écriture permet de ne plus s'embarrasser des aléas de la retranscription orale, et d'accumuler à travers les âges les constatations sur les symptômes, les conséquences des affections rencontrées et les effets des thérapeutiques utilisées. L'écriture permit à la médecine, à l'instar des mathématiques, de devenir un savoir cumulatif et transmissible, voire une science.



Figure 1 : Tablette médicale mésopotamienne : « S'il touse et que les mouches fuient son crachat : il mourra. » *Source : British Museum.*

Autre « outil » au service de la médecine, contemporain de l'invention de l'écriture : les guerres. Elles apportèrent aux précurseurs de la médecine un large panel observationnel : les premiers chirurgiens et médecins purent découvrir et apprendre les bases de l'anatomie et de la traumatologie sur les champs de bataille.

La médecine devint progressivement un métier, une fonction sociale, attribués à certains, détenteurs d'un savoir et de quelques pouvoirs. Rapidement, l'état mésopotamien se préoccupa de l'apparition de cette caste et voulu ériger des règles pour encadrer l'exercice de la médecine : l'état légiféra sur le statut du médecin, ses compétences, ses responsabilités et les peines qu'il pouvait encourir en cas de manquement. Dès cette époque, le médecin se vit dans l'obligation de prêter serment. Ces règles sont regroupées en une douzaine d'articles sur les 282 qui constituent le Code de Hammurabi, publié au XVIII^e siècle avant notre ère : c'est en quelque sorte la naissance du premier ordre des médecins.

Pour comprendre la conception de la maladie et donc de la médecine des mésopotamiens, il faut connaître la façon dont ils appréhendent leur existence. Les

mésopotamiens avaient une vision pessimiste de celle-ci. En effet, ils considéraient qu'elle n'était vouée qu'à servir les dieux, vivants dans le monde d'En Haut. Mais en retour, les dieux n'apportaient aucune contrepartie. Distants et capricieux, ils ne manquaient pas de punir les hommes pour leurs moindres faux pas. On peut citer, pour mieux comprendre l'implication divine dans l'apparition des maladies, le dieu Nergal qui pouvait être à l'origine d'épidémies et de massacres. D'autres dieux pouvaient missionner des démons pour accomplir leurs châtements divins. Ces invisibles démons agissaient sous la forme d'un souffle ou d'un venin, s'engouffrant dans toutes les habitations sans aucun obstacle, répandant la crasse et la mauvaise odeur. Pour nommer les plus célèbres, les *gallu* entraînaient la mort ; les *alû* des troubles du sommeil et les *assakku* des fièvres mortelles.

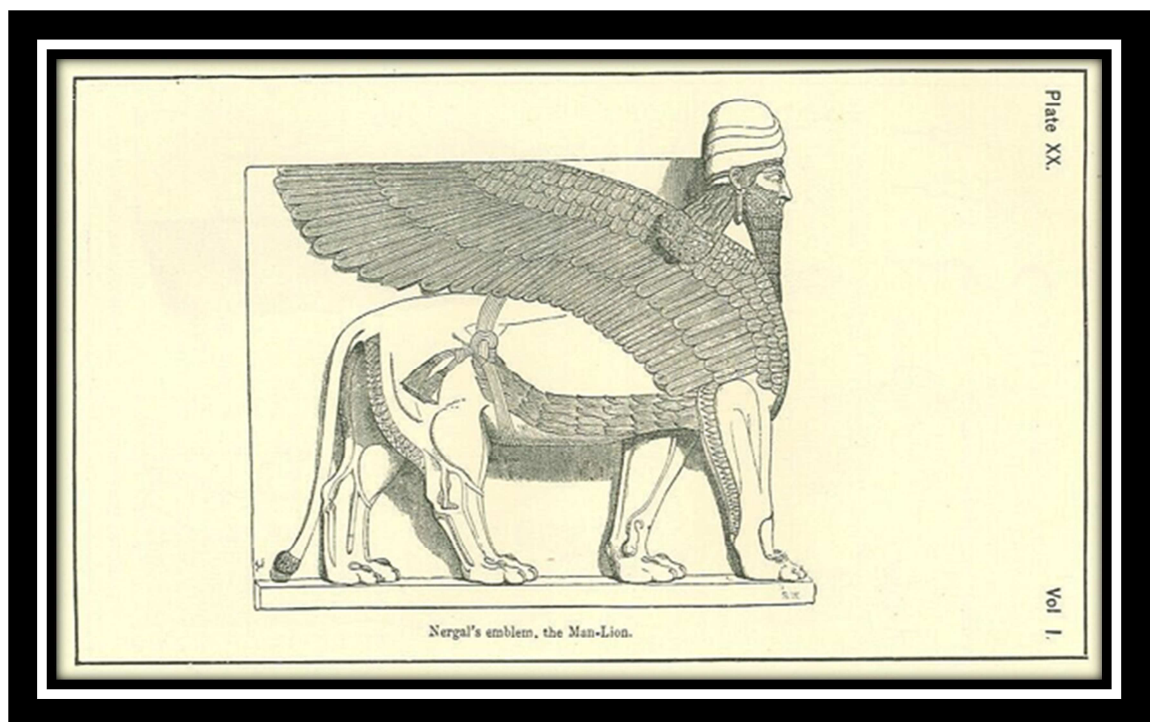


Figure 2 : Représentation du dieu Nergal

Dès sa naissance, la vie de l'enfant était marquée par le sceau du destin, au moment précis où l'on coupait le cordon ombilical à l'aide d'une lame de roseau. A cet instant même, une prière était faite afin de le protéger de la démonsse Lamashtu, tueuse d'enfants, première divinité définissant les contours d'un monde peu accueillant pour celui qui venait de naître.

Le monde d'En Bas, sous le monde des vivants, ne l'était guère plus. Il s'agissait d'un lieu de désolation où l'ombre du mort, pourvue d'ailes et revêtue de plumes, menait une vie larvaire, sans espoir, ni joie ni peine, pendant que son corps se décomposait plus haut. En cas de mort violente, le défunt pouvait devenir lui-même démon, et s'introduire dans le corps des vivants par leurs oreilles, et entraîner des troubles mentaux, notamment la dépression.

Ainsi, entre une naissance où le destin était scellé et une mort peu réjouissante, les mésopotamiens avaient donc une vision eudémonique de leur vie, et hormis les guerres et les famines, les seules menaces à leur bonheur étaient les maladies. Les mésopotamiens firent une priorité de la lutte contre les affections, afin de conserver la bonne santé qui leur conféraient le bonheur et leur assuraient d'avoir gardé la faveur des dieux.

1.1.1.5.2. Pratiques systématiques : démarche scientifique ?

Puisque toute maladie résultait d'une offense aux dieux, les symptômes en étaient logiquement la punition légitime. De ce constat, pour soigner la maladie, il fallait en trouver la cause, et donc découvrir pour quelle offense la personne était punie. Les médecins mésopotamiens mirent en place une méthode d'investigation systématisée, semblable à une procédure de diagnostic médical. Cette méthode était basée dans un premier temps sur un interrogatoire scrupuleux composé d'une longue liste d'interrogations sur des faits qui auraient pu se dérouler. Cela permettait de déduire et retenir des premières hypothèses. La personne pouvait aussi être la victime indirecte de l'impureté d'une autre personne de son entourage, première intuition d'une notion de contagiosité « morale ».

Puis le médecin réalisait une ébauche d'examen clinique en prenant le pouls à différents moments de la journée, contrôlant la température, vérifiant son haleine et ses urines. Cela restait malgré tout très empirique et aboutissait à une interprétation surtout symbolique.

Enfin, pour confirmer ses hypothèses, le médecin procédait à ce que l'on pourrait comparer à nos actuels examens complémentaires : les procédés de divination. Il interrogeait les dieux eux-mêmes. Parmi ces procédés, on peut retenir :

- **La lécomancie** : il versait sur le patient une goutte d'huile et une goutte d'eau ; si l'une était absorbée par l'autre, la mort était certaine.

- **L'empyromancie** : l'observation des fumées
- **L'oniromancie** : études des rêves et des songes, lors desquels les dieux venaient communiquer avec les vivants
- **L'astrologie** : née en Chaldée où le ciel est d'une pureté inébranlable, son interprétation devient individualiste vers le Ve siècle avec la maîtrise du zodiac. Ainsi cette maîtrise permet l'interprétation de présages médicaux.
- **L'extipicine** : étude des entrailles d'animaux sacrifiés, avec en première ligne l'hépatoscopie, reposant sur un rigoureux protocole sacrificiel d'un mouton. On en extrayait les entrailles pour examiner le foie et la rate, considérés comme le siège de la vie.

Il faut néanmoins prendre en considération le fait que ces divinations ne s'adressaient qu'aux personnes d'un haut rang social pouvant assumer le coût du sacrifice et la rémunération du devin.

A l'issue de ces rituels, on ne peut parler de l'établissement d'un diagnostic car le concept de maladie n'existait alors pas. Les médecins mésopotamiens s'en tenaient à conclure à des symptômes isolés sans chercher à les intégrer à un cadre sémiologique précis.

Ils laissèrent de belles descriptions de probables cas de tuberculose pulmonaire, décrivant une toux, une dyspnée avec une modification des expectorations.

En pathologie digestive, ils décrivent parfaitement les diarrhées, coliques, gastrites et pathologies hémorroïdaires.

En pathologie urogénitale, ils décrivent les difficultés à uriner apparaissant avec l'âge, les hématuries, les écoulements urétraux et autres symptômes vénériens, les rétentions aiguës d'urine.

Parfois, ils décrivent les symptômes exacts d'un infarctus du myocarde par exemple mais furent incapables d'en interpréter le sens exact : « douleur de l'estomac, poitrine déchirée, douleur dans le bras gauche : cet homme souffre de la chaleur du jour ! ».

Les traitements enfin proposés visaient surtout à apaiser la colère des dieux et arrêter les nuisances des démons. Ils consistaient notamment en des prières et des incantations, voire un sacrifice d'un agneau ou d'une chevrette (on réalisait un transfert du patient sur l'animal : en tuant ce dernier, on tuait le mal du patient) avant de procéder à un exorcisme. Parallèlement, les médecins mésopotamiens utilisaient couramment des remèdes naturels : de nombreuses tablettes d'argile nous relatent plus de 250 plantes, 120

substances minérales et plus d'une centaine d'origine animale. Parmi les remèdes végétaux, on peut noter le myrte, le thym, les feuilles de saule contenant de l'acide salicylique, la térébenthine ou encore l'opium et le chanvre pour leur propriété narcotique... Parmi les remèdes minéraux, l'alun aux propriétés hémostatiques, le cuivre ou l'antimoine aux propriétés antiseptiques notamment en collyre, la chaux, le sulfure d'arsenic... Enfin les remèdes d'origine animale étaient souvent des viscères, des écailles voire des excréments, administrés en potion, en amalgame de miel pour en faire des pilules, ou encore en résines aromatiques à brûler pour les administrer en inhalation.

Il existait une hiérarchie médicale : l'*asu* réalisait l'examen clinique et l'interrogatoire au domicile du patient (et parfois administrait les premiers remèdes naturels). Il était formé à l'école des scribes et souvent issu d'une dynastie de médecins. Il avait donc une connaissance pluridisciplinaire liée à sa formation.

Le *barû* était quand à lui le devin qui réalisait l'hépascope et formulait les présages. Il concluait donc au diagnostic et suggérait le remède le plus approprié. Son rôle était surtout magique.



Figure 3 : Foie divinatoire. Source : *British Muséum.*

L'*ashipu* était le mage en charge de l'exorcisme, des prières thérapeutiques et des sacrifices.

La petite chirurgie, les pansements, les sutures... étaient réalisées par le *gallabu*, qualifié de « sous-praticien ». Ses compétences étaient bien plus limitées que celles d'un

asu, sa rémunération aussi bien moindre, et les sanctions en cas d'erreur thérapeutique bien plus importantes. L'apparition de sanction en cas d'erreur constitue la naissance de la responsabilité médicale.

Il faut ensuite se diriger vers l'Afrique du Nord pour découvrir la seconde civilisation qui posa les fondements de l'histoire des sciences médicales : l'Egypte Antique. Tout aussi religieuse que la médecine mésopotamienne, la médecine Egyptienne développa néanmoins des techniques bien plus perfectionnées que la première, c'est ce que nous allons étayer.

1.1.1.6. La médecine de l'antiquité

1.1.1.6.1. La médecine égyptienne

La civilisation égyptienne s'est développée vers 3000 av J.C. dans la vallée du Nil. Comme en Mésopotamie, les dieux égyptiens jouaient un grand rôle dans la vie des hommes et les maladies qui les frappaient. Mais la première grande différence avec les mésopotamiens fut que contrairement à eux, les égyptiens avaient une vision beaucoup plus optimiste de la vie, basée sur l'espérance et la joie de vivre. En effet, une vie post-mortem qui leur était promise, était emplies de félicité et de bonheur éternel. Cette vision de la vie plus optimiste a transfiguré celle de la maladie et de la mort, qui n'étaient désormais plus directement attribuées aux dieux. Il s'ouvrit alors la voie vers une médecine laïque, même si la médecine égyptienne restait encore très magico-religieuse.

En Egypte aussi, le médecin faisait partie du corps des scribes. Le jeune scribe acquérait la connaissance médicale lors de sa formation, qu'il complétait de façon plus empirique par les pratiques de ses ascendants, parfois plus divinatoires. Ces médecins – prêtres étaient des fonctionnaires de l'état et disposaient de centres de formations annexés aux temples, les maisons de vie. Ces médecins étaient investis d'une mission de service publique et devaient soulager la population de ses maux.

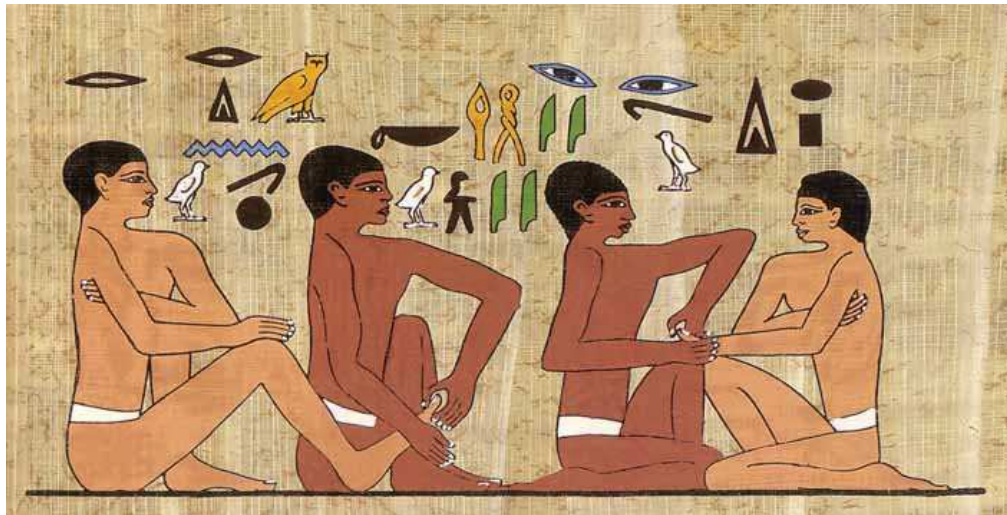


Figure 4 : le papyrus d'Ebers. *Source : Université de Leipzig, Allemagne.*

Selon les papyrus médicaux, les médecins égyptiens exploraient les maladies par ordre topographique, c'est-à-dire de la tête aux pieds : le papyrus Edwin Smith traitait de la pathologie chirurgicale, celui de Kahoun des affections gynécologiques et de l'obstétrique, celui d'Ebers des affections du cœur, de la vessie et des parasites intestinaux. Apparurent alors les rudiments de la physiologie et de l'anatomie, constats des blessures sur les chantiers pharaoniques, mais aussi des données de l'observation de dissections animales.



Figure 5 : le papyrus gynécologique de Kahoun. *Source : University College London*

La théorie dominante fut celle que tous les vaisseaux du corps se rattachaient au cœur, quoi qu'ils puissent transporter. Les différents déchets étaient éliminés par l'anus. A l'image du Nil qui déborde de son lit, l'accumulation de matières fécales pouvaient donc déborder, envahir le système circulatoire et provoquer des maladies. On comprendra donc l'usage préventif de laxatifs, notamment les graines de ricin.

Les égyptiens se cantonnaient à la description clinique et ne donnaient jamais de nom de maladies : diarrhée, constipation, hématuries (bilharzioses ?), luxation de vertèbres cervicales face à une tétraplégie...

Avant d'établir un pronostic (« doit être traité par... » « à surveiller... » « on ne peut rien faire »), les médecins égyptiens avaient développé une méthode structurée et rigoureuse d'examen des patients par la palpation, la percussion et même l'auscultation immédiate à l'oreille.

Ils avaient même mis en place un véritable test de grossesse (papyrus de Berlin) : la femme devait uriner chaque jour sur de l'orge et du blé amidonné. L'urine de la future mère étant riche en hormone stéroïdienne, analogue des facteurs de croissance végétaux, le blé germait plus rapidement lorsque la femme était enceinte.

Ils devaient ensuite mettre en œuvre les thérapeutiques adaptées, assez similaires à celles des mésopotamiens décrites plus haut, avec malgré tout une plus grande précision dans les doses et les modes de préparation.



Figure 6 : Prothèse d'orteil. Source : musée égyptien du Caire

Cette médecine était pratiquée par le Sounou. Il était un clinicien par excellence, recherchant sur ses patients les signes consignés dans ses papyrus. Il existait des sounou

généralistes et des sounou spécialistes (des yeux, du ventre ou encore de l'anus, ou des maladies cachées).

Les médecins égyptiens jouissaient d'une reconnaissance liée à leur savoir, mais exerçaient dans des conditions très diverses. Ils étaient néanmoins tous salariés. Il existait une hiérarchie : le sounou simple, le chef sounou (*mer sounou*), le grand médecin (our sounou) et l'inspecteur des médecins (senedj sounou).



Figure 7 : Représentation de Hesy-Rê, grand des médecins sous le règne de Djoser.

Source : Musée du Caire.

L'apport de la médecine hébraïque se situa plus dans l'hygiène préventive avec l'apparition d'interdits alimentaires, plus liés à des risques de contamination qu'à un objectif purement religieux. De même que les prohibitions sexuelles, par exemple pendant les menstruations, qui sont finalement la période la plus propice à la transmission d'IST.

En traversant de nouveau la Méditerranée, on découvre à la même époque une médecine toute autre, évoluant en parallèle de celle des Egyptiens : la médecine grecque, première pierre portée à l'édifice qui aboutira à notre médecine actuelle.

1.1.1.6.2. La médecine grecque

A partir du III^{ème} siècle avant notre ère, la Grèce sortit lentement d'une triste période nommée le Moyen-Age grec, durant laquelle la civilisation va de progrès en grandes régressions, au fil des invasions, des guerres et des massacres. De 1200 à 800 avant J.C., même l'écriture fut perdue. Progressivement, la Grèce sort de sa torpeur et du Chaos, retrouve une nouvelle écriture, grâce à l'action divine, décrite par Homère dans l'*Illiade* et l'*Odyssée*, ou encore par Hésiode dans la *Théogonie*. La médecine grecque naissait alors dans un monde marqué de multiples divinités. Les Grecs expliquaient l'apparition des maladies par l'action divine, comme par exemple avec le mythe de Pandore, la plus belle des femmes, créée par le dieu Héphaïstos. Désobéissant à son mari, elle ouvrit une jarre d'où s'échappèrent tous les maux pouvant affecter les hommes (vieillesse, maladie, folie, vice et passion). Au fond de la jarre, il ne resta plus que l'espérance, qui permit aux hommes malades de garder l'espoir.

1.1.1.6.2.1. La médecine grecque des Philosophes

A cette époque, les malades ne consultaient pas de médecin pour se faire soigner, mais le dieu Apollon, à Delphes, par la transe d'une jeune fille (la pythie), dont un prêtre devait interpréter les gestes et les paroles. C'est Apollon qui fut selon la légende le père du premier des guérisseurs célèbres, Asclépios, sauvé par « césarienne » du ventre de sa défunte mère, tuée pour son infidélité envers Apollon. L'enfant aurait été confié au centaure Chiron qui lui aurait enseigné la médecine. Il aurait même acquis la faculté de ressusciter les morts, ce qui lui aurait valu la colère des dieux qui se sentirent spoliés. De nombreux temples furent érigés à son effigie par le peuple grecque. Il aurait été à son tour le père d'Hygie, déesse de la santé, et de Panacée, capable de guérir tous les maux grâce aux plantes, mais aussi de deux fils médecins, Machaon et Podalire, ancêtre d'Hippocrate. Ses descendants formèrent la famille des Asclépiades, installés sur l'île de Cos et dans la ville de Cnide.

Au cours du VI^{ème} siècle avant notre ère, une nouvelle discipline naquit et influença la médecine de l'époque : la philosophie. Les médecins se qualifiaient de « philosophes » (*phusis* la nature et *logos*, la parole, le discours et la raison) et s'interrogeaient sur l'origine de l'univers, sur ce qu'est la matière ou sur les raisons de

l'existence de l'homme. Jusque-là ils s'intéressaient à la nature, d'où leur nom de physiciens ou physiologues. Dès lors, ils allaient s'intéresser à l'étude de l'homme. Les grecs comprirent très vite aux cours de leurs voyages et de leurs rencontres avec des peuples barbares, la nécessité de développer un véritable art du langage, tel que la dialectique, la rhétorique ou encore la logique, raisonnable et cohérente, auquel tous pourraient adhérer, afin de convaincre, et de transmettre un savoir ou une conviction. L'émergence de cette raison spirituelle venait progressivement mettre à mal les explications mythiques du monde, et donc des maladies. Sans aucune connaissance scientifique, ils tentaient de donner un sens à chaque élément de la nature en s'interrogeant sur tout, sur la nature des choses, sur l'Un, point commun et unique derrière la diversité des apparences.

Le premier médecin à se qualifier de philosophe fut Pythagore. Il ne pensait pas posséder la sagesse, mais disait l'aimer et tendre vers elle. Pour lui, les nombres et les rapports étaient la clé du monde, à travers l'Un primordial. Il visait à établir une science complète où il ajoutait la notion d'harmonie, englobant toutes les dimensions de la vie à travers les proportions, racines carrées ou nombres irrationnels... Il se créa autour de lui une communauté qui se coupa du reste du monde, observant de nombreuses règles notamment alimentaires. Il avait entre autres proscrit les fèves sans raison clairement établie si ce n'est magique, mais on peut supposer d'une incidence élevée de déficit en G6PD dans cette communauté entraînant des « épidémies » de favisme dont la prophylaxie passait par l'éviction de ces dernières.



Figure 8 : L'école d'Athènes, 1511, par Raphaël. Source : musée de Rome

1.1.1.6.2.2. Les premières dissections

Vers 535 avant notre ère, naquit Alcmeon de Croton, membre de la confrérie de Pythagore. Il fut le premier à réaliser des dissections sur des cadavres d'animaux saignés, au cours desquelles il identifia les veines emplies de sang, et les artères vides, ainsi que les voies respiratoires, elles aussi vides (ce qui fera perdurer longtemps une confusion entre trachée et artère). Il s'interrogeait beaucoup sur les différents sens : vision, odorat, goût... Il découvrit la trompe d'Eustache et plaça la fonction auditive au niveau de l'oreille, ainsi que la fonction gustative au niveau de la langue et la fonction visuelle au niveau de l'œil à travers l'humeur aqueuse et la cornée. Il mit aussi en évidence des « canaux » qui relient ces différents organes au cerveau : il plaça dès lors la conscience dans l'encéphale contrairement à ses précurseurs, et non plus dans le cœur comme Aristote, ni dans le foie comme Homère avec sa théorie du *phren*. L'obstruction de ces canaux aboutissait à la perte de la fonction. Il développa la théorie d'isonomie selon laquelle l'univers se déchiffre par des systèmes d'opposition dualiste (chaud-froid, sec-humide...). L'équilibre de ces systèmes produisait et conservait la bonne santé. La prédominance d'un de ces systèmes sur les autres conduisait inversement à la maladie voire à la mort, d'où l'importance d'une bonne hygiène de vie.

1.1.1.6.2.3. Modèle dynamique

Dans son sillage, vers 490 avant notre ère, Empédocle d'Agrigente ajoute à la théorie pythagoricienne la notion que toutes les choses étaient en perpétuel changement, modèle purement dynamique. Pour lui les deux couples d'opposition « chaud-froid » et « sec-humide » formaient 4 racines couplées deux à deux : le feu et l'air, la terre et l'eau. Ces 4 racines se combinaient et produisaient tous les éléments de la nature. Ces éléments étaient durables et constants, et formaient l'aspect permanent du monde. Il ajouta néanmoins la notion de forces qui rassemblent et disjoignent sans cesse ces racines. Ces forces reposaient sur le principe : les semblables s'attirent et les contraires se repoussent (devise reprise plus tard par l'homéopathie : les semblables se traitent par les semblables). Pour lui, les espèces se seraient créées par rapprochements aléatoires de semblables, en partant d'êtres monstrueux, puis par loi d'affinité, des êtres mieux équilibrés firent leur

apparition et purent se conserver pour la reproduction. Il affirma suite à ses dissections que l'homme et la femme apportaient chacun une semence dont le mélange conduit à l'embryon, notamment en milieu de cycle qui constitue le moment optimal, et découvrit le rôle du placenta.

1.1.1.6.2.4. Les premiers hôpitaux

A cette époque, les médecins officiaient dans les Asclépiades, demeures du dieu Asclépios. Ils faisaient partie d'une caste héréditaire de prêtres dieux dont la réputation était grandissante. Les patients venant de toute la Méditerranée pouvaient séjourner dans ces temples –cliniques pendant plusieurs jours, suivant des restrictions alimentaires, buvant des breuvages aux vertus hypnotiques pour obtenir après une nuit d'incubation des visions, messages des dieux. Les prêtres les interprétaient et en déduisaient la thérapeutique adaptée au patient. Les traitements reposaient essentiellement sur les mythes d'Hygie et de Panacée. Outre les soins du corps, notion majeure de la médecine grecque, les Asclépiades bénéficiaient d'une grande variété d'herbes et de plantes médicinales, se trouvant à proximité de bois sacrés. Cette caste des Asclépiades fut longtemps jalouse de ses prérogatives et s'efforça de maintenir serrés les liens qui les unissaient et qui les distinguaient du reste de la société. La transmission du savoir se faisait de père en fils, jusqu'au jour où ce dernier pouvait solennellement être reçu dans le collège des Asclépiades pour à son tour en perpétuer la tradition.

Mais peu à peu, des fils de citoyens sans ascendance divine furent acceptés dans les écoles des temples d'Asclépios. Une fois leur formation terminée, ils allaient parcourir le monde pour enrichir leur expérience : apparurent les Périodeutes ou médecins itinérants. Les écoles médicales naquirent de cette sécularisation de la médecine, où s'unissait une tradition locale. La première, dès le VII^{ème} siècle, fut celle de Croton, fondée autour de Démocédès, scindée au V^{ème} siècle en deux écoles majeures : Cnide et Cos.

A Cnide, l'approche était purement empirique, fondée sur des descriptions cliniques, sans vouloir relier ces observations en systèmes. Cette médecine proche de la médecine philosophique semblait oublier le patient. Les médecins de Cnide eurent néanmoins le mérite de codifier l'auscultation cardiaque, décrivant les bruits surajoutés des différents épanchements (péricardique, pleural...). Ils tentaient des incisions thoraciques thérapeutiques, posant des drains à base de tissu de lin, multipliaient les indications de la

saignée, extirpaient les polypes nasaux, nettoyaient l'enduit purulent des angines à l'aide de bâtons de myrte... Ils se souciaient peu de construire une théorie médicale et multipliaient les entités cliniques sans les rapprocher entre elles. Leurs thérapeutiques découlaient d'un raisonnement similaire : ils multipliaient les potions, les purgatifs, les lavements... A titre d'exemples, ils avaient développé plus de mille remèdes uniquement à visée gynécologique. Leur devise : « donne et expérimente ». C'est ainsi qu'un des maîtres de cette école, Ctésias, conseillait de secouer la parturiente accrochée à une échelle pour accélérer la délivrance, ou encore de placer la tête en bas, accrochée à une échelle, une femme souffrant d'un prolapsus utérin.

A Cos, inversement, on sollicitait le sens clinique et le pragmatisme, école dont est issu Hippocrate, nous le verrons plus loin.

1.1.1.6.2.5. Sédentarisation des Périodeutes

En s'éloignant des Asclépiades, les périodeutes se sédentarisèrent parfois, créant une nouvelle catégorie de médecins civils et laïques. Ces médecins durent trouver leur place dans une Grèce politiquement instable et divisée. Ces médecins libres étaient soucieux de se distinguer des charlatans mais ne bénéficiaient plus de la protection et de l'aura locales des Asclépiades. Leur place dans la société était variable en fonction de leur lieu d'exercice. En Sicile par exemple, on légiféra pour que les médecins soient fonctionnaires et que tous les citoyens soient soignés aux frais de l'Etat sans jamais ne devoir rien régler au médecin directement. Les jeunes praticiens souhaitant s'installer pour exercer devaient exposer publiquement leur expérience et exposer le nom de leurs maîtres. Dans beaucoup d'autres cas, le médecin était un libéral et son statut était beaucoup plus précaire. La rémunération de ces iatros était très variable et aucune règle n'existait. Les praticiens se faisaient rares en ville où ils n'étaient presque pas payés. Certaines villes comme Athènes ou Delphes mirent en place des exonérations d'impôts pour les médecins et levèrent un impôt spécifique, l'iatricon, pour les rémunérer. Le médecin, lorsqu'il était de passage, allait uniquement au domicile des patients pour les soigner. A l'inverse, quand il était sédentarisé, il possédait un iatreion pour recevoir les patients, faisant office de cabinet et de maison médicale où il pouvait procéder à des interventions chirurgicales (à l'aide des pinces, ciseaux, sondes, cautères ou trépan) et garder en observation quelques patients. Il pouvait posséder des baignoires en cuivre pour réaliser des bains thérapeutiques, et les murs étaient équipés

d'appareils pour réduire les luxations et les fractures. Certains médecins possédaient même dans de grandes boutiques les matières premières pour élaborer des remèdes, soigneusement rangées. L'iatreion servait de lieu d'enseignement aux étudiants en médecine. C'était un lieu animé et fréquenté, où se côtoyaient les patients attendant leur consultation, les médecins de passage et même des personnes de la bonne société venues s'adonner aux plaisirs de la discussion. Néanmoins, ces lieux étaient interdits aux esclaves, qui n'avaient pas droit aux égards du médecin, mais pouvaient recevoir des soins de la part des esclaves du médecin. Les femmes n'étaient alors pas autorisées à être elles-mêmes médecins, mais pouvaient cependant devenir sages-femmes, comme la mère de Socrate.

1.1.1.6.2.6. Hippocrate, père de la médecine

C'est à cette époque où le savoir avait une transmission principalement orale, qu'Hippocrate naquit, en 460 avant notre ère. Il aurait vécu près de 100 ans. Il vit le jour dans la famille des Asclépiades du Cos.

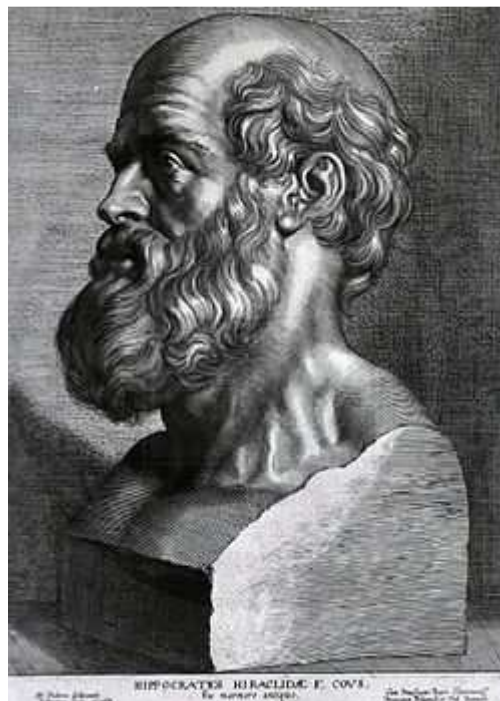


Figure 9 : Portrait d'Hippocrate

Hippocrate nous laissa une soixantaine de documents qui allaient dominer la médecine occidentale pendant plus de vingt siècles, et dont la longueur varie d'une à 200 pages. Leur rédaction dut s'échelonner entre 450 et 350 avant notre ère. Il s'agit du *Corpus hippocraticum* ou *Collection hippocratique*, qui demeure un témoignage précieux sur les pratiques et les tendances de la médecine au Vème siècle, à travers ce qu'était l'école de Cos, où l'observation clinique avait une place majeure. D'emblée, Hippocrate rejeta l'intervention divine ou des forces occultes dans l'apparition des maladies, et tenta d'expliquer que la guérison tenait de l'art du médecin. Il désacralisait ainsi la maladie, et plaçait la médecine dans le champ de la raison et de la nature.

1.1.1.6.2.6.1. Théorie des humeurs

Pour Hippocrate, tous les conduits du corps étaient inter-connectés, et sans distinction, le sang et autres fluides, ainsi que l'air y circulaient. Il décrit les 4 cavités du cœur, ainsi qu'un feu intérieur se localisant au niveau du ventricule gauche où il réchauffait le sang. Ce feu nécessitait un refroidissement constant, réalisé grâce à l'air qui était amené au cœur par la trachée-artère. Le souffle transporté par l'air était appelé le pneuma, et était une sorte d'esprit vital qui imprégnait tout l'être. Hippocrate affirma à son tour que l'intelligence et la conscience se localisaient dans le cerveau et non dans le cœur.

Selon sa théorie, le corps humain est baigné par 4 fluides parcourant tous les conduits du corps :

- le sang (haima), humeur chaude et humide,
- la bile jaune (cholè xanthè), humeur sèche et chaude, principalement retrouvée au niveau de la vésicule biliaire, et dont l'excès produisait les ictères,
- le phlegme (phlegma), sécrétions nasales lors d'un rhume, glaires intestinales, sécrétions vaginales, LCR. Le phlegme est produit par l'hypophyse, et passerait à travers l'os pour s'écouler par le nez, d'où le nom de « rhume de cerveau ». C'est une humeur froide et humide,
- la bile noire (melaina) ou mélancholie, que l'on croyait voir dans le teint cireux des patients prostrés et asthéniques, ainsi que dans les selles noires. Cette humeur est froide et sèche.



Figure 10 : Représentation des quatre humeurs hippocratiques. *Source : Musée canadien de l'histoire*

A l'aide de ces 4 humeurs et de la notion d'isonomie, il expliquait que la santé (hygieia) naissait de l'harmonie des constituants et donc de leur juste équilibre (la crase), et de l'harmonie de l'homme avec son milieu et le cosmos. Cependant, cette harmonie n'était pas figée dans le temps. Elle variait de façon physiologique avec les saisons : l'hiver, le phlegme dominait (et le coryza aussi), la bile noire dominait et rendait triste à l'automne avec la chute des feuilles par exemple. A chaque âge son humeur (le sang pendant l'enfance avec sa fougue, la bile noire à l'âge mûr entraînant d'austères réflexions, et le phlegme à la vieillesse dont le froid annonçait la mort). En tenant compte de ces variations physiologiques, à chaque saison correspondait des habitudes alimentaires et un mode de vie pour maintenir la crase. Mais sous l'effet de certains facteurs, une humeur pouvait devenir anormalement prédominante : on parlait alors de la dyscrasie.

1.1.1.6.2.6.2. Relations causes - conséquences

Pour Hippocrate, la maladie atteignait l'organisme dans sa totalité, et les manifestations locales n'en étaient que le reflet. Il existe trois grandes séries de causes de dyscrasie :

- la cause interne, prédisposant chaque individu à l'exagération d'une de ses humeurs : son idiosyncrasie l'expose plus à certaines affections (tempérament hippocratique).
- les causes externes rendant compte des conditions environnementales
- les erreurs de régime ou une mauvaise hygiène de vie.

Il est important de noter que désormais, les causes de maladies étaient exclusivement d'origine naturelle et non plus divine ou magique, ce qui constituait sans doute la naissance de la médecine rationnelle. En effet, les maladies pouvaient enfin être appréhendées par l'intelligence humaine.

Lors de ses consultations, Hippocrate consignait toutes ses observations dans des registres pour retracer l'histoire de la maladie de chaque individu. Sa méthode rigoureuse d'observation se déroulait en 4 étapes :

- L'écoute et l'interrogatoire du malade
- L'inventaire des conditions ambiantes : genre de vie, saison, climat...
- L'examen du patient (inspection, palpation, succusion (secouer le patient pour écouter les bruits provoqués) et auscultation directe à l'oreille)
- L'examen des émonctoires (urines, selles, pus, vomissements...)

Il en déduisait trois temps pour chaque pathologie :

- la phase d'incubation : c'est l'inflation d'une des humeurs, qui va prédominer et tendre à être en excès dans une partie du corps.
- Puis la nature va combattre cet excès d'humeur qui se trouve en état de crudité. Elle utilise la chaleur innée pour réaliser la coction ou cuisson des humeurs, ce qui entraîne la fièvre. Cette coction a pour but de remélanger les humeurs et rétablir la crase. Ce processus peut s'effectuer en plusieurs temps, c'est-à-dire par crises, parfois à jour fixe (« crise polyurique du 9^e jour de la pneumonie aigue »). Si le

patient surmontait cette phase critique, cela inaugurerait la guérison. Inversement, le malade pouvait rechuter ou la maladie se localiser ailleurs (métastase).

- La phase d'apostasis, où l'organisme surmonte la maladie et lors de laquelle les humeurs cuites forment des dépôts résolutifs (rhinorrhée épaisse, abcès...) signe que la maladie est arrivée à son terme.

Le recueil de l'histoire de la maladie, des interactions avec l'environnement, les caractéristiques du patient permettaient à Hippocrate de déterminer quelle humeur était en cause et à quel stade de coction elle se situait, pour enfin établir un pronostic (prognose).

1.1.1.6.2.6.3. Vers la responsabilité médicale

Pour Hippocrate, soigner était fondé sur l'art de guérir basé sur quelques adages :

- Primum non nocere : respect de la personne et refus de l'acharnement thérapeutique.
- Noso physeis ietroi – Natura medicatrix : c'est dans la nature que se cache la guérison. Le médecin doit aider la nature pour permettre la guérison, et donc aider à rétablir l'harmonie des humeurs (saignée, purgation... et autres traitements des pharmacopées déjà établies par ses prédécesseurs). Il laissait une grande place au régime (pratique alimentaire, bain, exercice physique modéré, soit l'hygiène du corps).

Pour Hippocrate, la responsabilité médicale était une préoccupation de chaque instant et le Serment, dont on lui attribue la paternité, en est la charte fondatrice. La laïcisation de la médecine au Vème siècle déposséda la caste des Asclépiades de son privilège. Cela rendit la profession de médecin accessible à tout un chacun. Ce serment apparaît alors comme une protection pour la pratique de la médecine mais aussi comme un dernier sursaut corporatiste des Asclépiades. Ce texte fonde aussi l'éthique médicale en imposant comme intérêts premiers le patient (et non les ambitions du praticien), le secret médical et le respect de l'intimité du malade, ainsi que le refus d'accomplir des actes dangereux. On pourra alors citer Hippocrate lui-même, où se définit le triangle hippocratique :

« La médecine a deux buts : soulager le malade et ne pas lui nuire. Trois éléments contribuent à notre art : la maladie, le malade et le médecin. Le médecin est le ministre de l'art, et le malade se doit de coopérer avec lui dans la lutte contre la maladie ».

1.1.1.6.2.6.4. Un héritage hippocratique porté par Socrate

Dès la disparition d'Hippocrate, ses disciples ne furent que les pâles ombres de leur mentor, et la révolution philosophique initiée par Socrate prit l'ascendant sur la médecine grecque. La théorie socratique s'attachait notamment au *pneuma*. L'âme humaine était pour lui immortelle et échappait au vieillissement que subissait le corps. Socrate confirma l'encéphalocentrisme mais il introduisit l'idée que l'âme n'était pas la seule à animer la machine humaine. Il existait selon lui « l'espèce désirante » située dans le foie et qui était mortelle, comme le corps. Cette seconde âme était responsable des fonctions végétatives du corps. Enfin, une 3ème âme siégeait dans le cœur, participant au noble courage, à l'ardeur et cherchant la victoire. Les battements du cœur étaient liés à cette troisième âme, et menaçaient l'équilibre du cœur du fait de son échauffement. La respiration avait alors pour but de rafraîchir en permanence ce réchauffement.

Par la suite, Aristote, disciple de Platon, lui succéda après avoir vécu dans l'ombre de celui-ci de nombreuses années, à l'académie d'Athènes. Il fonda le Lycée, petite académie pluridisciplinaire, où il enseigna, traditionnellement en se promenant. Sa théorie était que la constitution des êtres vivant se faisait en trois niveaux :

- Ses qualités (chaud/froid ; sec/humide) et ses éléments (air, terre, eau et feu), invisibles.
- L'agrégation du premier niveau forme le second : les parties homéomères (os, chairs, sang...).
- Un second niveau d'agrégation formant le troisième niveau : les organes.

Il revint sur la notion de cardiocentrisme en se fondant sur deux notions fondamentales : l'âme n'était pour lui pas dissociable du corps comme le pensait Platon, mais l'épousait dans son intégralité ; de plus, constatant que le cœur était le premier organe à se former lors de l'embryogénèse, au 4è jour, et le dernier à disparaître, il ne pouvait être que le centre du corps humain, à l'origine de la chaleur innée, vitale, que refroidissaient ensuite le cerveau et les poumons. Il était le centre de la distribution du sang et le lieu de

convergence de tous les sens. C'était aussi en lui que résidait le *pneuma* de Platon, formant le souffle qui donnait au corps la vie et le mouvement.

1.1.1.6.2.6.5. Retour vers l'Égypte

Aristote fut le précepteur d'Alexandre, grand conquérant qui fonda Alexandrie, nouvelle capitale de tout l'Orient antique. Ce fut à Alexandrie que la médecine prit un nouveau virage. En effet, à Alexandrie fut fondé le Musée (mouseion), sorte d'académie dédiée aux sciences et c'est ainsi que naquit la première véritable école de médecine, dépendante de l'Etat, et mise à disposition des savants avec tous les moyens dont elle disposait. La grande bibliothèque hébergea plus de 700 000 livres, constituant tout le savoir antique. Les savants étaient donc payés pour réfléchir, discuter et enseigner, sous la direction du Prêtre des Muses... C'est alors, dans ce climat de refonte politique, territoriale et intellectuelle, que fut enfin autorisé un élément clé de l'avancée des savoirs : la dissection d'un cadavre humain, et même la vivisection humaine. Cela permit de poser les premières bases précises de l'anatomie humaine. On découvrit par exemple la prostate ou le duodénum. La fondation de cette école enseignante eut pour conséquence de scinder les médecins en deux classes bien distinctes : les médecins savants et enseignants, prestigieux et connus, versus les médecins populaires, nombreux et inconnus exerçant la médecine de tous les jours.

1.1.1.6.2.6.6. Les dernières avancées grecques

Les années qui suivirent furent marquées par l'analyse des différentes structures du cerveau et du système nerveux central, de la physiologie cardio respiratoire, distinguant veines et artères, étudiant l'anatomie du cœur et de ses valves, décrivant du sang dans les artères... Erasistrate développa quelques conceptions physiologiques en 3 systèmes clos et étanches :

- Les aliments sont broyés par l'estomac, passent ensuite par le foie où ils forment le sang qui se dirigera vers le cœur droit, avant d'être redirigé vers les veines allant irriguer tout le corps pour le nourrir.
- L'air extérieur remplit les poumons via la trachée, formant le pneuma vital qui est aspiré par le cœur gauche et poussé vers les muscles via les artères, pour aboutir à leur contraction.
- Une partie du pneuma rejoint le cerveau formant le pneuma psychique, véhiculé par les nerfs, et transmettant les sensations et le mouvement.

Mais à côté des écoles, les médecins les plus nombreux et les moins connus étaient peu convaincus par ces dernières et leurs querelles doctrinologiques, s'intéressant davantage au malade et à le soigner, plutôt qu'aux grandes théories du pneuma. Ils signèrent une réaction anti-intellectuelle, mouvance des empiriques. Pour eux, la médecine repose sur un trépied : l'autopsie (constat des signes et des symptômes), l'analogie (rapprochement avec des cas voisins) et l'histoire (recueil d'expérience, échange entre praticiens d'observations). Cet état d'esprit tendait à favoriser les recherches thérapeutiques.

En 47 avant notre ère, César fit incendier Alexandrie laissant le sceptre de la médecine à l'Italie.

1.1.1.6.3. La médecine romaine

Avant l'intégration de la médecine grecque à la médecine romaine, celle-ci était majoritairement, au départ, le reflet des pratiques étrusques, peuple ayant soumis Rome jusqu'en 509 avant notre ère. Si les pratiques archaïques étaient comparables à celles du peuple mésopotamien (divination sur les entrailles d'animaux notamment), ils avaient la modernité de placer la femme à l'égal de l'homme. Ils légèrent aux romains la pratique du thermalisme, à l'origine des villes thermales romaines, installations publiques et monumentales, mais aussi la notion d'un lien entre fléau et insalubrité des eaux.

Avant l'intégration des médecins grecs et de leurs pratiques, c'est-à-dire avant la fin du III^{ème} siècle, la pratique de la médecine n'avait que peu de dignité aux yeux des romains. Le médecin et l'art de soigner étaient peu enviables car cela consistait à côtoyer et toucher les malades et leurs plaies. Cette tâche indigne était donc attribuée à des esclaves – médecins.

L'arrivée des médecins grecs ne fut pas donc vue du meilleur œil. De surcroît, les premiers périodeutes qui vinrent exercer leur art en terres romaines n'étaient autres que les charlatans ayant éclusé les territoires grecs. Ils venaient donc tenter leur chance sans trop de scrupules dans un nouveau pays. De plus, ce rejet était amplifié par la haine éprouvée par les romains envers les grecs. Malgré tout, peu à peu, la médecine grecque s'intégra au paysage romain, notamment parce que la Grèce passa définitivement sous domination romaine. Dès lors, l'influence de la médecine grecque fut totale. La position de l'Etat évolua favorablement face à l'afflux de médecins grecs des plus compétents. Initialement réfractaire, l'Etat nationalisa de plus en plus de médecins grecs et le statut des praticiens gagna en considération. Les médecins purent enfin exercer leur art sans craindre le mépris de leurs concitoyens.

1.1.1.6.3.1. L'organisation médicale

A cette époque, il existait plusieurs catégories de médecins :

- Les médecins libéraux, installés initialement dans de modestes boutiques (les taberna), puis à mesure que leur rang s'éleva, dans des équivalents d'iatreion, les medicatrina. Ils y recevaient les patients, en gardaient quelques-uns en observation, effectuaient quelques gestes chirurgicaux, et vendaient les remèdes qu'ils concoctaient. Peu à peu, ils acquirent des privilèges, tels que l'exemption de taxes et de leurs obligations militaires. Leur rémunération était proportionnelle à leur réputation. A noter qu'au I^{er} siècle de notre ère, une femme médecin, Metrodora, s'installa à Rome pour exercer la médecine.
- Les archiatres, ou médecins publics. Les archiatres populaires dans un premier lieu, dont la profession fut normée dès le II^{ème} siècle : leur profession répondait à des quotas, ils étaient rémunérés par l'Etat et soignaient les pauvres gratuitement. Certains d'entre eux étaient spécialisés : archiatres des gymnases, archiatres des gladiateurs ou encore des Vestales.
- Les archiatres palatins, soignant les plus importantes personnalités de la Rome antique. Ils bénéficiaient de très confortables revenus, à la hauteur de leur renommée.

- Les médecins des armées, répondant eux aussi à un quota, 4 par cohorte de 600 hommes. Ces médecins militaires étaient considérés comme des officiers non combattants, et veillaient sur la bonne santé des militaires, les soignaient et validaient leur aptitude à intégrer la cohorte.

1.1.1.6.3.2. Naissance des spécialités médicales

La plupart des médecins étaient alors généralistes, mais dans les villes où les patients étaient suffisamment nombreux pour le permettre, certains se spécialisèrent (chirurgiens, médecins des yeux, ou plus rarement des oreilles). Avec l'accroissement des connaissances médicales, il semblait alors de plus en plus compliqué de maîtriser l'ensemble des disciplines. On note alors trois grandes catégories : les medicus, les chirurgicus et les ocularius. Il en résultait naturellement une scission entre les médecins et les chirurgiens, ces derniers subissant une dévalorisation de leur profession considérées comme purement technique, laissant les activités intellectuelles de réflexion aux médecins.



Figure 11 : Aryballe à figures rouges. *Source : Musée du Louvre*

1.1.1.6.3.3. La tutelle des Collegia medicorum

Pour connaître et contrôler les jeunes médecins, furent créés des Collegia medicorum, ayant la responsabilité d'admettre tout nouveau praticien voulant s'installer et exercer son art. Leur contribution resta cependant modeste et de nombreux charlatans (circulatores) pratiquèrent une médecine douteuse, à l'image des premiers périodeutes grecs arrivés en terres romaines.

La salubrité publique était une préoccupation primordiale dans le monde romain. Le curator aquarum avait la charge d'approvisionner les thermes et les bains en eau. Le curator cloacae avait pour mission d'évacuer les eaux usagées et les déchets. Un contrôle rigoureux des denrées alimentaires avait même été mis en place par les autorités publiques. L'hygiène privée était sous l'autorité du médecin, sous le regard d'Hygie, et incluait l'alimentation, l'activité physique mais aussi l'entretien de la santé en modulant en fonction de son âge, les consignes alimentaires et sportives. Une part essentielle du travail du médecin était donc de conseiller le régime adéquat à chacun de ses patients en jouant sur les « six choses non naturelles » pour contrôler la santé : l'air, la nourriture et les boissons, la vidange et le remplissage, le mouvement et le repos, le sommeil et la veille, les perturbations de l'âme.

1.1.1.6.3.4. Les méthodiques

Le premier véritable courant médical romain fut celui des méthodiques, sous la lumière d'Asclépiade et de son disciple Thémisson de Laodicée, vers 40 avant notre ère. L'examen clinique était pour eux primordial et était basé sur la recherche de phénomènes, signes sûrs et bien identifiés permettant d'orienter le diagnostic. La maladie pouvait provenir de trois états : resserré, relâché ou mixte. La catégorisation subjective par le médecin de la maladie du patient permettait de déduire le traitement adéquat. La médecine devait être simple et reproductible. L'enseignement de la médecine ne devait durer que six mois. L'un des plus illustres méthodiques fut Sorano d'Ephèse, connu pour son traité de Gynécologie et d'Obstétrique, dans lequel il décrit l'anatomie précise de l'utérus et les techniques d'accouchement qu'il pratiquait avec brio, en prenant en considération les différents types de dystocies, les positions fœtales et les manœuvres de version externe. Il pratiquait l'accouchement à l'aide de trois sages-femmes, deux massant le ventre de la parturiente et

une la maintenant vers l'arrière. La femme était installée dans un siège en demi-lune avec des accoudoirs et un dossier. La césarienne était alors exceptionnelle et n'était pratiquée que pour un sauvetage fœtal en cas de mort maternelle. Sorano recommandait la délivrance manuelle, réalisée par la sage-femme, et pronait le nettoyage des yeux et de la bouche du nouveau-né avant toute chose. En pratique générale, l'accouchement restait plutôt une affaire de femmes, réalisé exclusivement par les matrones, l'intervention du médecin étant réservée aux circonstances graves.

L'obstétrique était l'un des trois domaines de la chirurgie romaine, à laquelle s'ajoutaient la chirurgie mécanique, pour les fractures et les luxations, et la chirurgie opératoire, pour les blessures et certains types de maladies. La majorité des interventions était des actes simples et superficiels, à l'exemple de l'incision d'abcès, ou de paracentèses pour évacuer de l'ascite. Les médecins romains pratiquaient couramment les sutures de plaies, les extractions d'armes, la trépanation, l'amputation soit par désarticulation soit par sciage de l'os, et parfois les ligatures artérielles.

1.1.1.6.3.5. Les pneumatistes

En réaction aux dérives de ce courant, apparurent les pneumatistes, philosophes et médecins, attachés au stoïcisme, c'est-à-dire « vivre avec la nature ». Pour eux, chaque maladie résultait d'une mauvaise circulation du pneuma, qu'ils déclinaient en de multiples pneuma (psychologique, oculaire, lingual...) reflétant les différentes fonctions du corps. Le reflet du pneuma circulant dans les artères était donc le pouls qui sera dès lors tâté.

Au premier siècle, on peut considérer que les Romains étaient devenus des intellectuels convaincus voire passionnés par la médecine, mais ils ne pouvaient malgré tout pas se résoudre à l'exercer, sans doute à cause d'un vieux préjugé de répugnance à côtoyer le corps malade : les philiatres. Ils furent nombreux et se lancèrent dans le recueil des données médicales de l'époque sous la forme d'encyclopédies. L'un des plus notables philiatres fut Pline l'ancien, qui rédigea en trente-sept livres achevés en 77 : l'Histoire naturelle. Il souhaitait lutter contre l'obscurantisme magique issu de l'Orient. Les informations contenues dans ce volumineux recueil, en ce qui concerne la médecine, sont essentiellement le reflet des thérapeutiques de l'époque. Il y retranscrit les pratiques sans regard critique, allant des plus saugrenues aux plus pointues : usage de l'anagallis pour dilater la pupille, utilisation de l'éphédrine contre la toux et l'asthme...

Vers les années 25-35, Celse rédigea l'autre encyclopédie majeure concernant l'état de la médecine grecque : *De artibus*. La sixième partie « de medicina », décrit la diététique, la pharmacie et la chirurgie. Les coliques néphrétiques et les lésions de la moelle épinière y étaient parfaitement décrites, tout comme les affections du nez, des oreilles et de la bouche, ou encore des yeux pour lesquelles il détailla les nombreux collyres à base de suc de pavot, de gomme, de safran ou de feuilles de rose fraîches. Celse s'attarda sur les cas de fistules thoraciques, anales ou abdominales, sur les techniques de sondage et de résection, sur la chirurgie oculaire, la chirurgie plastique de la face. Il relate les techniques d'évacuation des épanchements pleuraux ou du péritoine, à l'aide de canules de plomb ou de cuivre à bords recourbés. Les urgences chirurgicales ne furent pas en reste : il expliqua soigneusement les symptômes d'une hernie étranglée ou les ligatures vasculaires en cas d'hémorragie. Il fit même des descriptions de mammectomies face à certains cancers, ou encore l'ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire. A travers le recueil de ces techniques, il résume le regard des romains face à la médecine de son époque : une médecine et des médecins dignes de confiance, puisqu'ils rendaient service à un grand nombre de malades.

Enfin, dans son sillage, Pedanius Dioscoride décrira plus de 600 végétaux à but médicinal, avec les conditions de leur récolte, de préparation, de dosage et de conservation pour chacune d'entre elles.

Vers la fin du 1er siècle, Rome dominait le monde médical en accumulant les savoirs des différentes régions conquises, en ayant fait de l'Égypte et de la Grèce, deux de ses provinces. Ce fut à cette époque que Rome va atteindre son apogée et son accomplissement dans le domaine médical grâce à la personne de Galien de Pergame.

1.1.1.6.3.6. Galien de Pergame

Galien naquit vers 130 à Pergame, en Asie mineure où se dressait depuis des siècles un temple d'Asclépios.



Figure 12 : Portrait de Galien. *Source : Larousse.*

Vers 14 ans, il reçut une formation en philosophie qui sera le socle de sa réflexion ultérieure, étudiant Platon, Aristote et Epicure. Il apprit ses premières notions de médecine à l'Asclépios de Pergame, auprès de praticiens d'environs très différents, où il montrera rapidement une grande précocité intellectuelle. Il partit ensuite étudier l'anatomie à Alexandrie, avant de revenir sur ses terres natales et d'être nommé médecin des gladiateurs. C'est dans cette fonction qu'il acquit un début de notoriété en démontrant une vraie virtuosité pour réparer les pires blessures de ces derniers, grâce aux connaissances anatomiques que lui a apporté Alexandrie, que ne possédaient pas ses confrères locaux.



Figure 13 : Galien pratiquant un acte de chirurgie. Source : *Canon medicinae* par Avicenne, 1595.

En 163, il quitta Pergame pour Rome, où il apporta un souffle nouveau aux principes hippocratiques, à l'anatomie et la physiologie, délaissés par les médecins romains depuis de nombreuses années. Il débuta alors la rédaction d'une œuvre immense : *Méthode de soigner*, qu'il considéra comme l'achèvement de l'œuvre d'Hippocrate. Il y fit une synthèse de toutes les connaissances antérieures et les compléta. Galien considérait que chaque organe à sa fonction, et une seule, et que chaque fonction n'est le fruit que d'un seul organe. Le dysfonctionnement d'un organe entraînait le dysfonctionnement de sa fonction, et donc la maladie. De plus, Galien était un grand expérimentateur, ce qui lui permit entre autre de conclure avec certitude sur l'origine cardiaque du pouls, ensuite véhiculé par les artères (il clampé une artère, le pouls est aboli uniquement sous le clamp, la levée du clamp rétablit le pouls sur l'ensemble de l'artère) et fit de même pour démontrer l'origine et le transport de l'urine. Il décrivit aussi avec précision les nerfs crâniens, les nerfs rachidiens (notamment le récurrent) et l'anatomie des différentes parties du cerveau, des viscères abdominaux et thoraciques.



Figure 14 : Vivisection sur un porc par Galien. Source : *Galeni librorum prima classis naturam corporis humani.*

Il retint la notion d’humeurs d’Hippocrate et insista sur le fait que la composition de base des humeurs était spécifique à chaque individu lui donnant son tempérament, et fondant la notion de « terrain ». Il garde aussi la notion de pneuma, réparti en trois sortes : le pneuma animal (produit par le cerveau et véhiculé par les nerfs, à l’origine de la motricité et de la sensibilité) ; le pneuma vital (produit par le cœur et véhiculé par les artères, à l’origine de la chaleur vitale) ; le pneuma naturel (né du foie, formant le sang et véhiculé par les veines). Il conclut donc : un organe, un pneuma, une fonction.

Au total, pour Galien, il existait trois types de maladies : les troubles des humeurs, les maladies qui affectent les parties semblables (par exemple, plusieurs articulations, ou plusieurs os...), et les maladies touchant un organe en particulier.

Le pouls (inconnu par Hippocrate) et les urines étaient pour lui des marqueurs forts de la maladie. Il perfectionne à l’extrême la sphygmologie, décrivant des pouls simples, composites, longs, larges, hauts, fréquents, lents, faibles, doux, durs, ondulatoires, tremblants... toutes ces variations traduisant les troubles du pneuma vital. L’analyse des urines (couleur, volume, hématurie) permettait de conclure sur un trouble des humeurs et donc sur une des quatre dyscrasies.

Outre les recommandations hygiéno-diététiques de ses prédécesseurs, Galien établit avec une très grande précision la pharmacopée de l’époque, où il insiste sur les coefficients de chaud ou de froid, d’humide et de sec, sur une échelle à quatre degrés, pour chaque remède. Il développa aussi la technique des pansements alcoolisés à base de vin rouge.



Figure 15 : Représentation d'une salle d'opération dans une clinique où l'on opère suivant les principes chirurgicaux de Galien. Source : musée médical Bayezid II.

Après la disparition de Galien, il n'y eut plus de réelles avancées médicales à Rome, qui finira peu de temps après, par tomber aux mains des envahisseurs.

1.1.1.6.4. La fin de la médecine antique

Le dernier acte de la médecine antique se joue à Byzance, dernière terre de l'Empire romain qui bascule en 380 dans la religion catholique. Cette nouvelle religion, née de Jésus vainquant la mort, intègre deux nouvelles notions : l'attente du jugement dernier sans avoir à se soucier de la vie matérielle, et encore moins de sa conservation, d'une part ; la notion de charité et de compassion d'autre part. Deux populations feront dès lors l'objet d'une attention toute particulière : les pauvres et les vieillards, ainsi que les pèlerins. On créa alors, pour soulager leurs souffrances et soutenir leur foi dans les épreuves, les hôpitaux (xenodochia et nosokomia) où exerçaient des infirmiers et des femmes participant aux soins. L'un des tout premiers hôpitaux fut fondé par Basile de Césarée en Cappadoce vers 370.

Quelques brillants praticiens s'illustreront durant cette période, tel qu'Aetius d'Amida, qui rédigea un Tetrabiblos, où il décrit l'étude des goitres, la pathologie de la rage, l'amygdalectomie, la paralysie du voile du palais dans l'angine diphtérique, la ligature d'un anévrisme de l'artère humérale. Malgré sa formation classique, il y intègre une dimension religieuse voire miraculeuse, décrivant parfois des charmes aux vertus thérapeutiques issues de la Bible.

On pourra aussi citer Alexandre de Tralles qui naquit en 525 et qui au terme d'une vie médicale riche en observations médicales, rédigea ses Douzes livres de la médecine, recueil de sa longue expérience. On y trouve des descriptions telles que la clinique d'un abcès hépatique, les psychoses maniaco-dépressives, la peste bubonique. Il relata les traitements des différentes helminthiases (graines de grenadier, fougère, huile de ricin, grains de coriandre...), de la goutte par les feuilles de colchique d'automne et leurs effets secondaires digestifs. Il mettait en garde dans ce même traité contre les risques respiratoires d'un surdosage en opiacés utilisés dans les trachéites.

Enfin, on pourra évoquer Paul d'Egine, qui vécut entre 620 et 680, et qui outre avoir fait la distinction entre la chirurgie molle et la chirurgie orthopédique, réalisa un traité notable d'Obstétrique, décrivant l'art des accouchements et la technique de l'examen gynécologique (la femme est placée sur un siège, renversée sur le dos, les cuisses fléchies contre le ventre et écartées. L'opérateur doit être assis à sa droite et effectue l'examen à l'aide d'un spéculum qu'il tient et dont son assistant tourne la vis qui sépare les 2 valves et l'ouvre).

C'est avec ces dernières grandes figures que l'Antiquité se terminait, le monde occidental basculant pleinement dans le catholicisme, ouvrant ainsi la page du Moyen-Age, qui sera pleinement influencé jusqu'à sa fin, et dans tous les domaines, notamment la médecine, par cette religion dominante.

1.1.1.7. La médecine au Moyen Age : l'apport des religions et de la divination de la guérison

Traditionnellement, cette époque est comprise entre la chute du dernier empereur romain d'Occident et la chute du dernier empereur romain d'Orient lors de la prise de Constantinople, soit entre 476 et 1453.

Jusqu'alors les conceptions gréco-romaines de la vie et de la mort avaient prédominé. Les dieux n'étaient pas à l'origine de la vie, mais en faisaient partie. Les hommes et les dieux étaient tous nés du chaos et de la terre, forces primordiales. La Nature était la force prédominante et elle dépassait tout. La Nature comme matrice est finalement la première forme de religion monothéiste qui fut. Cette religion rationnelle par excellence rendait bien incompatible le stoïcisme galénique avec l'idée même de la résurrection ou du miracle. Dans les populations archaïques, deux conceptions de la mort prédominent : la mort renaissance, où l'individu renaît perpétuellement soit dans un végétal soit dans un nouveau-né ; la mort survie, basée sur le principe du double invisible qui double l'homme visible, le premier survivant au second. Le double continuait à vivre une vie normale, à côté des vivants, mais de façon invisible. Dans le monde gréco-romain, plusieurs conceptions de la mort coexistaient : celle selon laquelle l'âme est jugée et peut emprunter trois destins, les Champs Élysées, les Enfers ou le Tartare ; celle de Platon selon laquelle l'âme est immortelle et n'est que de passage dans une prison corporelle ; celle d'Aristote selon laquelle seule une partie de l'âme (l'intellect agissant, ou la conscience) est immortelle et retourne à Dieu ; celles de matérialistes comme Epicure ou Lucrèce, selon laquelle l'âme est constituée d'atomes qui se dispersent dans la grande circulation universelle après la mort ; celle des stoïciens qui privilégient le bonheur et l'aboutissement de la vie, qui elle est certaine, sans chercher à expliquer ce qui se passe après la mort.

1.1.1.7.1. L'apport du christianisme

L'arrivée du christianisme va bouleverser cette vision de la mort et de Dieu. Dans cette nouvelle religion, Dieu est éternité, il a créé le monde et le transcende. Tout dépendait de lui et l'Homme était créé à son image. L'Homme perdit son immortalité en ayant été chassé de l'Eden, lors du péché originel. En trois siècles, malgré bon nombre de persécutions, le christianisme devint la religion de l'empire romain. Cette religion s'imposera pour de multiples raisons : elle ne reposait pas sur une foule de personnages mythiques, mais sur Jésus, elle était donc beaucoup plus simple, avec une initiation réduite au simple baptême. De plus, elle ne requérait aucun temple, aucun interdit alimentaire. Sa communion par le pain et le vin rappelait les banquets des premières civilisations. Cette religion intègrait la notion fondamentale mais nouvelle d'un dieu aimant et bienveillant envers tous les hommes, reconnaissant à chacun une valeur propre, et donc libérant les esclaves et les pauvres, mais malgré tout respectant l'ordre et l'autorité.

Mais le succès du christianisme tenait probablement de la nouvelle conception de la mort et de la maladie qu'il apportait. Il était une promesse d'immortalité pour chacun, avec la notion de culpabilité de l'homme envers Dieu, de telle sorte qu'il méritait la mort. Il ajoutait l'idée de la rédemption et du pardon, et à l'image de Jésus mort dans la souffrance et ressuscité, l'homme sera lui aussi ressuscité. La maladie trouvait donc naturellement sa place dans la culpabilité et la rédemption, souffrance liée à sa culpabilité, comme une voie vers le pardon. C'était donc dans ce cheminement que furent inventées les notions de charité et de miséricorde.

1.1.1.7.2. Le monachisme

La formation des médecins du Moyen Age était alors relativement pauvre, ne connaissant pas le grec, ils n'avaient que très peu d'œuvres en latin à leur disposition. Une seule catégorie de personnes avait réellement accès au savoir : les moines au sein des monastères. Cette ségrégation des savoirs aboutit finalement à la disparition de la médecine laïque. Avant le IXème siècle, la médecine resta avant tout monastique.

Le monachisme, né en Cappadoce, finit par gagner toute l'Europe au début du VIème siècle. Le premier monastère vit le jour en 530 au mont Cassin, en Italie. Par la suite, furent érigées un bon nombre d'abbayes, dont le rôle fut de répondre à une triple mission : spirituelle, érudite et charitable. La médecine se trouvait alors à l'intersection de ces trois préoccupations.

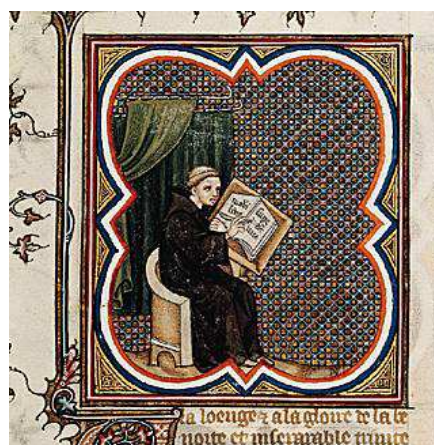


Figure 16 : Moine copiste. Source *manuscrit du XVIème siècle des grandes chroniques de Frances, bibliothèque de France.*

Les moines, notamment chez les bénédictins, se livrèrent à une intense activité de copie de tous les textes antiques disponibles, copie agrémentée parfois de commentaires.

Les moines devaient néanmoins mettre en pratique la théorie apprise dans les ouvrages de référence, du fait de leur rôle de charité et de la nécessité morale de promulguer les soins aux pauvres et aux faibles, selon les principes du Christ. Ainsi se côtoyèrent le scriptorium où les savoirs étaient transmis sans pour autant être enseignés, et l'hospitium où l'on soignait. Ces centres initialement constitués de seulement quelques lits visant à accueillir les moines malades, tendirent à croître progressivement à force qu'ils accueillissent des malades de toutes provenances. Ces grands établissements furent nommés « hôtels-Dieu ». C'est dans cet état d'esprit que naîtront au XII^{ème} siècle les hospitaliers, destinés à soigner les pèlerins en route pour Compostelle ou la Terre sainte.

Ces moines étaient, malgré tout, les détenteurs d'un savoir assez limité puisque les ouvrages de références antiques étaient peu nombreux, et que les traductions avaient rendu leur contenu simpliste. Ces clercs ne pratiquaient donc pas une médecine savante, mais essayaient de soulager la souffrance de leurs semblables. De plus, l'Eglise interdisait aux moines la pratique de la chirurgie, livrant les pauvres gens aux mains de barbiers improvisés et à bon nombre de charlatans.

Les moines développèrent au sein de leur monastère l'activité du jardin médicinal, où ils cultivaient toutes sortes d'herbes afin d'élaborer différents remèdes, en permanence disponibles. Il leur fallut construire des pharmacies afin de pouvoir conserver ces herbes ainsi récoltées. C'est de ces jardins médicinaux que vint la tradition des liqueurs monastiques et des élixirs de jouvence issus des plantes.

1.1.1.7.3. L'apport des Francs

L'accession au pouvoir des Francs permit la réintroduction de la notion fondamentale de l'enseignement des sciences, jusque-là délaissé. La médecine réapparut sous le nom de *physica* au sein du programme officiel.

Ce n'est qu'à partir du XI^{ème} siècle que les traditions hippocratique et galénique refirent surface, avec le travail de traduction de Constantin l'Africain. Il compila et traduisit jusqu'à sa mort en latin un grand nombre de sources médicales arabes. Deux de ses ouvrages sont majeurs dans son œuvre : *Isagoge*, traduction du *Masa'il fi l-tibb* écrit au

IXème siècle qui exposait les principes de Galien concernant les humeurs et les pneuma, et *Le livre complet sur l'art médical*, traduction de l'œuvre d'Haly Abbas qui compilait tous les savoirs médicaux arabo-musulmans au Xème siècle. Ces traductions apportèrent aux lecteurs les pensées de Galien, simplifiées par les premiers encyclopédistes arabes d'une part car adaptées à leurs conceptions philosophiques, et d'autre part, par l'effet de la double traduction : du grec vers l'arabe puis de l'arabe vers le latin. Ce travail colossal de traduction fut complété par Gérard de Crémone, au XIIème siècle, qui s'attaqua aux œuvres de Rhazès et d'Alvicenne. Il traduisit aussi quelques traités de Galien directement du grec en latin. En deux siècles de traductions, le savoir médical avait donc été restitué et ce corpus composait le socle des connaissances des médecins européens du Moyen Age.

1.1.1.7.4. L'enseignement des Bénédictins

Les moines bénédictins de Salerne créèrent très tôt une école d'enseignement, où contre toute attente, dès le début du XIIème siècle, une rapide scission se produisit entre les religieux et les médecins laïques, à la demande de l'Eglise qui interdit à ses moines l'exercice de la médecine. L'école de Salerne se dégagea de la tutelle ecclésiastique et mit à sa tête un Collegium hippocraticum, constitué de dix médecins, élisant un praepositus, sorte de doyen de faculté. L'enseignement de la médecine par ces maitres, à la charge de l'étudiant, s'en retrouva donc laïque. Les moines n'avaient plus le droit de sortir de leurs monastères pour étudier la médecine, et finalement perdirent celui de l'exercer en ville sous Honorius III, en 1216. La médecine des monastères finit donc par disparaître, au profit de la médecine de ville laïque. Cette position laïque de l'enseignement médical fut confortée par Frédéric II de Hohenstaufen en 1231, qui, pour lutter contre le pouvoir du pape, confia au seul Collegium la capacité à autoriser à exercer la médecine, au terme de cinq années d'apprentissage.

1.1.1.7.5. Les pratiques médicales

Initialement basé sur l'enseignement de quelques rares textes antiques, et sur la confrontation clinique des enseignements systématiques, l'apprentissage de la médecine

s'étoffa et vécut son essor après la réalisation des travaux de Constantin l'Africain. L'apogée des savoirs fut atteint au XIIIème siècle, où l'on décrivait parfaitement la clinique et la périodicité des fièvres, les troubles nerveux tels que la somnolence et la léthargie, ou bien les troubles psychologiques soignés à la fois par des régimes et des paroles apaisantes et de la musique douce. Les connaissances chirurgicales étaient très pauvres, en l'absence d'études anatomiques sérieuses. Il fallut attendre Roger de Salerne qui rédigea *Cyurgia* à la fin du XIIème siècle pour que des progrès notables soient réalisés dans cette discipline. Il remit au goût du jour les soins des traumatismes crâniens, les techniques de trépanation et de réduction des fractures et des luxations, ou bien encore les cures de hernies et la lithotomie. Il mit en place un protocole de soins des plaies abdominales en conseillant de ne pas la fermer dans son intégralité et de positionner un drain pour évacuer une éventuelle collection purulente.

A côté de ces techniques retrouvées, persistait le Régime de santé salernitain, pan entier de la pensée médicale du Moyen Age, basé sur le principe de « vie saine ». Les médecins du Moyen Age conseillaient de respirer du bon air, sans trop de fumée, sans odeurs fortes et préférer les pièces bien ventilées. On pouvait améliorer la qualité de l'air d'une pièce en faisant brûler du sel, de l'encens ou des herbes aromatiques. De plus, les médecins conseillaient la pratique de l'exercice physique, tel que la marche rapide aux heures tempérées de la journée, ou encore l'équitation. Ces exercices pouvaient être conclus par des bains.

Les médecins luttèrent contre la glotonnerie et tendaient à limiter les repas au nombre de deux, contrairement aux quatre repas traditionnels quotidiens, en ne conservant que le prandium (en milieu de matinée) et la cena (en fin d'après-midi). Le pain constituait la base de l'alimentation, et il était recommandé de privilégier les volailles et le poisson.

Le sommeil avait aussi une grande valeur aux yeux des médecins du Moyen Age, servant à la bonne digestion. Une nuit idéale comptait huit à dix heures de sommeil, en évitant les siestes. Il était recommandé de dormir en décubitus latéral pour éviter les fausses-routes.

Il était préférable d'effectuer des purges pour éliminer les déchets du corps et les humeurs peccantes, soit par des laxatifs, soit par des émétiques, ou encore par la saignée. La toilette quotidienne devait être rigoureuse, tout comme l'hygiène bucco-dentaire et des oreilles.



Figure 17 : Représentation de la toilette au Moyen-Age. Source : *Manuscrit de Valerius Maximus*

1.1.1.7.6. Montpellier, pôle médical européen

Au XIII^{ème} siècle, à Montpellier, sur l'une des routes traditionnelles du pèlerinage de Compostelle, un nouveau centre d'enseignement médical fut fondé. De par sa situation géographique, Montpellier se trouvait à la croisée des chemins culturels et marchands, brassage de population de diverses nationalités favorisant les échanges de savoirs. On créa des petites hôtelleries-hospices pour soulager les pèlerins et les voyageurs. En 1180, Guilhem VIII, seigneur de Montpellier, ordonna que quiconque, quelle que soit son origine, puisse enseigner la médecine. Cette transmission des savoirs s'effectuait en suivant un médecin librement établi dans la ville, servant de magister. Ce maître travaillait seul chez lui, affichant chaque jour sur sa porte le sujet de ses cours (dispensés le matin, en commentant les quelques ouvrages grecs et arabes à leur disposition) et les horaires de ses visites à travers la ville, parfois dans l'un des hospices. Les élèves suivaient plusieurs maîtres au cours de leur enseignement, et quand ils estimaient avoir un savoir suffisant, ils exerçaient à leur tour en toute liberté et sans qu'aucun diplôme ne soit nécessaire.

1.1.1.7.7. Structuration des études médicales

En 1220, à la volonté du légat du Pape, les études de Médecine s'organisèrent en un cursus bien établi. Une première partie de trois ans, dont six mois à l'extérieur de Montpellier, était destinée à l'obtention du Baccalauréat de médecine, avec l'étude des œuvres grecques et arabes. Ce diplôme était obtenu à l'issue d'un examen de quatre heures devant un jury. Puis, dans un second temps, l'étudiant devait décrocher sa licence, en soutenant quatre thèses sur des sujets indiqués la veille. Il devait huit jours plus tard se soumettre à un ultime examen de quatre heures, portant sur une maladie et sur un aphorisme d'Hippocrate. La licence obtenue, le jeune magister avait alors le droit d'exercer la médecine en tous lieux. Il pouvait terminer sa formation pour obtenir le grade de docteur en médecine en participant aux triduanes, examens se déroulant sur trois jours, où les candidats étaient passés au crible des questions du jury.

En 1340, la faculté de Montpellier promulguait la pratique de la dissection, qui ne resta, à cette heure, qu'une démonstration scolaire livrée en main, de l'œuvre de Galien, sans grande méthode de dissection et encore moins dans un but de recherche. Néanmoins, cela réamorça la pratique de la chirurgie, dans laquelle s'illustra Henri de Mondeville. Chirurgien expérimenté des armées, il mit en place la technique des pansements secs pour soigner les plaies, après parage des plaies. Il imbibait ses pansements d'oxyde de cuivre, aux propriétés antiseptiques.

Son élève, Guy de Chauliac, entreprit la rédaction de la Grande Chirurgie, terminée en 1363. Il y réalise une synthèse du savoir chirurgical de son époque, décrivant la trachéotomie et l'intubation, les tractions des fractures du fémur, les ligatures artérielles, les extractions dentaires. Chauliac replace l'importance de l'enseignement de l'anatomie aux médecins et aux chirurgiens. Il explique que la connaissance de l'anatomie, outre pour guider la main du chirurgien, était nécessaire pour comprendre la vie du corps humain et ses dérèglements.

1.1.1.7.8. Vers une médecine rigoureuse

De nouveaux textes de Galien, Avicenne et Avenzoar furent révélés un peu avant 1300 par Arnaud de Villeneuve, ayant reçu une formation linguistique hétéroclite (latin, grec et hébreu). Ce médecin et philosophe Catalan souhaitait par son œuvre refonder une médecine

dite rationnelle, par le fait qu'elle donnait des règles précises aux praticiens quant à leurs pratiques thérapeutiques. C'est à travers sa pensée que le visage de la médecine du Moyen Age apparait, car il mêle les recommandations très précises à des sciences plus occultes. D'une part, il insiste sur la nécessité de confronter les théories médicales à la pratique, qui doit être en permanence réévaluée. Il établit deux types de thérapeutiques : la conservatrice, règles de vie préventives susceptibles d'éloigner la maladie, et la réductrice, qui fait appel aux médicaments, dosés de façon précise comme le suggérait déjà Galien. Il va même plus loin que ce dernier, en proposant un système moins arbitraire pour établir les degrés de chaque remède, par un système de proportions arithmétiques et géométriques, afin d'atteindre avec certitude les doses adaptées pour obtenir l'effet thérapeutique souhaité. Il introduisait ainsi le concept d'une médecine rigoureuse, reproductible et sans place pour l'improvisation.

Mais en parallèle de ces thérapeutiques rigoureuses, il proposait aussi des prises en charges plus obscures, telles que le traitement par l'alchimie, où le philosophe produit son mercure à l'aide de dieu, substance immatérielle, subtile et spirituelle, dont l'élixir pourrait guérir de tous les maux.

C'est dans cet état d'esprit que la médecine médiévale la plus rigoureuse a utilisé l'astrologie pour soigner. En partant de l'observation de l'équivalence de la durée d'un cycle menstruel et d'une révolution de la lune autour de la terre, les médecins avaient conclu à l'influence de cette dernière sur les hommes. Il existait aussi pour eux un lien entre la lune et les autres astres, autorisant le recours à l'astrologie pour guider les pratiques médicales.

1.1.1.7.9. L'apogée de la scholastique

Dès 1215, la faculté de médecine de Paris s'imposa comme le lieu majeur de l'enseignement médical, mais son conservatisme intellectuel et l'emprise de l'autorité religieuse étaient bien plus importants qu'à Montpellier. Cette communauté de maîtres et d'élèves furent rapidement mise sous la tutelle de l'Eglise, et accueillait de nombreuses nationalités, mais chacun y parlait en latin. Ce fut la naissance du quartier latin.

Le premier doyen de cette faculté, Pierre de Limoges, fit interdire l'exercice de la médecine aux juifs. Les étudiants en médecine étaient alors considérés comme des clercs et étaient astreints au célibat. La fin des études de médecine marquait un vrai mariage avec l'institution et l'autorité religieuse. Le médecin faisait acte d'obéissance. Cet apprentissage se

faisait sous la mouvance de la pensée scolastique, où les bacheliers devaient participer à des disputatio avec leurs maitres, où chacun défendait les discours pro et contra à la thèse présentée. En résultait une solution générale que l'on retenait, souvent celle retenue par l'école.



Figure 18 : Représentation d'un Disputatio. Source : *Oratoire du Louvre.*

Cet enseignement était donc purement théorique, on discutait de la médecine, et ce jusqu'en 1335, où l'on compléta cette formation par de la pratique médicale. Ces exercices pratiques étaient le plus souvent réduits à la visite de quelques patients de la haute société, auprès desquels les médecins se rendaient pour réaliser une consultation collective, la collatio. C'était une véritable disputatio à domicile, qui permettait au futur médecin de se mettre en contact pour la première fois avec le malade.

C'est à cette époque que furent enseignées les premières techniques d'anesthésie, en utilisant des éponges imprégnées d'opium, de jusquiame et de mandragore, introduites dans le nez et la bouche du patient, avant que le chirurgien ne débute son intervention.

1.1.1.7.10. L'influence de l'Eglise en province

Lorsque l'on s'éloignait de Paris et de l'influence et du contrôle de l'Eglise, la profession de médecin était à cette époque peuplée de praticiens hétérogènes, dont bon nombre n'était jamais allé à la faculté de médecine. D'autre part, l'enseignement libre auprès de maîtres institués à Montpellier perdura longtemps dans le sud de la France. Toutes les pratiques médicales étaient alors confondues, mais peu à peu émergea la figure du chirurgien. Ces chirurgiens touchaient un peu à tout : ils soignaient toutes les plaies et les fractures du quotidien, arrachaient des dents, incisaient des abcès. Ils avaient une certaine connaissance de la pharmacopée ; Ces chirurgiens étaient en fait les premiers « médecins de campagne ». Comme ils n'avaient pas tous reçu un enseignement universitaire, on pouvait trouver parmi eux quelques femmes, auxquelles la faculté (religieuse), et donc la médecine dite savante, était interdite.

Vers la fin du XII^{ème} siècle, l'Eglise interdit la pratique de la chirurgie à ses clercs, ce qui accentua la ségrégation entre médecins et chirurgiens ; mais aussi entre les médecins savants formés par la faculté ecclésiastique, qui officiaient pour une clientèle huppée et bénéficiaient d'une confortable rémunération, et les chirurgiens urbains dont les compensations financières étaient plus modestes et qui soignaient le reste de la population de ses maux du quotidien.

Vers 1260, dans un souci de compétence un nouveau corps de métier se scinda des chirurgiens urbains : les simples barbiers-chirurgiens. Guy Lanfranc fonda peu de temps après cette scission la première école de chirurgie, qui imposait que quiconque voulait pratiquer cette discipline, devait avoir été examiné par des chirurgiens-jurés du roi. Mais cette division entre les deux professions n'était réellement effective que dans les grandes villes. Et malgré le contrôle du collège des chirurgiens, à la campagne, il proliférait de nombreux empiriques, essayant de soulager comme ils le pouvaient ceux qui souffraient, contre quelques deniers. Parmi eux, les lithotomistes qui soulageaient des douleurs de rétention urinaire en incisant le col vésical, au prix d'hémorragies et d'infections, ou encore les oculistes qui extrayaient les cristallins en cas de cataracte, ou encore tout en bas de l'échelle, les arracheurs de dents et les charlatans aux poudres miraculeuses.

1.1.1.7.11. Les grands fléaux du Moyen Age

Ce fut au milieu du XIVème siècle, où la population médicale était divisée et corporatiste, qu'apparurent les grands fléaux : la lèpre , ainsi que la peste (*Yersinia pestis*) bubonique et pulmonaire, qui en quelques années atteint tout l'extrême orient et l'Europe et tua près d'un tiers de la population, et dont on retient l'image du médecin vêtu d'une grande houppelande noire et de longs gants, d'une cagoule avec un long bec rigide rempli d'éponges imbibées de vinaigre, de cannelle et d'aromates comme seules protections .



Figure 19 : Le docteur Schnabel, médecin soignant la peste. Source : gravure allemande du XVIIe siècle (SIPA)

1.1.1.7.12. Les théories médicales de la fin du Moyen-Age

A la fin du Moyen Age, la doctrine médicale était toujours basée sur la théorie des humeurs, l'auscultation du pouls et l'analyse des urines. Il émergea les boutiques d'apothicaires, où les apprentis et les serviteurs fabriquaient les remèdes sous la surveillance de l'apothicaire. Ces remèdes étaient classés en trois catégories :

- Les altératifs qui compensent l'excès de chaleur ou d'humidité qui produisent les troubles
- Les évacuatifs, facilitant l'évacuation des humeurs en trop grande abondance : la rhubarbe chasse la bile jaune, l'ellébore la bile noire, la coloquinte la pituite...
- Les spécifiques, possédant une action sur un organe particulier : la chélidoine et le fenouil pour les pathologies de l'œil, la pomme de pin et la térébenthine pour les affections broncho-respiratoires, la chicorée pour le foie...

C'est à cette époque qu'apparue l'institution hospitalière. Au XIIème siècle, les monastères, accueillant les pauvres, voyageurs malades et infirmes et où l'on prodiguait des soins rudimentaires en vertu de la charité chrétienne, évoluèrent du fait du développement économique, du mouvement urbain et de l'extension des ordres hospitaliers. A côté de ces « hospita » classiques, apparurent notamment en ville, des établissements destinés à accueillir de façon plus durable des malades sédentaires, notamment lors des grands fléaux. Ces établissements vont bénéficier des services de médecins publics qui seront salariés. Ces hôpitaux médiévaux demeuraient malgré tout un lieu sous l'obédience de l'Eglise, et n'étaient pas destinés à la formation des praticiens. Les chirurgiens y prédominaient, et recevaient et soignaient les personnes souffrantes, distinguant les incurables et les traitables. Les patients restaient en observation dans ses hôpitaux et recevaient quotidiennement la visite de leur médecin.

Malgré toutes ces avancées, il persistait une pensée magique, qui influença encore longtemps la médecine de campagne. Cette médecine rurale était aussi sous l'influence de la religion.

Au milieu du XVème siècle, tout fut bouleversé par l'invention de l'imprimerie, mettant à disposition de tous les médecins des livres médicaux qui étaient rares jusque-là, et auxquels la majorité des praticiens n'avaient jamais eu un accès direct. La diffusion des livres des penseurs anciens et modernes permit de comparer leurs connaissances et leurs opinions, impulsant un nouveau tournant de la pensée médicale et l'apparition de l'humanisme.

1.1.2. L'apogée de la révolution scientifique du XVIème au XVIIIème siècle

1.1.2.1. La Renaissance, prémices de l'étude de l'anatomie

1.1.2.1.1. Naissance de l'humanisme et renaissance de l'anatomie

La Renaissance naît en Italie, au XVème siècle, avec le Quattrocento, et gagne la France au XVIème siècle. C'est d'abord un mouvement littéraire et artistique, fondé autour de l'Académie néoplatonicienne de Florence. Cette époque de réflexions, de recherches et de remises en cause notamment de l'autorité de l'Eglise catholique, voit naître un groupe d'intellectuels qui écrivent et se concertent : les humanistes. Ces humanistes sont les fils des penseurs antiques idéalisés, et ils désirent surtout s'opposer à l'Université et à la scolastique. Ils se mirent rapidement sous la protection des Princes pour se préserver de l'Eglise. Parmi eux, Nicolas Leonicensus, puis Thomas de Canterbury, qui initièrent la Renaissance médicale, en traduisant en latin et en passant au crible tous les auteurs antiques, et en mettant en lumière leurs erreurs. Cette démarche fut potentialisée par la comparaison des traités anatomiques antiques imprimés à grande échelle, aux faits observés lors des dissections, alors tout à fait autorisées par l'Eglise qui avait même un grand intérêt pour l'étude du corps.

A côté de l'image idyllique de l'humaniste découvrant la sagesse antique, il ne faut néanmoins pas oublier l'autre facette de la Renaissance, temps de guerres, de misère, de la peur permanente, d'intolérance, d'irrationnel, de superstitions, de sorcellerie et de mélancolie. Les diables et les démons étaient ancrés dans la conscience collective, même dans celle des plus grands penseurs. On pourchassait les sorciers et les sorcières, reliés au diable par un pacte maléfique, qui leur procurait des pouvoirs surnaturels au service du mal. Ils se réunissaient la nuit du sabbat pour réaliser des rites effrayants en opposition avec l'Eglise. Ils furent donc l'objet d'une chasse sanguinaire conduisant à des tortures et des incinérations. Cette omniprésence du diable et des démons semblait étroitement liée aux épidémies et à la mélancolie, véritable fléau de la Renaissance. Satan déséquilibrait les humeurs et faisait prédominer la bile noire. Le mal de vivre avait envahi l'élite intellectuelle et les suicides se multipliaient, marquant la possession diabolique de la personne, qui devait

être exorcisée par le médecin. A côté de cette médecine primitive, vécut une médecine des plus novatrices.



Figure 20 : Melencolia I, gravure sur cuivre d'Albrecht Dürer datée de 1514

En 1520, Alessandro Achinili décrivit l'enclume et le marteau de l'oreille moyenne, ainsi que le canal excréteur de la glande sous-maxillaire. En 1522, Jacques Béranger de Carpi découvrit l'appendice vermiculaire et le thymus. Il en réalisa des illustrations en couleur où des « morts-vivants » prennent des poses expressives et présentent aux lecteurs les différentes structures anatomiques.

L'impression et la diffusion des livres médicaux permirent la diffusion des connaissances et la coopération des savants.

1.1.2.1.2. Léonard de Vinci

L'édifice de l'anatomie prit toute son ampleur grâce, non pas à des médecins, mais aux artistes, avec le plus grand d'entre eux : Léonard de Vinci. Il procéda à des dissections de cadavres de fœtus, d'hommes et des femmes de tous âges.

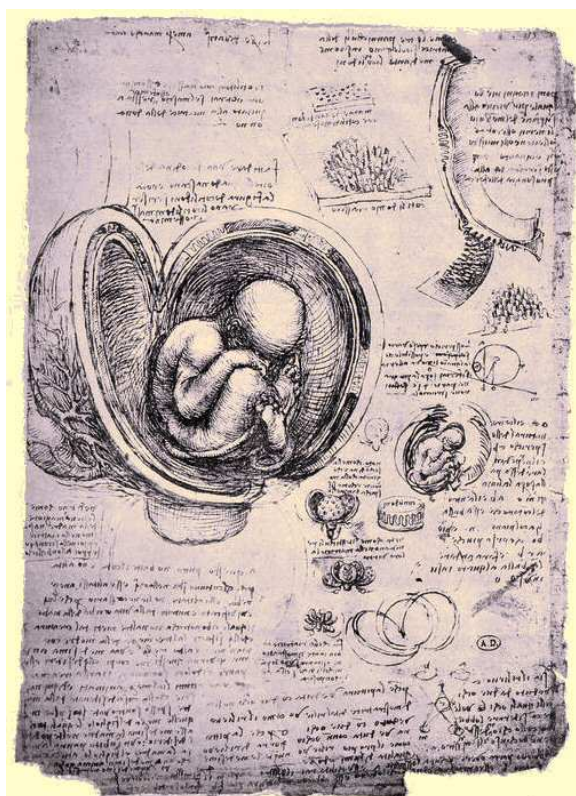


Figure 21 : Etude du fœtus humain par Léonard de Vinci. Source : Windsor Castle, Royal Library

De Vinci n'était pas influencé par la vision médicale de l'anatomie car il n'avait pas reçu la formation galénique. Il apportait donc une vision artistique à l'anatomie, grâce à un examen minutieux et nouveau des différents organes. Il réalisait des coupes en série des organes pour les reconstruire en trois dimensions, procédant à des injections intravasculaires pour mieux suivre le trajet des veines et des artères, et coulant de la cire dans les organes creux pour retrouver leur forme initiale. Grâce à ces techniques inédites, il décrit précisément la forme de l'utérus et distingue les membres du fœtus, les structures

macroscopiques du cerveau et du cervelet, les trajets des nerfs crâniens et reconnaît déjà la cavité de l'os maxillaire supérieur.

Pour De Vinci, l'anatomie était le moyen de compréhension de la physiologie. Il intégra dissection, perspectives, mathématiques et géométrie, notamment pour l'étude de l'œil et de son fonctionnement.

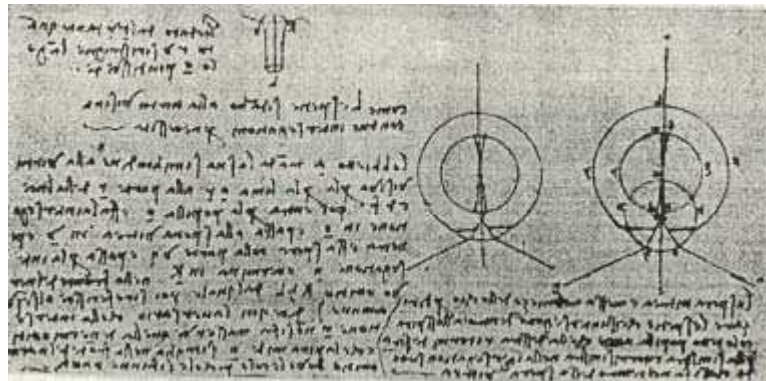


Figure 22 : Etude de la physique de l'œil par De Vinci

Cependant, ses recherches restèrent assez méconnues, et n'eurent que peu d'impact sur le savoir médical de son époque. Mais elle reflète l'esprit scientifique qui lui était contemporain : la vérification par l'expérience et l'accroissement des connaissances.

1.1.2.1.3. Contribution de Vésale

Au XVIème siècle, il se constitua autour de Paris une école d'anatomie, entraînée par la personne de Jacques Dubois, dit Sylvius, qui fut le premier professeur libre d'anatomie en 1531. Il renonça à la dissection purement passive héritée de Galien, en la rendant plus active. Même s'il restait fidèle à l'œuvre de Galien, il corrigea quelques erreurs, identifiant la dure-mère, l'abouchement des veines du cerveau dans les sinus endo-crâniens, le canal vagino-péritonéal. Il démontra que les fosses nasales ne sont pas connectées aux cavités cérébrales. Dans son sillage, Gonthier d'Andernach étudia la structure des muscles et le

pancréas. Cette école parisienne resta, malgré ces découvertes, prisonnière de l'influence galénique et de la doctrine scholastique.

Andréas Vésale, élève de ces deux figures de l'école parisienne, s'opposa à elle du fait de son avidité à vérifier toutes les affirmations anatomiques fournies par Galien. Et il ne put que constater l'écart entre ses lectures et ses observations lors des dissections. Grâce à ses relectures de Galien dans sa langue d'origine, il se rendit compte que toutes les données transmises par celui-ci étaient basées sur des dissections animales et non humaines. Il entreprit donc en 1542 la rédaction d'un traité reprenant toute l'anatomie humaine à la lumière de ses dissections : « *de humani corporis fabrica libri septem* », en 663 pages et plus de 300 planches gravées sur bois, claires et détaillées. Son ambition était simple « Mettre sous les yeux de tous les médecins savants l'œuvre de la nature, comme s'ils se trouvaient devant un corps disséqué ». Son ouvrage récolta un succès immédiat à travers toute l'Europe. Dans ce livre, il corrige les erreurs anatomiques du foie et des voies biliaires. Il y révèle ses découvertes : le corps jaune, le pylore, le sphénoïde, les ménisques articulaires, les cartilages aryénoïdes ou encore le larynx.



Figure 23 : Planches anatomiques par Vésale. Source : *De humani corpori fabrica*.

Par la suite, dans l'école de Padoue, lui succéda Gabriel Fallope, qui déterminera les structures de l'oreille interne, des organes de l'équilibre, du nerf auditif, de la caisse du tympan et du trajet du nerf facial (par l'aqueduc de Fallope). Il différencia le vagin du col de l'utérus, ainsi que les trompes.

Dans son sillage, Eustache publiera en 1561 un traité sur les dilacérations minutieuses des organes, pour étudier leur structure interne, durant lesquelles il découvre les tubules, prémices de l'histologie. Cette étude de l'anatomie fine lui permit d'identifier les glandes surrénales qui étaient jusqu'alors confondues avec le pôle supérieur du rein. En 1549, il découvrit l'étrier de l'oreille moyenne, et décrivit l'équilibre des pressions auquel était soumise la membrane du tympan et le conduit d'origine pharyngée qui contrôle l'aération de la caisse tympanique.

En conclusion, on peut considérer qu'à la fin du XVIème siècle, la quasi-totalité du savoir anatomique était constitué.

1.1.2.1.4. L'apparition de la physio-pathologie

Le seul usage théorique et descriptif de l'anatomie ne pouvait se suffire à lui-même. Il devait servir à comprendre le fonctionnement du corps humain. Au début du XVIème siècle, le galénisme restait toutefois la base du discours médical. Le fait est que Vésale et ses successeurs disséquaient des cadavres dont ils ignoraient l'histoire clinique. Au cours des dissections, ils notèrent bon nombre de variations anatomiques si importantes qu'à l'évidence, elles ne pouvaient que refléter des manifestations pathologiques. On prit alors progressivement l'habitude de vérifier anatomiquement un malade récemment décédé. C'est ainsi qu'on établit la notion de lésion organique. C'est dans cette optique que Beninieni décrit les péricardites ; Platter, les calculs enclavés dans la glande sublinguale, une tumeur du thymus, des parasites intestinaux, une tumeur fibreuse du cœur, ou encore des kystoses rénales ou hépatiques ; et Dodoens de décrire des poumons pneumoniques et des tumeurs gastriques. A la fin du siècle, à l'école de Padoue, il était même d'usage de pratiquer des autopsies de femmes mortes pour instruire les étudiants sur les causes et lieux des maladies dont elles souffraient.

Cette idée d'un lien entre anatomie et pathologie fit évoluer la pensée médicale de la Renaissance. Celui à le formuler fut Jean Fernel. Il avait compris très tôt la stérilité de la

scholastique concernant l'avancée des connaissances médicales. Il voulut privilégier l'observation des phénomènes et leurs descriptions, plutôt que la dialectique. De ses observations, il passait aux déductions. Dans son ouvrage *Medicina*, il se consacra à décrire la « pathologie », c'est-à-dire à identifier et classer les maladies. Il détailla avec attention les modifications pathologiques des organes observés en dissection : les cavernes tuberculeuses, l'appendicite... Il décrivit aussi le tableau clinique de la grippe.

Il classa les maladies en deux groupes : celles qui affectaient le corps, maladies générales à cause cachée, et celles qui avaient une localisation anatomique. Mais malgré toutes ses avancées, il restait fidèle aux théories des humeurs de Galien et au pneumatisme.

1.1.2.1.5. La renaissance de la chirurgie

La vraie révolution médicale du XVIème siècle fut celle de la chirurgie. A ce siècle, tous les grands anatomistes furent de grands chirurgiens. Parmi eux, Giovanni da Vigo, Giovanni Andrea della Croce ou encore Guido Guidi, qui écrivirent de nombreux traités de chirurgie, faisant avancer les techniques grâce à l'invention de nouveaux instruments.

Malgré ce désireux poignant de faire avancer la science chirurgicale sous la lumière de l'anatomie, ces chirurgiens restaient jusque-là prisonniers des théories galéniques, astreignant la chirurgie à un but ultime : la réalisation de saignée ou l'évacuation des purulences.

A la marge de ce conformisme attendu, on peut citer Gasparo Tagliacozzi qui inventa en 1597 la technique du lambeau tubulé du bras pour réaliser une greffe, afin réaliser une rhinoplastie sur un nez arraché. Même si la prouesse fut admirée, elle fut considérée comme novatrice et abandonnée jusqu'au XIXème siècle.

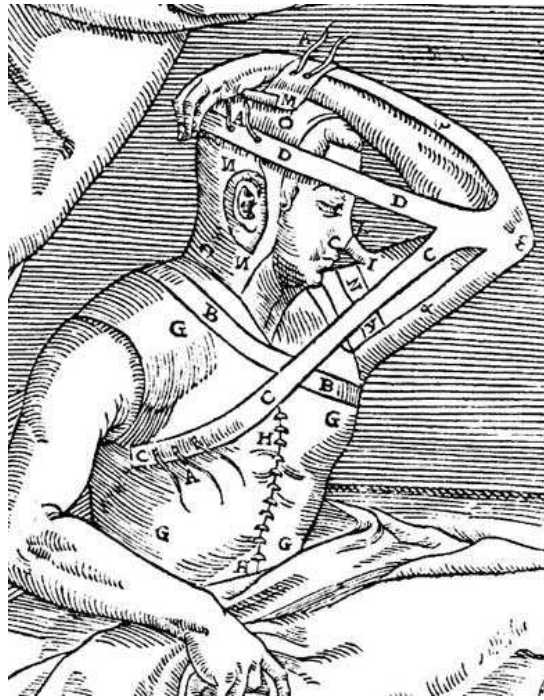


Figure 24 : Rhinoplastie. Source : *Chirurgia nova de nasium, aurium, labiorumque defectu per insitionem cutis ex humero* par Gaspare Tagliacozzi, 1597.

A côté de cette médecine savante, les chirurgiens ruraux ambulants ne furent pas en reste concernant l'évolution des techniques chirurgicales et leur perfectionnement, même si la majorité d'entre eux étaient d'obscurs praticiens parfois dangereux. Par exemple, Pierre Franco qui améliora les techniques parfois très hasardeuses, voire castratrices, de réduction de hernies inguinales, en préconisant la position opératoire inversée, la dissection précautionneuse du sac herniaire et des différents vaisseaux, et l'ouverture du péritoine. Quant à la lithotomie, il décida de guider son incision en introduisant une sonde métallique dans l'urètre et d'inciser largement la face latérale du col vésical (lithotomie au grand appareil). Il développa la technique d'un abord sus pubien avec incision de la vessie par le haut lorsque le calcul était très gros. Sa brillante destinée ne lui conféra néanmoins aucune gloire ni compensation financière, lui qui restera cantonné au rang de simple chirurgien, aux actes dénigrés par les grands médecins.

1.1.2.1.5.1. Le génie d'Ambroise Paré

L'un des plus grands chirurgiens de son temps fut Ambroise Paré. Né en 1510, il fut formé à l'adolescence par un simple barbier-chirurgien, avant d'être appelé à aider un praticien ambulancier, Laurent Collot, issu d'une lignée de lithotomistes et connaissant la pratique de la lithotomie du grand appareil. Le jeune Paré fut immédiatement conquis par la dextérité de son maître et décida de devenir chirurgien. Il fut formé par un bon praticien, Jacques Goupil, mais ne fréquentera pas les bancs de la faculté de médecine, n'apprendra jamais ni le grec ni le latin, et n'obtiendra jamais le titre de docteur en médecine. Paré débuta à exercer en 1536, où il fut envoyé pour soigner les blessés de guerre. Il fut amené à prendre en charge des blessures d'un nouveau genre car étaient apparues les premières armes à feu, arquebuses, fusils primitifs à mèche ou à rouet. Les balles contenaient de la poudre qui empoisonnait immédiatement les plaies qu'elles avaient occasionnées. Il était alors de bon ton de les cautériser immédiatement par de l'huile bouillante, ce qui provoquait plus de dégâts par la nécrose qu'elle engendrait, que de bénéfices pour le pauvre soldat. La bataille du Pas de Suse en 1537 fut tellement violente, que les stocks d'huile vinrent à manquer et c'est alors que Paré, peu satisfait des douleurs engendrées par ses soins, eut l'idée d'appliquer un emplâtre au niveau de la plaie, à base de jaune d'œuf, de térébenthine et de miel de rosat. Il fit alors sa première découverte : une thérapeutique plus efficace et moins agressive. L'année suivante, lors du siège de Perpignan, il eut l'idée, grâce à ses solides connaissances en anatomie, de réaxer une épaule dans la position exacte qu'était la sienne quand elle fut blessée par une balle, afin de retirer cette dernière sans difficulté. Grâce à ses innovations, la réputation et la fortune de Paré furent faites dès son retour à Paris après la guerre. Il y ouvrit en 1543 une boutique dans le quartier latin, où il soignait avec dextérité des fractures, des luxations, des cataractes, ou encore intervenait sur des accouchements difficiles. En 1552, il fut rappelé sur les champs de bataille, à Damvilliers, où l'artillerie faisait des ravages. Un nombre effroyable de blessés ne relevait plus que de l'amputation, face à un membre supérieur ou inférieur complètement broyé. L'amputation était alors dans la majorité des cas fatale au blessé, succombant à une hémorragie difficilement contenue par la cautérisation au fer chauffé à blanc, qui carbonisait les chairs et provoquait des escarres. Paré, toujours aussi sensible à la douleur de ses patients, refusa cette technique et développa celle de la ligature vasculaire soit immédiate, ligaturant directement une artère visible responsable de l'hémorragie, soit médiate, en liant l'artère non distinguable avec les tissus voisins.

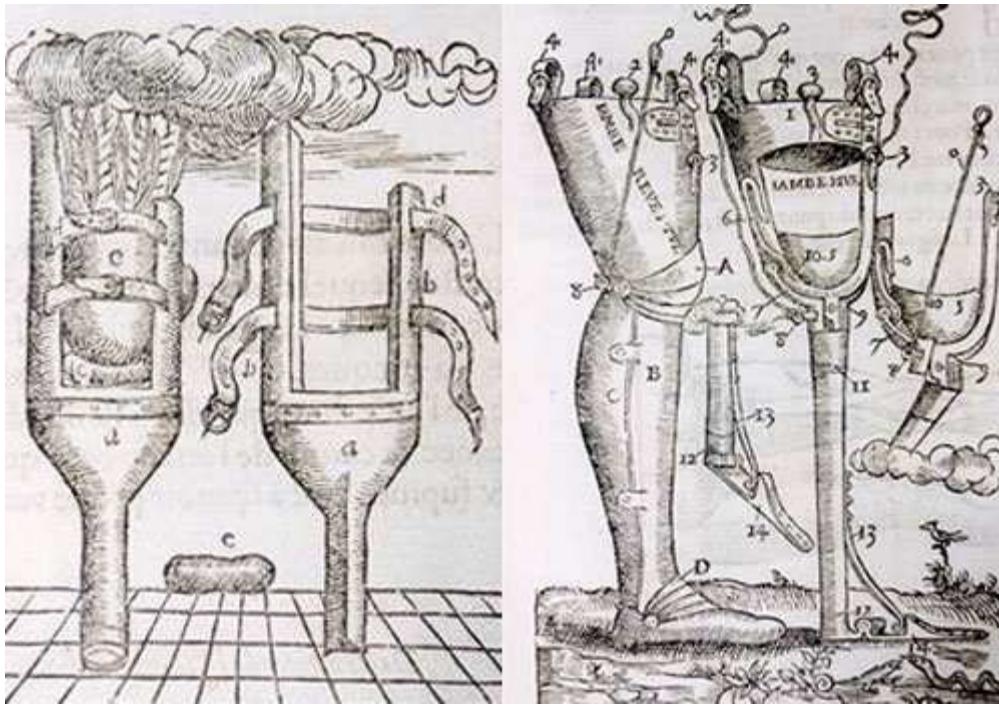


Figure 25 : Prothèses de jambe : Pour les pauvres (à gauche), pour les riches (à droite). Source : *Les Œuvres, Ambroise Paré, 1575. Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine*

Son succès fut total, et Henri II fit de Paré son chirurgien ordinaire. A force d'honneurs, il devint membre du Collège de Saint-Côme-et-Saint-Damien, sans même connaître le latin. Il réalisa en un an tout son cursus universitaire, obtint sa licence et devint maître en 1554. C'est alors qu'il entreprit de se consacrer à la rédaction de ses connaissances et de ses expériences dans *l'Anatomie universelle du corps humain*, publié en 1561, puis des recueils sur les techniques de soins des plaies et des fractures, ou encore en 1564, *Dix livres de la chirurgie avec le magasin des instruments nécessaires à celle-ci*. Son style littéraire avait l'inexorable avantage d'être compréhensible par tous. Cherchant à décloisonner les sciences médicales, il s'écarta de la chirurgie en 1568, où il écrit un traité sur la peste, la petite vérole et la rougeole, dans lequel il suggéra la notion de contagion.

1.1.2.1.5.2. L'insolence de Paracelse

En parallèle de ce chirurgien réputé et consensuel, un autre médecin révolutionna à la même époque sa discipline : Paracelse. Personnage rebelle et provocateur, n'attirant sur lui que les inimitiés, il développa dans un allemand « grossier », mais ayant le mérite de la vulgarisation (comme l'œuvre d'Ambroise Paré), un des fondements majeurs de la thérapeutique médicale : la iatrochimie. Cette discipline est le traitement des maladies à l'aide de substances chimiques, inconnues des auteurs anciens. Théophraste Bombast, dit Paracelse, fut formé par des ecclésiastiques liés au milieu hermético-kabbalistique. Bon orateur, il ne reçut pourtant aucune formation au grec ni au latin. Irrespectueux de l'autorité académique, il ne fit probablement jamais l'acquisition du moindre parchemin, mais sa soif de connaissances en fit un excellent thérapeute. Lui non plus n'obtint probablement jamais son doctorat, et suite à de nombreuses frasques (refus de s'homologuer auprès de la faculté, incinération de livres d'Avicenne et de Galien en public) se retrouva simple périodeute ambulante, ce qui le conduisit à Nuremberg en 1529, carrefour commercial et lieu d'échange et de rencontres. Il rentra rapidement en conflit avec le corps médical local, en prônant les vertus du mercure savamment dosé pour traiter la syphilis, et déclarant l'imposture de la tisane de bois de gaïac, recommandée par la Faculté, qui le censura donc aussitôt. En 1530, il se retira donc à Beratzhausen, où il produisit l'une de ses œuvres les plus importantes : le *Paragranum*. Dans cet ouvrage, il expose les quatre colonnes sur lesquelles devrait reposer toute la médecine selon lui : la philosophie naturelle (connaissance des lois de la nature), l'astronomie (mécanique céleste, ainsi que les rapports entre les hommes et le cosmos), l'alchimie (transmutation des métaux et création de nouveaux remèdes) et la vertu. En 1533, il écrit un traité sur les maladies liées aux intoxications par les métaux, chez les mineurs à Appenzell, affirmant leur caractère professionnel. Oscillant entre misère et célébrité, il voulut refonder la médecine sur des bases entièrement nouvelles, loin de Galien et d'Avicenne, grâce à sa *pansophie*. Il privilégia une médecine fondée sur l'expérience et l'observation, mais celle-ci n'était pas purement expérimentale car elle trouvait ses choix théoriques sur les correspondances entre le macroscosme (l'univers) et le microcosme (l'homme), et envisageait la thérapeutique chimique sur trois principes : le sel, le mercure et le soufre. Chaque substance chimique était interprétée en fonction de ses qualités propres : le sel représentait sa solidité et son goût, le soufre son inflammabilité et le mercure sa fluidité et sa volatilité. La maladie était pour Paracelse un trouble localisé dans le corps, résultant d'un défaut de son alchimie interne (par analogie à l'alchimie de la nature), désordre qui pourrait être qualifié de métabolique de nos jours, le corps n'ayant pas assez séparé, épuré et

éliminé les substances absorbées ou produites par l'organisme, expliquant les maladies de surcharge comme la goutte ou les intoxications chroniques des mineurs. Paracelse réintroduit par son système le principe du traitement par les semblables. L'art de l'alchimiste était donc de trouver dans la nature les principes qui serviront à la thérapeutique, les épurer, les isoler et les essayer. Ces idées qui auront un important écho dans de nombreux pays européens, furent censurées par la faculté de médecine de Paris, farouche protectrice de Galien, et qui interdira la vente de remèdes chimiques jusqu'en 1615.

1.1.2.1.6. Les nouveaux fléaux

Au XIV^{ème} siècle, une nouvelle panthocénose se mit en place : le typhus exanthématique en premier lieu, rickettsiose transmise par les poux qui provoqua des éruptions fébriles et des troubles nerveux graves, et fut la maladie des armées en campagne. Fracastor en décrivit la symptomatologie en 1546 et le rôle de la promiscuité et du manque d'hygiène, dans la prolifération des poux. En bon galéniste, il recommanda malgré tout la saignée. En parallèle, émergea la grippe, dénommée Infuenza en Italie, en 1510 en France. Enfin, surgit depuis l'Angleterre, la suette anglaise. En quelques jours, voire quelques heures, elle tuait son hôte par une fièvre violente associée à des sueurs profuses et des douleurs des extrémités et de la poitrine. Elle se manifesta jusqu'au début du XVIII^{ème} siècle avant de s'éteindre définitivement. Enfin, apparut la syphilis, rapportée par les Conquistadores d'Amérique. La maladie atteint la population européenne dans son ensemble en 1496, lors de la dislocation des armées. Evoluant sous une forme spectaculaire sous la forme du chancre initial, puis de pustules cutanéomuqueuses avec des ulcérations dans un contexte fébrile, elle fut rapidement reliée à son origine sexuelle du fait de la localisation du chancre (génital ou anal), et associée à des mœurs légères. L'apparition de ces nouveaux fléaux mirent à mal la médecine antique, qui n'était plus d'aucun secours, mais eut le mérite de forcer les bases de l'hygiénisme et de l'infectiologie. Fracastor formula l'hypothèse de la contamination interindividuelle, par un poison de la nature, qui passe de malade en malade sans s'épuiser. Il fit le postulat de germes primordiaux, particules matérielles invisibles, capables de se multiplier et transmises soit par contact direct, soit véhiculées par l'air. Ces germes seraient à l'origine de la corruption des humeurs, et leur action repose encore sur un phénomène encore magique.

1.1.2.2. Les découvertes de l'Histoire des Sciences au service des guérisseurs

1.1.2.3. Le rationalisme médical du XVIIème siècle

1.1.2.3.1. Les théories circulatoires du XVIIème siècle

Le XVIIème siècle fut le siècle d'une triple révolution : philosophique, physique et chimique. Descartes est celui qui illustre le mieux ce siècle, par son *Discours sur la méthode pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences* en 1637. Pour lui, la raison humaine est partagée par tous, le principal est de bien l'appliquer. De son fameux *cognito, ergo sum*, on comprend que l'homme se distingue en deux unités (dualisme cartésien) : le corps et la pensée, théorie que nous développerons plus loin. Cette théorie venait conclure l'évolution de la pensée impulsée par Galilée qui établissait un modèle des astres dynamique et régi par des lois universelles, et par Newton, après lequel il était établi que l'esprit humain pouvait mesurer l'univers, le comprendre et en décrire les lois.

Dans leur sillage, Jean Rey, médecin périgourdin, mit en évidence l'augmentation du poids des métaux lors de leur oxydation par calcination, principe qui proviendrait de l'air.

L'avancée majeure de ce siècle tint à William Harvey qui établit enfin la physiologie de la circulation sanguine grâce une mathématisation de celle-ci. Il observa que les valvules veineuses étaient toutes orientées dans le même sens et évitaient le reflux du sang vers la périphérie du corps, et favorisaient son retour vers le cœur. Il établit au cours de vivisections que la chasse sanguine est liée à la systole, et que l'activité cardiaque rythme la circulation du sang dans les artères. De plus, il expliqua que le volume sanguin total est stable et en mouvement perpétuel, passant par les poumons pour relier les deux ventricules. Il n'élucida cependant pas le passage des artères aux veines, restant sur la théorie des porosités des organes.

En 1622, Gaspare Anselli mit en évidence les vaisseaux lymphatiques partant du mésentère, et Jean Pecquet montra qu'ils ne se rendaient pas au foie mais confluaient dans la citerne « de Pecquet », elle-même se jetant dans les veines sous-clavières. Cela

enlevait donc au foie sa fonction hématoformatrice à partir du chyle de l'estomac lors de la deuxième coction.

Mettant à mal les théories galéniques, de virulents personnages se dressèrent contre ces nouvelles théories, dont les plus illustres furent Jean Riolan le Jeune et Guy Patin.

1.1.2.3.2. Iatrochimie versus Iatrophysique

L'école paracelsienne européenne fut le berceau du développement de la iatrochimie. Elle stipulait qu'une pathologie était fondée sur le désaccord entre le corps humain (microcosme) et son environnement (macrocosme), d'où découlait une thérapie chimique, comme Paracelse en avaient posé les bases. Jan Baptista van Helmont, qui consacra une grande partie de sa vie à des expériences chimiques, établit que chaque maladie provenait de germes ou de grains qui se substituaient aux germes naturellement présents dans les processus physiologiques. Il fallait donc utiliser des médicaments spécifiques permettant de chasser ou de neutraliser les germes en cause, grâce au mercure, à l'antimoine ou à d'autres métaux. Dans son sillage, François de la Boe, dit Sylvius, élaborait vers 1670 une hypothèse fondée uniquement sur les acides et les alcalins, dont les combinaisons agissaient de façon favorable, mais pouvaient aussi parvenir à des réactions inappropriées, de quoi résultaient les fièvres malignes (alcalines) et bénignes (acides). Le traitement était donc de neutraliser les composants en excès.

Ce modèle alternatif à la pensée galénique rentra en conflit à la fin de ce siècle avec l'école iatromécanique, issue de la pensée de Descartes. Le corps était pour lui une machine, fonctionnant grâce à des automatismes, tels que la contraction cardiaque qui résulte de la dilatation provoquée par l'échauffement du sang. Le sang propulsé dans les artères libérait à son tour « l'esprit animal » dans les cavités cérébrales, ce dernier fluide pénétrant en force dans les nerfs, qui parviendra grâce à eux dans les muscles qui gonfleront en se remplissant d'esprit vital. Ce modèle entraînait en conflit avec tout type de vitalisme, car le corps étant une grande machine fondée sur des automatismes bien rodés, n'a nul besoin de l'âme pour fonctionner. Il séparait définitivement la pensée de la matière. Le recours aux mathématiques pour expliquer la physiologie du corps humain fut encore plus illustré par Santorio qui mit en évidence par de nombreuses années de pesées quotidiennes l'évaporation par les pores de la peau, mais aussi préconisa l'usage du

thermomètre et du pulsomètre. Enfin, Borelli mit en équations la force motrice et les caractéristiques des mouvements musculaires.

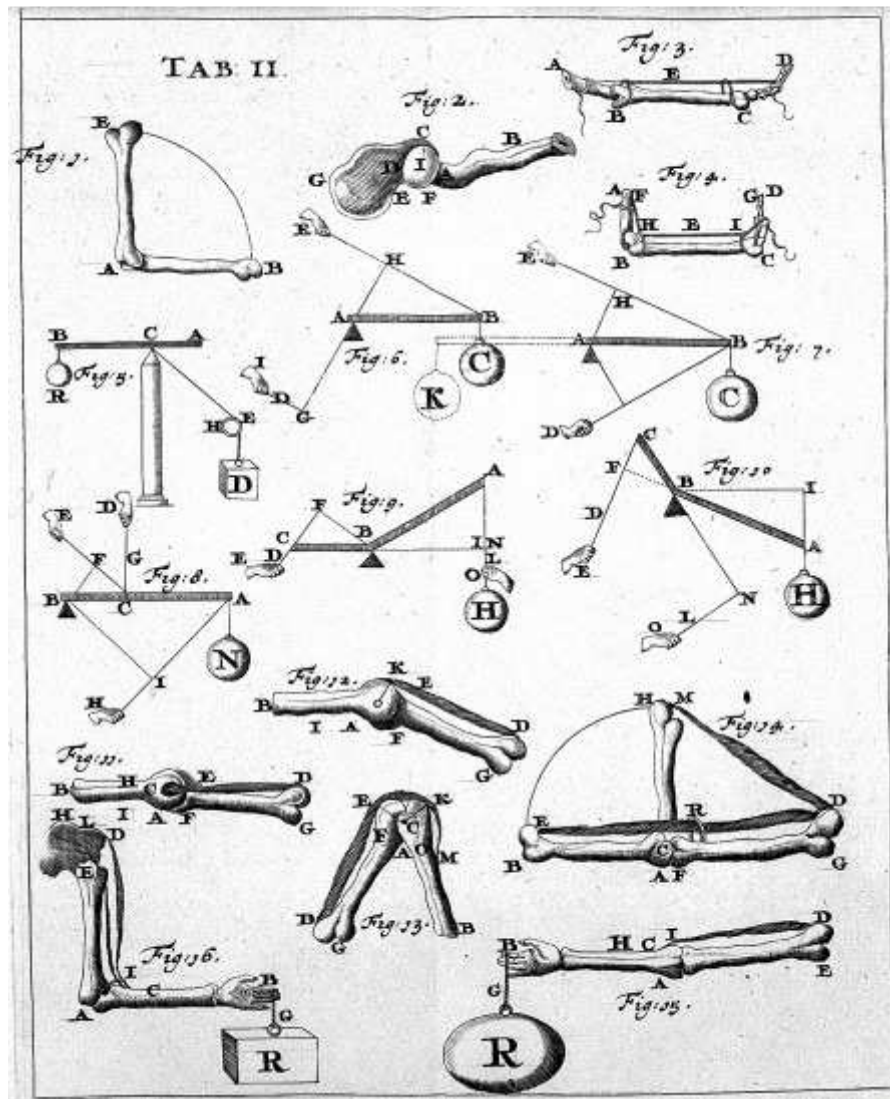


Figure 26 : Etude de la mécanique du corps. Source : *De Motu animalium* par Borelli.

1.1.2.3.3. Retour aux fondamentaux hippocratiques

Malgré ces avancées, ces deux écoles commencèrent à s'épuiser vers la fin du XVIIème siècle du fait de leurs querelles, le plus souvent cantonnées à quelques têtes pensantes, et bien souvent déconnectées de la réalité médicale des campagnes. C'est à ce

moment que Thomas Sydenham proposa un retour vers la pensée d'Hippocrate : privilégier l'observation clinique plutôt que les doctrines, décrire les maladies au plus juste et rechercher des signes diagnostiques, pour ne retenir au final que des traitements simples mais ayant fait leurs preuves. Il introduit deux notions : la première était que les maladies étaient des entités cohérentes et reproductibles, mais pouvant néanmoins varier d'un patient à l'autre. Il fallait donc regrouper les symptômes en tableaux cliniques reliés à des maladies particulières. Dans cette optique, il apporta de parfaites descriptions de la scarlatine, bien différenciée de la rougeole et de la varicelle, ainsi que celle de la crise de goutte, ou encore de la chorée fébrile qui porte son nom. La deuxième notion était la vision générale de la maladie, c'est-à-dire qu'elle est un phénomène général qui implique l'ensemble du corps, les troubles locaux ne faisant que traduire les efforts du corps pour rétablir son équilibre alors compromis. Il expliqua donc qu'il fallait observer les symptômes et non les combattre, pour en déduire la maladie originelle, qui devait être, et elle seule, traitée par le médecin qui l'aura reconnue.

1.1.2.3.4. L'impulsion microscopique

La véritable avancée de ce siècle tint en l'invention du microscope, vers 1625, qui fut la première révolution biologique. Grâce à lui, Marcello Malpighi put décrire les glomérules de la rate et de la corticale du rein, ainsi que les alvéoles pulmonaires et les vaisseaux capillaires en 1661, les hématies en 1665, et enfin les acini comme unités sécrétoires, en 1667. Par la suite, Antonie Van Leeuwenhoek, qui pour sa part n'était pas médecin et qui passait le plus clair de son temps à tout observer au microscope, découvrit les fibres musculaires squelettiques, la structure lamellaire du cristallin et les cellules bâtonnets de la rétine. Il mit en évidence en 1683 les premiers êtres unicellulaires et les premières bactéries, mais on cria à l'imposture.

En 1668, Francesco Redi apporta la première réfutation de la théorie de la génération spontanée, démontrant que sans contact avec des mouches, aucun asticot ne se développait sur la viande, allant à l'encontre de la pensée de Galien qui expliquait que les parasites ou encore les rats s'autogénéraient par la putréfaction du muscle. Tous les animaux étaient donc engendrés par un œuf. Partant de cette hypothèse, De Graff mit en évidence grâce à de nombreuses dissections, les follicules pré-ovulatoires et leur évolution en corps jaune en cas de gestation. Ils se trouvaient dans ce qu'il nomma « l'ovaire ».

L'hypothèse antique de la double semence pour former l'embryon (sperme et sécrétions vaginales), au cours d'une coction dans la matrice, s'effondra quand Bartholin découvrit que les sécrétions vaginales prenaient leur source dans les glandes éponymes. Les thèses ovistes et spermatistes s'opposèrent durant de nombreuses années pour savoir d'où provenait l'embryon préformé, avant que ne soit retenue celle d'Harvey, selon laquelle l'embryon s'organisait peu à peu à partir d'une matière indifférenciée et en fonction d'un programme bien spécifique et reproductible.

1.1.2.3.5. De nombreux progrès des techniques

Le XVIIème siècle fut aussi marqué par les progrès de l'obstétrique, qui était jusque-là une affaire de femme (et de sage-femme). Or l'accouchement ne se passait pas toujours bien et la mortalité materno-fœtale était assez élevée. C'est pour cela que l'obstétrique commença à se médicaliser, notamment grâce à Ambroise Paré, qui estima que pratiquer cette discipline requérait une bonne connaissance de l'anatomie, et que la main du chirurgien rendait plus sûre l'accouchement, tant pour la mère que pour le nouveau-né. Il décrivit, mais sans jamais oser la pratiquer, la césarienne sur une femme encore vivante. Enfin, durant le dernier quart de ce siècle, François Mauriceau mettra au point la technique des forceps et la manœuvre sur tête dernière qui porte son nom.

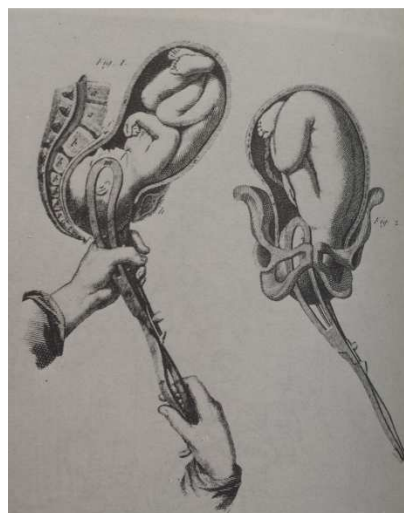


Figure 27 : Accouchements aux forceps. Source : *L'art de l'accouchement*, Baudelocque

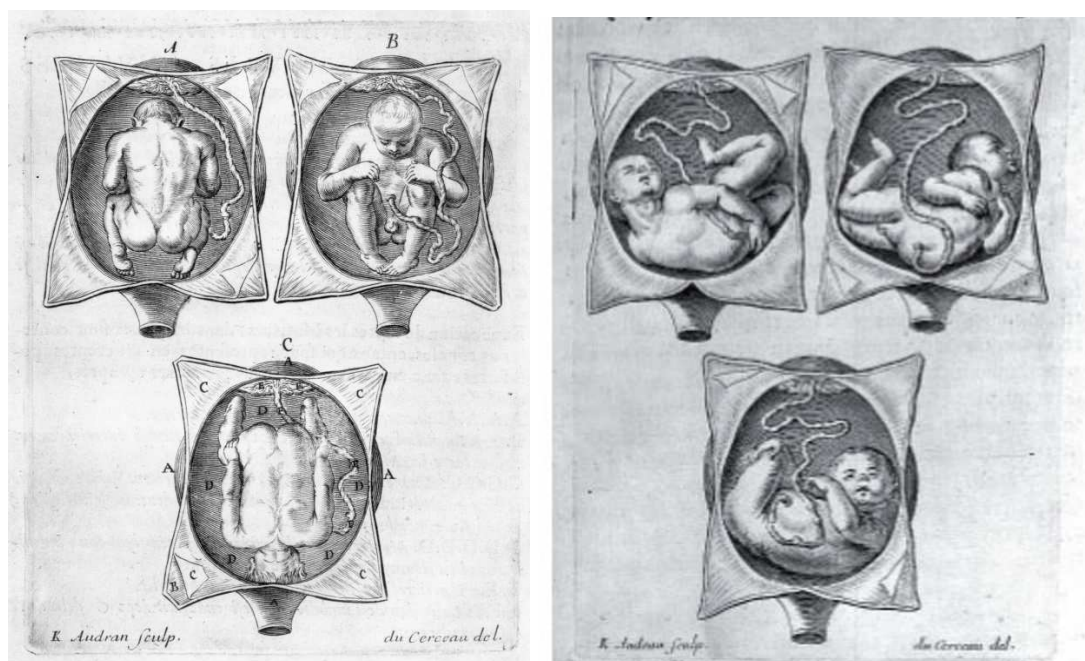


Figure 28 : Différentes positions du fœtus lors de l'accouchement. Source : *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées*, Mauriceau, 1675.

Les dernières avancées de ce siècle ne furent pas françaises mais anglaises : première infusion intraveineuse de traitement en 1650, ou encore première tentative de transfusion en 1665.

Toutes ces grandes découvertes et divers débats restèrent néanmoins confinés à un petit cercle de spécialistes, plus savants et chercheurs que médecins. De plus, l'opposition du corps universitaire à ces progrès, à l'image de Guy Patin, traduisait bien le fait que la majorité des médecins n'étaient pas encore prêts à modifier leurs pratiques, l'enseignement restant immuable en sus, figé dans le XVIème siècle et engluait dans la rhétorique. On ne peut donc pas oublier que le médecin du XVIIème restait souvent bien impuissant face à la maladie et la précarité de la vie durant ce siècle, donnant lieu aux satires de Molière. La mortalité et la morbidité étaient à leur paroxysme. L'espérance de vie était de 25 ans, et dans toutes les classes sociales, la mortalité infantile accablait la population (1/3 des enfants mourait avant leur premier anniversaire, et 1/2 mourait avant 7 ans). Les maladies épidémiques faisaient partie du quotidien, aggravées par la malnutrition chronique. Les médecins étaient alors peu nombreux, sans doute pas plus de 2000 en France, n'exerçant pratiquement que dans les grandes villes pour les personnalités aisées. La médecine clinique ne changeait donc que très peu par rapport au XVIème siècle, basée sur l'examen

du pouls, l'uroscopie et la typologie des fièvres pour établir un diagnostic. Les thérapeutiques stagnaient : purgatifs, phlébotomie, ventouse et clystère. Les médecins ne répondaient donc pas aux besoins de soins simples mais efficaces, ce à quoi tendaient plus les chirurgiens, qui gagnèrent en autonomie et en considération.

1.1.2.4. Le XVIIIème siècle, Siècle des Lumières

Le XVIIIème siècle débuta dans une certaine ambivalence : la montée de la pensée rationaliste et critique des Lumières s'affranchissant des conceptions religieuses et des doctrines d'une part, la persistance des théories animistes et vitalistes avec un certain illuminisme d'autre part. C'est dans ce climat que furent établis deux grands *systèmes médicaux*, comme une réponse à toutes ces avancées éparses de la connaissance ayant besoin d'être synthétisées.

1.1.2.4.1. Tout est mouvement

Le premier d'entre eux fut établi par Hermann Boerhaave en 1708. Pour lui, tout le corps humain était composé de solides et de liquides. Leurs mouvements réciproques traduisaient la vie, leur arrêt la mort. Tout ce qui compromettait cet équilibre, et donc la santé, engendrait la maladie, on pouvait en déduire logiquement les thérapeutiques nécessaires. Tout n'était donc que contraction, échauffement et dissolution chimique (digestion, activité du cerveau...) sans intervention d'un quelconque principe immatériel. Les solides pouvaient donc être perturbés par un liquide interne ou externe (l'air), du fait d'une perturbation des propriétés de ce dit fluide, physiques (sec, froid, humide...) ou chimiques (acides, alcalins). Dans la même idée, la stagnation du sang rompait l'équilibre et engendrait l'inflammation, ainsi que le resserrement des artères à l'origine des fièvres. La thérapeutique était donc rationnelle : la chimie traitait les troubles chimiques (acide contre alcalin) et les troubles hydrauliques étaient soignés par les sédatifs, les toniques ou les évacuants. Dans sa lignée, Frédéric Hoffmann expliquera que « tout est mouvement », et classera les traitements en quatre catégories : les corroborants, les sédatifs, les évacuants et les altérants.

1.1.2.4.2. Le Phlogistique

Aux antipodes, Ernst Stahl déclina un deuxième système médical basé sur la théorie du Phlogistique. Même s'il admettait les mouvements des liquides et des fibres, pour lui, les éléments du corps ne pouvaient eux-mêmes être à l'origine de leur action, mais résultaient de la volonté d'un principe immatériel unificateur et organisateur de ces mouvements : l'*anima*. Stahl s'opposait au dualisme cartésien de l'âme et du corps, et expliquait qu'au contraire, l'âme imbibait l'ensemble du corps et le contrôlait à chaque instant. Revenant à la tradition néo-hippocratique, Stahl prônait la *natura medicatrix* et le fait que la fièvre et les tremblements étaient des signes de lutte de l'*anima* pour guérir le corps, et non un symptôme. Le médecin devait donc intervenir le moins possible pour ne pas entrer en conflit avec l'*anima*, et donc se méfiait des traitements chimiques.

1.1.2.4.3. Prémices de l'endocrinologie : le vitalisme

Par la suite, Théophile de Bordeu étudia les glandes et leurs actions en 1751, et réalisa la première description des hormones, sécrétées par les glandes de façon spécifique, et diffusées par le sang pour aller agir dans un autre site. Ces activités glandulaires étaient étroitement liées à l'activité nerveuse selon lui, et traduisait l'existence dans la matière vivante, d'un principe vital, théorie du vitalisme.

Après l'effondrement des théories antiques sur la circulation sanguine, c'était au tour de celles sur la digestion d'être mises à mal. A la fin du XVIIème siècle, on oscillait entre la théorie de la trituration (iatromécanisme) et la théorie de l'action des ferments (iatrochimie). En 1663, Nicolas Sténon mit en évidence le canal excréteur de la parotide, et De Graff montra une sécrétion spécifique par le pancréas, grâce à l'utilisation d'une dérivation externe du canal pancréatique chez un chien vivant. Trente ans plus tard, l'abbé Lazzaro Spallanzani expliqua que la digestion se faisait sous conditions de température (37°C) et réalisera les premières digestions in vitro en récupérant du suc gastrique. Ainsi fut démontrée la nature essentiellement chimique de la digestion. Dans tout autre domaine, ce même abbé réalisa des expériences sur des crapauds et affirma la nécessité d'une rencontre physique des ovules et des spermatozoïdes pour former un embryon.

1.1.2.4.4. Vers la physiologie de la respiration

Autre révolution : celle de la physiologie de la respiration, par la mise en évidence des échanges gazeux lors de la respiration. Précurseur, Boyle avait démontré en 1660 que la respiration d'êtres vivants dans des espaces clos conduisait à la mort, par épuisement d'un principe de l'air. Dans ses pas, Priestley, en 1770, rapporta qu'une jeune pousse de plante dégageait sous une cloche un air capable d'entretenir la respiration d'un petit animal. L'air était qualifié de déphlogistiqué (par opposition au principe de Stahl selon lequel l'inflammabilité d'un corps provenait de son phlogistique, sorte de principe inflammable résidant au sein de la substance à enflammer. La combustion du corps libérait le phlogistique dans l'air, qui devenait impropre à entretenir l'inflammation, car à son tour chargé de phlogistique). Cette théorie sera invalidée par la suite par Lavoisier, qui démontra que l'air pouvait se diviser en deux composants : l'air vital, que l'animal pouvait respirer, et l'azote, impropre à la respiration. Il démontra aussi la présence de l'oxygène, sans l'identifier, par l'expérience d'oxydation des métaux.

1.1.2.4.5. La découverte de la fibre

Grâce aux microscopes, furent découvertes les fibres, structures élémentaires allongées, contenues dans des organes qui n'apparaissaient plus comme homogènes. A chaque organe sa fibre : fibres charnues, fibres musculaires lisses des viscères, fibres des muscles squelettiques à motricité propre. En 1677, Glisson leur attribua une propriété générale : l'irritabilité, capable de les mettre en mouvement. Un siècle plus tard, Haller complètera sa théorie en soumettant les tissus musculaires à différents stimuli : thermiques, mécaniques ou chimiques. Il mit en évidence la présence d'une irritabilité dans tous les muscles du corps, y compris le cœur, mais n'attribua aucun lien avec les nerfs et encore moins à l'âme, elle serait innée. Galvani peaufinera cette étude, suite à la découverte de l'électricité, en découvrant que le contact d'une patte de grenouille avec une machine électrique déclenchait la contraction du muscle. Il en conclut que l'irritabilité n'était pas le fait de la naissance de l'impulsion électrique, mais la capacité du muscle à la recevoir et se contracter en réponse à celle-ci. Pour lui, la source était le nerf, qui conduisait l'influx électrique.

Lors de la transition vers le XIX^{ème} siècle, Bichat réalisa des travaux qui furent l'aboutissement de la théorie du « tout est fibre » : il regroupa les fibres en matériaux élémentaires qui constituaient les organes : les vaisseaux, les séreuses, les glandes, les muscles... En 1800, il distingua muqueuses, séreuses et fibreuses. En observant les effets de divers traitements sur divers organes, il en conclut que les maladies n'affectaient pas un organe, mais les tissus qui le composaient.

1.1.2.4.6. Naissance de l'anatomie pathologique

Le XVIII^{ème} siècle fut aussi l'époque du développement de l'anatomie pathologique. La poursuite des découvertes anatomiques de plus en plus fines permirent d'établir des variantes de la normale (celles de l'intestin grêle par les frères Meckel par exemple), mais au-delà de ces variations normales, il fallait bien en venir à l'évidence que certaines altérations ne pouvaient n'être en lien qu'avec la pathologie. Une approche systématique des dissections fut mise en place par Morgagni. Il prenait soin de procéder d'une part à des descriptions très minutieuses, mais aussi, de prendre en compte certains facteurs, comme la date et l'heure du décès, l'âge, la profession, le milieu de vie, ou encore les troubles présentés et les circonstances de la mort, afin d'affiner les conclusions des dissections. C'est ainsi que Morgagni put décrire les lésions d'infarctus du myocarde, les anévrysmes aortiques, les tumeurs du pylore, la splénomégalie du cirrhotique, le poumon pneumonique ou la méningite tuberculeuse. Mais encore en 1760, il ne put se résoudre à conclure si les lésions anatomiques étaient la cause ou la conséquence des maladies.

1.1.2.4.7. L'envol chirurgical

Le XVIII^{ème} siècle fut aussi le siècle de l'essor et de l'indépendance de la chirurgie, qui avait stagné durant le siècle précédent. En 1705, on peut citer Jean-Louis Petit qui rédigea un traité de sémiologie des fractures, entorses, rupture du tendon d'Achille, ou encore sur la trépanation de la mastoïde en cas d'abcès pour juguler l'évolution vers la méningite. Il élaborait un tourniquet pour faire l'hémostase lors des amputations de membres, dont il réduisit les indications. Il distingua la commotion cérébrale de l'hématome sous-dural,

dont il connaissait le délai d'apparition pouvant aller jusqu'à 24 heures après un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale. Ou encore, il fit la différence entre les cholécystites suppurées et les abcès du foie, et recommanda le curage ganglionnaire en cas de mammectomie pour cancer.

Deux professions s'officialiseront : les ophtalmologistes, dépassant le statut de simple abatteurs de cataracte qui perfectionnèrent leurs techniques grâce à la connaissance de l'anatomie de l'œil ; et les chirurgiens obstétriciens.

1.1.2.4.8. Et le patient dans tout ça ?

Le XVIIIème siècle connaissait un autre renouveau : le patient fut pris enfin en considération, non plus ses reflets (urine, pouls..), mais lui-même dans son ensemble, dans les troubles qu'il rapportait. L'examen clinique était alors primordial avec l'apparition de l'exploration clinique du contenu de la cage thoracique, de façon systématisée : inspection, palpation, percussion, et plus tard auscultation. La notion de lésion locale aboutit assez rapidement à la ségrégation des domaines de la médecine, avec l'individualisation dans un premier temps de la cardiologie. En 1669, Lower rédigea le premier vrai traité de cardiologie, où il décrivait les signes de l'insuffisance cardiaque, ou encore ceux de la péricardite constrictive. Par la suite, Vieussens décrira le rétrécissement mitral.

Cependant, à l'heure de l'apogée de la clinique, la thérapeutique restait un peu en recul, les médecins ne disposant toujours que de peu de traitements chimiques, peu efficaces, et dont ils se méfiaient. Outre le clystère et la saignée toujours d'actualité, ils pouvaient toutefois avoir recours au mercure pour traiter localement les lésions dermatologiques de la syphilis, à l'opium pour vaincre les douleurs et les spasmes digestifs, à la poudre de bois de gaiac pour traiter la vérole, à l'ipéca comme antipyrétique ou encore à l'infusion de feuilles de digitale pourprée pour lutter contre l'hydropisie.



Figure 29 : Saignée. Source : *Nuova et utilissima pratica di tutto quello ch'al diligente barbiero s'appartiene divisa in due libri*, Cintio d AMATO, 1671.

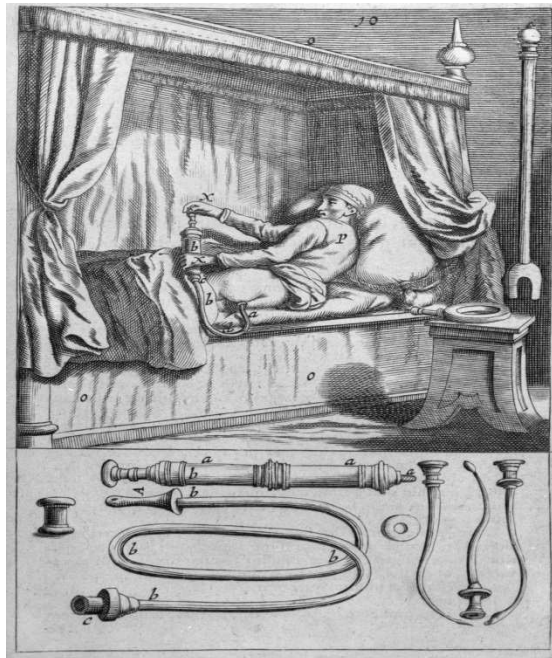


Figure 30 : Lavement avec un clystère. Source : *Appendix... ad Armamentarium chirurgicum* SCULTETUS, Johannes, 1671.

Vers la fin du XVIIIème siècle, la France compte environ 130 hôpitaux de tailles variables, mais que ne fréquentaient pas les personnes de haut rang social, qui étaient soignées, accouchées et opérées à domicile. Entre vitalistes, animistes et mécanistes, ce grand débat fut la source du développement de pratiques alternatives, à l'image du magnétisme de Mesmer. Il s'agissait d'un courant de pensée dans la mouvance des avancées newtonienne sur l'inter-action universelle des corps par l'effet de la gravitation. Mesmer n'a pas inventé les traitements par les aimants car Paracelse les utilisait pour soigner les plaies, et Ambroise Paré pour retirer des fragments métalliques des plaies. Mesmer inventa la notion d'un fluide subtil qu'il nomma magnétisme animal. Sa méthode reposait sur le principe de polarité inverse du patient et de son magnétiseur, qui en apposant les mains, était capable de rétablir l'équilibre rompu, par une transfusion magnétique. Son procédé connut un succès immédiat en France et furent créés les baquets autour desquelles se déroulaient des séances de magnétisme. Les patients devaient saisir des barres de fer recourbées sortant d'une grande baignoire où trempait de la limaille de fer dans de l'eau acidulée. La faculté de médecine finit par prohiber ces séances qui prenaient une sérieuse connotation érotique. Malgré les interdits, à la même époque, le chanoine Jean Castellas mit publiquement une de ses patientes en sommeil magnétique, et fonda par le fait l'hypnose médical.



Figure 31 : Séance de magnétisme par Mesmer. Source : anonyme, 1784.

1.1.2.5. Conclusion

Les avancées des connaissances des médecins savants furent donc spectaculaires durant les deux siècles qui vinrent de s'écouler. Néanmoins, les thérapeutiques à disposition des médecins du peuple ne progressèrent que très peu, ne conférant donc pas une grande aura à ces nombreux praticiens de l'ombre. La morbi-mortalité était forte et la médecine, savante et inaccessible, en inadéquation avec la demande de la population, cette même population dans laquelle commençait déjà à gronder une rébellion contre les privilèges de la monarchie et des castes. La Révolution se préparait, et allait bouleverser la France dans ses fondements mais aussi dans sa médecine.



Figure 32 : L'embarras d'un médecin de village, peinture de Lasch.

Source : Assistance Publique

1.1.3. La révolution de la médecine au XIXème siècle et l'importance du rôle du médecin comme prescripteur

Lorsque la Révolution éclata, le statut des praticiens n'avait que peu changé. Néanmoins, fruit de cette révolution, l'enseignement et la formation des médecins furent supprimés totalement entre 1793 et 1794, afin d'abolir les privilèges et les statuts en général, dont celui de médecin, permettant ainsi à n'importe qui de l'exercer.

La Révolution voulut donner de nouvelles formes de solidarité sociale, sous le terme de fraternité. La déclaration des droits de l'Homme ne stipulait pourtant en rien des devoirs de la société envers les plus démunis, les indigents, il fallut donc attendre la constitution de 1791, qui prévoyait la création d'établissements de secours publique pour les enfants abandonnés, les infirmes et ceux hors d'état de travailler. Par la suite, la constitution de 1793 élargit la notion de secours public à tous les français sans distinction. Dans ce fond de générosité et de suppression des organisations traditionnelles dont la formation des médecins, chaque citoyen, quel que soient ses qualifications, ou leur absence, pouvait dès lors offrir des soins à ses congénères.

Les hôpitaux et hospices furent les premières victimes de la mise à disposition de l'état des biens du Clergé du décret du 2 Novembre 1789, et ensuite de leur nationalisation pure et simple en 1790. Leur exemption fiscale et leurs privilèges furent naturellement supprimés en 1791. La Révolution voulait en somme lutter contre la tendance qui lui était contemporaine, de faire des hôpitaux et des hospices, un lieu d'enfermement et un dépôt de mendicité de tous les miséreux, considéré comme l'expression de l'arbitraire combattu par les révolutionnaires. Les hôpitaux furent alors redéfinis comme un instrument de réinsertion sociale passant par une remise en forme physique et morale.

Cette condamnation de l'hospitalisation eut pour conséquence positive la création de l'assistance à domicile. La loi du 16 mai 1794 décréta l'inscription des indigents sur le grand livre de la bienfaisance nationale, et privilégiait le secours à domicile, volonté de remplacer l'aumône et les hôpitaux. L'Etat délégua aux municipalités les premières responsabilités de l'attribution des secours, comme partie intégrante du maintien de l'ordre public dont elles avaient la charge. Le soulagement de la misère allait de pair avec la lutte contre la délinquance et la prostitution. L'assistance était donc devenue une obligation nationale, mais dont le coût était supporté par les collectivités locales, sauf exception, comme les orphelins pauvres et les enfants abandonnés qui restaient à la charge directe de l'Etat.

Fin 1794, la loi leva l'interdiction des sociétés savantes et trois pôles d'enseignement réglementaires furent créés. L'enseignement fut dès lors commun aux médecins et

chirurgiens, et obligeait les étudiants à recevoir une formation théorique, mais aussi pratique au sein des hôpitaux, devenus publics. Mais il faudra encore quelques années pour que les certificats délivrés par ces écoles soient nécessaires pour l'exercice de la médecine, répondant encore au principe de liberté totale en 1797.

En 1803, les médecins prennent progressivement part à l'élaboration de lois définissant les conditions juridiques de l'exercice de la médecine, en réponse à une concurrence majeure facilitée par les largesses accordées par la Révolution, mais aussi pour prendre en compte les progrès des connaissances acquises au cours des dernières décennies. Les lois du 10 mars et du 11 avril 1803 fixèrent le monopole de l'exercice de la profession médicale aux seuls individus ayant suivi une formation codifiée. C'était la reconnaissance de l'art médical dont l'exercice ne pouvait aller sans connaissances scientifiques contrôlées. L'élite médicale se considéra légitimement à la pointe du progrès scientifique, et certains en déduisirent donc que les médecins avaient un rôle privilégié à exercer au sein du gouvernement. Cabanis expliquera que le médecin devait devenir le surveillant de la morale grâce à ses qualités humaines et intellectuelles. Mais les gouvernements révolutionnaires ne feront appel que de façon sporadique aux médecins en qualité d'experts, et leur place au sein des assemblées resta réduite. Le Premier Empire porta néanmoins plus d'égard à l'élite médicale que les régimes précédents, cherchant à la rallier à lui, en anoblissant une cinquantaine de médecins, chirurgiens et pharmaciens, et bon nombre entrèrent dans la Légion d'honneur. Malgré tout, le médecin anonyme vivait à cette époque dans des conditions d'une grande médiocrité, et le laxisme révolutionnaire avait entraîné la pullulation des thérapeutes et autres guérisseurs, que ne put enrayer la loi de 1803. Cette concurrence fut aggravée par le retour à la vie civile des chirurgiens et officiers de santé de l'armée. Cette époque était donc le siège d'une difficile survie du petit médecin anonyme, à laquelle s'ajouta un sentiment d'impuissance dans le domaine de la thérapeutique, sentiment partagé par les plus grands.

1.1.3.1. Les officiers de santé et les médecins : même combat ?

La loi du 10 mars 1803 rétablit donc le cursus universitaire sanctionné par des diplômes. Deux catégories de praticiens furent instituées : les docteurs en médecine et les officiers de santé, diplômés reconnus pour pouvoir exercer pleinement l'exercice de la médecine en France. Les *docteurs* et les *officiers de santé* étaient donc les seuls grades

permettant, aux yeux d'une communauté scientifique, juridique et étatique de prescrire des remèdes ou médicaments pour guérir le patient. Les docteurs avaient un doctorat de médecine, diplôme de troisième cycle qui est toujours reconnu aujourd'hui alors que les seconds avaient un *officiat*, pour lequel le contrôle des connaissances était moins rigoureux.

Les officiers de santé pouvaient exercer dans leur département uniquement. Ils avaient un rôle de premier secours, procédant aux soins les plus élémentaires pour les affections les moins graves. La création des officiers de santé montra bien la vision de dualité sociale qu'avait la médecine de l'époque. La médecine dans les campagnes pouvait semble-t-il se réduire à peu, pour des gens dévoués à de simples travaux manuels, alors qu'elle devait être variée et élaborée pour traiter les hommes d'affaires, les savants, les hommes de lettres et les artistes. Le début du XIX^{ème} siècle avait donc une vision très inégalitaire de la personne, et les soins sophistiqués étaient réservés à une élite, tandis que l'homme de la campagne, proche de l'animal, pouvait se contenter d'un simple officier de santé.

Le médecin, pour soigner l'élite, devait donc être formé au sommet car les connaissances acquises étaient considérées comme essentielles pour une pratique sérieuse et rigoureuse de la médecine. Son excellence était attestée par ses titres. Il devait superviser les officiers de santé qui soignaient le peuple, et soigner les pauvres au titre du libre exercice de leur charité. Notons d'ailleurs qu'à cette époque, le patient n'allait voir le médecin quand cas de besoin impératif, quand il jugeait qu'il n'avait pas plus d'autre choix. Ainsi, quand le médecin était finalement appelé, il était souvent trop tard, et ce dernier ne pouvait que constater la fatalité, ce qui ne pouvait pas accroître son prestige. Il faut remarquer que cette intervention du législateur n'a pas eu raison de l'exercice illégal de la médecine surtout du fait de l'échec patent de son exercice légal. De plus, la médecine illégale pouvait tout aussi bien apporter le réconfort moral demandé au médecin de famille. Le patient se retrouvait donc à choisir entre deux impuissances, allant bien évidemment vers la moins onéreuse, la plus accessible, matériellement et intellectuellement, et vers celle qui faisait une place plus large à l'irrationnel, le rationnel étant désespérant.

La loi du 30 novembre 1892 réforma la profession médicale dans le but d'éviter toute dérive des charlatans et rebouteux quelconques. L'état français voulut frapper fort et juste. L'article premier de cette loi de 1892 donne le ton : « *Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat* ». Cette volonté institutionnelle et juridique était certainement le processus d'une culture latine amendée par l'essor des découvertes scientifiques et cultures des trois siècles précédents, notamment en France et plus généralement dans certains pays de

l'Europe (Angleterre, Italie, Allemagne). Néanmoins, la culture française avait davantage mis l'accent sur le désir de faire reconnaître le doctorat de médecine que les autres disciplines scientifiques, rendant le médecin comme seul et unique docteur aux yeux d'une population française. C'est un paradoxe français car le doctorat est largement reconnu pour les autres disciplines dans les autres pays (Europe et Monde). Ce doctorat de médecine eut d'ailleurs raison de l'officiat, rendu responsable de la pléthore de professionnels de santé.

Ainsi, la profession dite de « sous-médecins » allait tendre à disparaître lorsqu'une loi sur le recrutement militaire réclama que les officiers de santé fassent également trois ans de service militaire, au contraire des médecins, qui ne faisaient à l'époque qu'une seule année de service militaire. En 1892, il y avait 2114 officiers de santé, ce qui représentait environ 10% du corps médical français. Mais la volonté politique et institutionnelle instaura un dispositif transitoire qui permit aux officiers de santé de devenir médecins en passant des examens complémentaires et en présentant une thèse. La thèse était alors aux yeux de l'état comme la preuve irréfutable que l'officier de santé pouvait se considérer comme médecin et être apte, en toute autonomie à pratiquer la discipline de la médecine. Les officiers de santé qui ne suivirent pas ce parcours transitoire exerceront jusqu'au début de la seconde guerre mondiale.

1.1.3.2. De nouvelles obligations

Le Code civil dès 1803 fit du médecin un témoin privilégié pour déclarer le nouveau-né à l'état civil en l'absence du père, lui donna le rôle de refuser l'inhumation en cas de mort suspecte, et l'exclut de l'héritage de ses patients. Le Code pénal en 1810 pour sa part, sanctionnait d'un an d'emprisonnement tout faux certificat de maladie ou d'infirmité, et punit de réclusion l'aide à l'avortement. Il stipulait l'obligation au secret professionnel. Enfin, il définit le délit d'homicide, blessure et coups involontaires, rendant les médecins passibles d'amendes et d'emprisonnement en cas d'erreurs. Ces dispositions traduisaient bien la défiance du législateur envers des abus pouvant donner le pouvoir de vie et de mort aux médecins sur ses semblables.

1.1.3.3. Travailler à l'hôpital : l'essor de l'anatomo-clinique

En 1802 fut créé le corps des internes des hôpitaux, et avec celui-ci la clinique, grâce au contact privilégié avec le malade que permet l'hôpital. Médecins, chirurgiens, internes et externes ne perçoivent ni honoraires ni traitement, tout au plus une indemnité de déplacement à Paris. Mais la pratique hospitalière était le lieu pour les diplômés d'une forme d'exercice de la charité médicale, pouvant conduire à une notoriété rémunératrice, mais elle était aussi un lieu de formation pour les internes. Ces derniers réalisaient l'anamnèse et l'examen clinique des patients. Ces observations étaient confrontées à l'anatomie des dissections, confrontations quasi systématiques grâce à la proximité des salles de soins et des salles de dissections. Ce fut la naissance de l'anatomo-clinique, dont le précurseur ne fut autre que Laennec, nous le verrons plus tard. Néanmoins, le médecin avait un rôle limité au sein de l'hôpital, soumis à la visite biquotidienne de 100 à 150 patients, visite devant être réalisée en moins d'une heure. Le niveau de médicalisation des hôpitaux s'en trouvait donc très affaibli, et la différence entre hôpital et hospice, lieu d'hébergement, restait subtile. De plus les médecins se heurtaient aux autorités religieuses encore en place, et qui régnaient en maître sur l'organisation de la vie des hospitalisés et sur l'intendance et la pharmacie, estimant que le médecin était au service de son institution.



Figure 33 : Une visite à l'hôpital. Source *Gravure de Luis Jimenez Aranda, 1894.*

Ce fut après avoir rédigé son traité sur l'auscultation médiate de la cage thoracique que Laennec fut nommé professeur de médecine au Collège de France. Fort du constat des relations entre le tableau clinique et les lésions anatomiques, il confectionna l'outil emblématique du médecin, le stéthoscope, idée qui selon lui, lui serait venue en observant des enfants jouant à gratter un tronc d'arbre à une extrémité pour en faire entendre distinctement le bruit projeté à l'autre extrémité. Initialement une simple liasse de papier roulée posé sur le thorax et l'oreille du médecin, puis un cylindre de bois évasé, il peaufina progressivement son instrument. Malpighi avait répertorié les altérations organiques, Bichat avait vérifié anatomiquement les symptômes, Laennec, lui, fit la démonstration de la mise en évidence des lésions internes, ni cause ni conséquence mais maladie elle-même, grâce à un examen clinique fin et rigoureux. Grâce à son système, il expliqua que toutes les observations peu cohérentes réalisées jusqu'alors concernant la tuberculose (atteintes pulmonaire, osseuse et intestinale) étaient en fait différents aspects de cette maladie jugée comme chronique.

Ce fut dans cette vision de la médecine que Bretonneau dessina les contours encore un peu flous des différents types de fièvres intestinales, en particulier celles avec des lésions organiques associées (retrouvées lors des dissections), qu'il nomma dothiéntérie (thyphoïde). Il décrivit aussi l'angine diphtérique. Dans ses pas, son élève Trousseau identifia les phlébites révélatrices d'un cancer de l'estomac et les différents types de fièvres éruptives de l'enfant. A la même époque, Bouillaud décrivit la relation entre rhumatisme articulaire aigu et endocardite.

1.1.3.4. Avancées de la biologie médicale

Le XIXème siècle fut aussi le terreau de la biologie médicale. Magendie en fut le premier acteur. Dès 1809, il mit en place une méthode expérimentale, qu'il appliqua à la pharmacologie d'une part, étudiant l'action de certaines substances végétales et chimiques (comme la strychnine ou l'émétine), la digestion ensuite, montrant que celle-ci résulte de phénomènes chimiques sans les identifier, et enfin la neuro-physiologie où il obtint ses meilleurs résultats. En effet, grâce à l'expérimentation sur un chiot, il put établir que deux types de racines nerveuses émergeaient de la moelle épinière avec une action propre : la racine postérieure est sensitive, la racine antérieure est motrice ; les fibres motrices et sensibles sont conjointes dans le système nerveux périphérique. Il mit en évidence le

passage du LCR par l'orifice du toit du 4^e ventricule, faisant ainsi communiquer les cavités liquidiennes de l'encéphale et les espaces sous-arachnoïdiens. Ce fut son élève, Claude Bernard, qui fit prendre son envol à la biologie médicale, utilisant la méthode expérimentale de son maître. Travaillant dans les mêmes domaines, il mit en évidence la fonction glycogénique du foie, expliquant la présence de sucre dans les veines sus-hépatiques malgré l'absence d'ingestion de substance sucrée et alors qu'il n'avait pas retrouvé de sucre dans le sang prélevé dans la veine porte. Ainsi naquit la médecine expérimentale. Par la suite, il put décrire le tonus vasoconstricteur et les sécrétions hormonales liées aux stimulations nerveuses. Fort de ses expériences et de ses découvertes dans le domaine métabolique, hormonal et nerveux, il construisit le concept de milieux intérieurs, constitués des différents liquides physiologiques, carrefour de toutes les grandes fonctions, et grâce auxquels un équilibre permanent s'opère, fruit de l'économie générale du corps. Ainsi, Claude Bernard put déterminer la glycémie normale, et celle à partir de laquelle on pouvait observer une glycosurie.

Dans les années 1840, pratiquement tous les organes avaient été disséqués et répertoriés, ainsi qu'un bon nombre de variétés morphologiques de lésions. L'anatomie pathologique était à son paroxysme mais elle ne pouvait expliquer elle seule la genèse des maladies. Il fallut la coupler aux connaissances apportées par la physiologie pour former une théorie complète et globale : la théorie cellulaire. Cette union fut enfin possible grâce à la très significative amélioration de la qualité des microscopes, désormais équipés des lentilles achromatiques et d'un condensateur, supprimant ainsi les aberrations chromatiques et améliorant le flux lumineux. Les théories des cellules des botanistes, appliquées à la physiopathologie humaine, permirent à Virchow d'expliquer certains phénomènes pathologiques comme le thrombus de l'embolie pulmonaire, les leucocytoses des états septiques et des leucémies. Virchow put ainsi mettre en évidence la prolifération cellulaire dans les coupes de cellules tumorales, mais aussi chez l'embryon et conclut finalement que toute cellule provient d'une cellule. Pour Virchow, la fonction troublée, exagérée ou amoindrie dans la maladie, décrite par Bernard, pouvait se traduire par une lésion cellulaire. Il en découla naturellement une nouvelle technique diagnostique : la nécessité de procéder à des biopsies.

1.1.3.5. La révolution pasteurienne

Cependant, l'acteur de la plus majestueuse des découvertes de ce siècle reste Pasteur. Le développement de la parasitologie par Laennec (kystes hydatiques), Virchow (trichios) ou de Bernard (sarcopte de la gale) fut le premier pas vers la découverte des microbes. D'abord chimiste à l'étude des isomères optiques, de la dissymétrie moléculaire fondant la stéréochimie, il établit les propriétés optiques des cristaux d'acide tartrique. Il décida d'appliquer ses principes de dissymétrie moléculaire, en faisant d'elle une propriété du vivant. Ces compétences furent mises au service de l'industrie où il sauva une distillerie de bières (distinguant les germes aérobies et anaérobies, préconisant le chauffage pour détruire ces derniers qui étaient à l'origine d'une fermentation parasite compromettant le processus de fermentation de la bière), puis une industrie du ver à soie en identifiant un micro-organisme corpusculaire responsable de la pébrine, maladie affectant les cocons. Il ne s'arrêta pas là : en 1877, il identifia le bacille aérobique responsable de la maladie du charbon, et démontra que l'infection était transmise par l'alimentation. Cette découverte donna une formidable impulsion à la communauté européenne, qui dans les vingt années qui suivirent, découvrit la plupart des germes impliqués dans les principales maladies infectieuses de l'époque (streptocoque, staphylocoque, gonocoque ou encore bacille de la typhoïde ou de la lèpre). En 1878, ces germes furent enfin nommés « microbes » pour le médecin généraliste Sédillot. Cependant, la création de cette banque de données ne pouvait contenter pleinement Pasteur puisqu'elle ne proposait aucune thérapeutique contre ces infections. Il observa que la mise en culture prolongée de germes permettait au bout d'un certain temps, d'obtenir une version atténuée de ce germe, mais cette nouvelle souche pouvait toujours protéger contre la maladie. Il subissait une transformation vaccinale. En 1881, il réussit à immuniser par cette méthode des moutons contre le choléra. En 1885, il se pencha sur l'épidémie de rage transmise par morsure. Il ne réussit pas à identifier le germe responsable, mais le tableau clinique d'encéphalite, lui donna l'intuition qu'il devait se localiser dans le système nerveux central. Il décida donc d'utiliser de la moelle épinière rabique desséchée, où devait se trouver logiquement une forme atténuée du virus rabique, pour réaliser des séries d'injections dans un but d'immunisation. Ce fut un succès majeur parmi tous les succès de cet illustre scientifique.

1.1.3.6. L'aboutissement de la chirurgie

Enfin, la chirurgie prit aussi son envol durant le XIXème siècle. Les médecins spécialisés en chirurgie tentèrent des interventions de plus en plus ambitieuses, ne se limitant plus aux traditionnelles amputations, lithotomies ou cataractes. Ils osèrent les ponctions péricardiques, la correction du pied-bot, la myotomie des torticolis congénitaux, l'incision de l'aponévrose palmaire moyenne de la maladie de Dupuytren, l'ovariectomie, ou encore la correction des fentes labio-palatines bilatérales (par Roux en 1810) et la thyroïdectomie. Néanmoins, la chirurgie était confrontée à trois problèmes majeurs qu'elle allait surmonter pendant ce siècle :

- Les hémorragies, pour lesquelles le cautère n'était jamais loin avec toute sa iatrogénie, en cas d'échec des ligatures vasculaires. On arrivait donc à contenir tant bien que mal les hémorragies mais celles-ci se compliquaient généralement de collapsus. De nouvelles tentatives de transfusions furent menées à bien et le système du groupe ABO fut établi en 1900 par Karl Landsteiner.
- La douleur du geste, pour laquelle le patient n'avait d'autre choix que de la supporter dignement, sauf si par chance la douleur lui provoquait un malaise syncopal. De petites astuces étaient employées comme le massage des carotides pour induire un malaise vagal, saouler le patient avant de l'opérer ou comprimer les troncs nerveux. Globalement peu efficaces, le chirurgien devait donc opérer dans le stress et le plus rapidement possible. En 1799, Davy identifia les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote, mais son utilisation hasardeuse ne lui permit pas de convaincre les médecins. Dans ses pas, Faraday détermina la même propriété pour l'éther en 1818, et William Morton utilisa ses conclusions en 1846 pour réaliser les premières anesthésies avec succès. En 1847, Simpson réussit à diminuer les douleurs de l'accouchement grâce à du chloroforme. Il faudra bien sûr encore de nombreuses années pour établir les doses et les protocoles, mais l'anesthésie locale était née, ouvrant la voie aux premières anesthésies générales qui seront pratiquées dans le début du siècle suivant.
- Les infections post-opératoires, quasiment systématiques. Ignaz Semmelweis ouvrit la voie de l'asepsie en observant que les étudiants en médecine qui côtoyaient à la fois les salles d'accouchements et les salles d'autopsie,

contrairement aux sages-femmes, dont les pratiques aboutissent à un nombre d'infections puerpérales bien inférieur. Il recommanda donc le lavage des mains avant de pratiquer les accouchements, sans avoir néanmoins identifié la cause de la contamination, et fit chuter le taux de fièvre des parturientes. Il fut confronté à un conservatisme majeur des chirurgiens qui ne pouvaient tolérer d'être la cause de la transmission des infections par défaut d'hygiène. Il fallut attendre 1867 pour que cette intuition devienne crédible, puis qu'elle fut reprise par le renommé Joseph Lister, qui, à la lumière des découvertes de Pasteur, préconisa le nettoyage des foyers fracturaires en chirurgie osseuse. Il obtint ainsi une baisse des ostéites, suppurations et septicémies. Fort de sa réputation, il put enfin convaincre ses confrères des bienfondés de l'asepsie, du nettoyage des mains, de la désinfection de la zone opératoire et des instruments. Vers 1880, on introduit les blouses, calot et gants en caoutchouc, et on recommanda l'antisepsie des instruments en les stérilisant à la flamme.

1.1.3.7. Vivre de la médecine à la fin du XIXème siècle

L'évolution des connaissances fut donc majeure durant ce siècle, et leur diffusion facilitée par le développement des revues médicales. Néanmoins, le médecin restait confronté à une demande sociale de « pharmatisation » plus que de médicalisation. On attendait non seulement que le médecin nomme le mal, mais aussi qu'il propose des solutions, c'est-à-dire des remèdes efficaces pour diminuer les symptômes. Cantonné à son rôle de soutien moral, le médecin de la première moitié du XIXème siècle ne pouvait qu'être que désarmé face aux grandes épidémies, joliment décrites par les grands savants. Le médecin faisait donc appel à toutes les ressources du moral, et entretenait l'espoir que l'amélioration des habitudes alimentaires et vestimentaires pourrait rendre le quotidien plus facile. Mais paradoxalement, la répugnance de la population à être soignée par des médecins leur faisait courir le risque d'être accusés d'empoisonneurs. A cette époque, la guérison était donc souvent assimilée à un miracle. Cette foi, que ce soit envers Dieu ou envers Hippocrate, supposait l'exercice de la charité au sein de la pratique médicale. Les pauvres requéraient donc des soins gratuits, c'était admis et le médecin l'acceptait, mais ce dernier se trouvait dans la précarité financière aussi du fait que les riches n'assumaient pas leur rôle et refusaient régulièrement de payer les honoraires légitimes aux médecins. Quant

à l'Officier de santé, dans sa campagne, on peut affirmer qu'il avait toutes les peines du monde à récolter quelques honoraires auprès d'une population des plus pauvres. La médecine des pauvres était reconnue comme la plus difficile à exercer, la demande de médicalisation réduisant souvent le médecin au rôle de donneur de remède aux yeux des indigents, qui aurait pu tout aussi bien être réalisé par des charlatans. Son rôle, le médecin l'assumait jour et nuit, au prix de dangers et de fatigues répétés, les pauvres n'étant pas forcément de contact très agréable ni même courtois. De plus le fossé culturel entre le paysan du canton et l'officier de santé, même le plus humble, était considérable ; cet égard intellectuel était incommensurable avec un docteur en médecine. Même dépourvu de titre universitaire, le médecin était porteur d'un discours incompréhensible, et donc suspect, pour son interlocuteur. Le soignant se trouvait dans la situation de devoir apprendre un patois local pour espérer avoir un minimum de dialogue avec son patient.

Rendu obligé à un service public, le médecin venait à la conclusion qu'il était moins bien traité que les autres acteurs sociaux, comme les prêtres. Les plus humbles enviaient leur statut ou même celui des instituteurs, mais à l'opposé les plus riches revendiquaient leur attachement à l'exercice libéral de la médecine. Et ces plus riches voyaient en la pratique de la charité une des dimensions d'accession au statut de bourgeois détenu par les élites sociales. En effet, les médecins, et encore plus les officiers de santé, étaient d'origine modeste. Ils cherchaient donc une reconnaissance sociale pour service rendu. Cette aspiration à la logique de l'ascension sociale par la charité dépassa rapidement le seul objectif de l'accès aux classes de notables, et tendait aussi à viser un rôle politique par les médecins.

Suite à la suppression du statut d'Officiers de santé, et face au manque de médecins à la campagne, le Second Empire voulut développer l'idée de médecins cantonaux salariés de l'Etat, acteurs de soins locaux mais aussi yeux de l'état réalisant une surveillance sanitaire des indigents. Le fonctionnement de cette organisation fut très hétérogène : dans certains départements, les indigents avaient le choix du praticien, dans d'autres, il n'y en avait qu'un, limitant fatalement ce choix. De plus, en fonction du lieu, le médecin était soit rétribué à l'acte, soit à l'abonnement. Enfin, certains conseils généraux refusèrent ce système. L'accueil de cette réforme par les médecins fut très ambivalent : d'une part soulagés d'être déchargés de leur rôle de soins auprès des indigents, ils y voyaient d'autre part le déshonneur de leur profession d'être relevée des actes de charité des notables. La prise de position négative des médecins et le peu de conviction des collectivités locales mirent un frein à cette tentative de médicalisation des campagnes par l'Etat.

Dès 1870, les médecins étaient de plus en plus nombreux à siéger dans les assemblées nationales et locales. Principalement républicains, mais aussi sans étiquette, ils accédèrent à la tête de mairies de grandes villes, faisant triompher la politique hygiéniste. A Marseille, Flaissières mit en place le drainage et l'adduction des eaux, ainsi que l'électrification de sa ville. Augageur établit à Lyon une régie directe des eaux et créa un asile pour les invalides du travail ainsi qu'un dispensaire pour les tuberculeux et des caisses de chômage. A travers ces exemples, on comprend bien que le corps médical se sentait investi de porter la croix de la justice sociale et du progrès, et que cela n'allait pas sans une rétribution correcte de ses services. Mais, d'observateur et conseiller, le médecin allait progressivement devenir le moralisateur, critiquant certains comportements et vouloir faire preuve d'ingérence, tant dans la vie privée que dans la vie publique par ailleurs. C'est dans cet état d'esprit que la puériculture et la protection des femmes enceintes virent le jour. La loi de 1889 permit la déchéance paternelle en cas de danger physique ou moral de l'enfant, et les médecins veillaient sur les nourrissons, faisant ainsi diminuer la mortalité infantile.

Dès 1870, les médecins élus furent sensibles aux théories de la franc-maçonnerie, perçue comme l'héritière des Lumières. Cet engagement de bon nombre d'élus fut le moteur de la laïcisation de la société française en général, de l'hôpital en particulier. En effet, ils demandèrent que le personnel hospitalier soit laïc, dénonçant l'incompétence des sœurs en matière de médecine, et qu'elles soient remplacées par un personnel formé dans des écoles : les infirmières. Ce modèle se mit en place à l'Assistance publique, mais les religieuses perdurèrent dans les petits hôpitaux, moins onéreuses, souvent plus formées que les parisiennes, et enfin le plus souvent cantonnées au rôle de surveillante ou de pharmacienne, les soins étant prodigués par les internes.

La deuxième moitié du XIXème siècle fut marquée par l'ouverture des hôpitaux aux patients payants, personnes riches mais aussi classes intermédiaires comme les travailleurs pour qui venaient d'être mises en place des sociétés de secours mutuels, prenant à leur charge les frais d'hospitalisation de leurs adhérents. Cette réorientation des malades constitua une nouvelle concurrence aux médecins libéraux, qui réclamèrent dès lors que certains lits des hôpitaux leur soient réservés.

La fin de ce siècle montre un médecin dont le statut était plein de contradictions. Demi notable, d'abord écarté du pouvoir sous la monarchie, il était le grand gagnant du suffrage universel, et détenait un rôle social majeur sous la troisième République. L'assistance charitable disparut au profit d'une solidarité arbitrée par les pouvoirs publics. Le regard du médecin changea : il réclama l'égalité démocratique devant la médecine, par la reconnaissance du droit de tous à des soins de qualité d'une part, mais par corporatisme

d'autre part, fit supprimer l'officiat pour mieux régner en maître sur l'ensemble du territoire. Le XXème siècle s'ouvrait et le tableau que dressait la médecine de campagne était peu réjouissant : le médecin était submergé de travail du fait d'une fausse pléthore annoncée par des citadins jaloux de leurs prérogatives, mais aussi du fait des progrès de la médicalisation, médecin souvent lassé de se battre pour conserver quelques patients payants et astreint à soigner des indigents qui ne lui font pas confiance.



Figure 34 : L'Empirique, lithographie du XIXème siècle. Source : Ph. Musée des arts et traditions populaires.

1.1.4. Le XXème siècle : une médecine populaire versus le siècle des découvertes

La fin du XIXème siècle et le début du XXème siècle reflétaient le fait que la médecine devenait peu à peu une science en tant que telle, traitant l'observation du malade par une démarche enseignée et reproduite. Ainsi, les étudiants de première année de médecine pratiquaient de manière courante la dissection, notamment sur les cadavres des vieillards et des clochards. Cette démarche, inspirée par le fort désir de la découverte de l'intérieur de l'humain en tant qu'artefact biologique expérimental devait donner au futur médecin, la connaissance ultime de l'anatomie, de son fonctionnement architectural, de ses principes. Si

ces pratiques avaient d'ailleurs inspiré très certainement l'esprit carabin, par les situations particulièrement délicates de ces dissections (odeur des cadavres, chaleur, dureté, ...), l'humour noir qui en résultait traduisait très certainement la construction d'un esprit se voulant scientifique tout en se différenciant des autres disciplines par le contact avec le patient et la mort. Sans doute, cette démarche forte de l'étude de l'être sur lui-même construisait une personnalité mystique qui semblait se détacher parfois de toute approche rationnelle. Le médecin en tant que guérisseur avait toujours été reconnu, et la médecine avait toujours été placée comme une discipline scientifique particulière, reconnue et unique.

1.1.4.1. Une médecine non paritaire

Lorsque l'on parle du « médecin » à la fin du XIX^{ème} siècle, il faut sans doute préciser qu'il désigne essentiellement l'être masculin. Des considérations sociologiques et historiques peuvent sans doute expliquer l'importance donnée à l'homme en tant que décisionnaire et responsable, ce qui le rend en adéquation avec l'accession aux postes de médecin et de docteur en médecine. Ces éléments sont très différents dans les pays asiatiques, notamment en Chine au début du XX^{ème} siècle où la femme de pouvoir dirigeait l'Empire du Milieu et était seule décisionnaire. Les nombreux ouvrages de Pearl Buck, romancés certes mais basés sur les pratiques historiques et sociales de l'époque montraient clairement le rôle des femmes de pouvoir. Si les raccourcis entre pratique de la médecine et institutions chinoises seraient trop directs et simplistes, il est intéressant de souligner une certaine avancée des pays asiatiques sur la parité.

En France, ce ne fut qu'en 1870 que la première femme, d'ailleurs anglaise, nommée « Elizabeth Garrett Anderson » passa sa thèse « Sur la Migraine ». Ce fut donc la première femme diplômée d'un doctorat de médecine générale qui put pratiquer cette discipline médicale et soigner les patients. Les réticences latines montrent toutes les difficultés pour ces femmes à devenir médecin car Elizabeth Garrett Anderson ne pouvait pas passer sa thèse de doctorat en Angleterre. Son parcours remarquable l'a obligée à apprendre le Français, à négocier hardiment avec les autorités compétentes nationales françaises à pouvoir s'inscrire dans un troisième cycle universitaire. Nous voyons bien là que le rôle du médecin ne semblait pouvoir s'attribuer qu'à l'être masculin, tant la tâche décisionnelle et quelque peu mystique s'octroyait plus largement à la fin du XIX^{ème} siècle à une population masculine. La femme jouait un rôle différent, en tant que maîtresse de

maison. Il était difficile à l'époque d'accepter que des femmes pouvaient s'autoriser le rôle oh combien majestueux du docteur en médecine. La ténacité et l'obstination d'Elizabeth Garrett Anderson a permis rapidement à d'autres femmes d'accéder au titre de docteur en médecine, comme Madeleine Brès, dont les travaux de thèse traitent de l'allaitement maternel.

1.1.4.2. Un quotidien marqué par une volonté d'approche scientifique

Si le milieu des années 1850 fut marqué par une consommation accrue des sangsues à des fins thérapeutiques, la fin des années 1880 puis 1890 témoignent d'une volonté croissante de professionnaliser le métier du médecin, tout du moins d'instaurer des habitudes dans les pratiques marquées à la fois par l'héritage des us et coutumes du XIXème siècle et également de profiter des avancées remarquables de la science moderne du début du XXème siècle. Bien souvent, le médecin disposait d'un bocal rempli d'eau claire et de sangsues car la science moderne avait confirmé l'action de l'hirudinase comme anticoagulant. L'hirudinase est une substance sécrétée par les sangsues de manière relativement abondante. C'est donc ici une formidable preuve technico-scientifique de l'utilisation d'une sangsue pour le traitement de l'hémophilie, la maladie de Willebrand, etc... Les autres ustensiles à disposition du médecin étaient encore sommaires : un marteau réflexe, un stéthoscope, un verre à pied, parfois un mètre, un verre grossissant (sorte de loupe...). A cette époque, la palpation, les yeux du médecin, ses oreilles directement placées sur le torse ou le dos du patient étaient des outils particulièrement efficaces pour les premiers diagnostics. Cette médecine, à la fois basée sur l'observation réfléchie (démarche scientifique rigoureuse) et sur l'utilisation logique d'instruments simples constitue une démarche médicale précieuse en ce début du XIX ème siècle.

1.1.4.3. Les prescriptions du médecin au début du XXème siècle

Malgré l'arrivée massive des pharmacies et herboristeries, considérées d'ailleurs dans les années 1900 davantage comme des commerces où les ouvriers et les paysans pouvaient acheter librement les remèdes, les médecins prenaient l'habitude de ne prescrire

que certains médicaments et remèdes. Nous pouvons alors lister les remèdes forts prisés de l'époque :

- Les *purgatifs*, comme certaines tisanes, infusions (à base de menthe, de camomille, de verveine, d'anis étoilé), décoctions à base de plantes collectées et achetées dans les Herboristeries. Une célèbre décoction est certainement l'huile de Ricin, huile végétale obtenue à partir des graines de ricin qui engendrait des diarrhées chez le patient. L'usage en fut détourné dans l'Italie Fasciste par les Chemises noires, forçant les opposants politiques à en avaler de fortes doses, génératrices de diarrhées humiliantes, potentiellement mortelles par déshydratation aigüe.
- Les *dépuratifs*, pour rendre le sang plus pur. Nous pouvons donner l'exemple du cresson de fontaine, car cette crucifère à goût poivré avait des vertus spéciales dépuratives et antiscorbutiques.
- Le sirop iodotannique phosphaté « pour la croissance » : sirop contenant de l'iode et du tanin.
- Le cataplasme sinapisé ou sinapisme (applications d'emplâtre de farine de moutarde ou de lin déposées sur des parties du corps à soigner). Ces cataplasmes, placés entre deux linges étaient essentiellement utilisés comme décongestionnants et placés sur la peau, au niveau de la zone à soulager.
- La ventouse, qui était un récipient en verre et en forme de cloche destiné à soigner en induisant une révulsion, par effet de succion sur la peau. Aujourd'hui, dans la médecine chinoise traditionnelle, les ventouses sont appliquées à des endroits correspondant à des points d'acupuncture choisis en fonction du trouble à soigner. Elles sont utilisées pour soigner, à la fois les affections respiratoires et les maux de dos, mais aussi pour les problèmes de peau, les migraines, les maux de têtes, les tendinites, les entorses, les crampes et la constipation.
- La teinture d'iode, utilisée pour nettoyer les plaies. Elle est apparue dès la découverte de l'iode par Bernard Courtois en 1811. Elle a été massivement utilisée par les armées, pour ses propriétés antiseptiques.
- Le quinquina : son origine remonte d'ailleurs au XVII^{ème} siècle où un médecin génois, Sebastiano Bado, fut le premier à employer le terme de

quinquina. Auparavant, les jésuites parlaient de *l'arbol de las calenturas* « l'arbre des fièvres ». Il justifia ce terme en prétendant que « kinakina », en langue quecha, désignait l'arbre qui donnait l'écorce du Pérou, information erronée car ce terme désigne en réalité l'arbre suivant ; le *Myroxylon peruiferum*. Au début du XXème siècle, il devait être utilisé avec du sucre et du vin, rendant à ce breuvage des qualités au moins gustatives au détriment d'une véritable utilité thérapeutique.

- L'huile de foie de morue (une excellent source de vitamine A et vitamine D). C'était un supplément nutritionnel donné de façon courante aux enfants. Notons que cette huile était également utilisée par les marins du nord de l'Europe, car elle protégeait leur peau des rayons du soleil.
- Le Fer (sous forme de peptonate ou lactate). La confusion était grande dans les campagnes, les paysans faisaient tremper les fers à cheval dans des récipients d'eau en espérant absorber la substance noble et créer un breuvage médicinal. Notons par ailleurs que c'est le chef de laboratoire de Dumontpallier (Laboratoires Robin fondés en 1883 par Maurice ROBIN), à l'hôpital de la Pitié qui étudia le peptonate de fer que Berthelot présenta en 1885 à l'Académie des sciences.

Ainsi, comme nous pouvons le constater, les différentes prescriptions au début du XXème siècle par le médecin étaient un savant mélange de pratiques réellement issues de travaux scientifiques rigoureux, basés sur l'expérience et la pratique observationnelle du vivant et des pratiques davantage culturelles issues de l'héritage latin et religieux du Moyen Age.

1.1.4.4. Une médecine populaire

Le début du XXème siècle marqua un tournant décisif dans les connaissances scientifiques avec notamment la découverte de la relativité restreinte par Albert Einstein en 1905, avec l'héritage des travaux de Louis Pasteur (qui mourut en 1895 à Marnes-la-Coquette) en microbiologie et la mise au point du vaccin contre la rage ou encore les travaux d'importance majeure menés par Henri Poincaré en optique et en calcul infinitésimal. Par ailleurs, les progrès dans le domaine de l'aviation furent remarquables : le comte Ferdinand von Zeppelin fit voler son dirigeable *LZ 1* au-dessus du lac de Constance en juillet 1900.

L'automobile, qui prit naissance au XIX^{ème} siècle avec la technologie de la vapeur comme vecteur d'énergie puis le pétrole et le moteur à explosion, se développa industriellement puisque nous comptons près de 250 000 automobiles en 1907.

Paradoxalement, la médecine à la campagne et la façon de soigner les paysans et ouvriers ne semblait pas suivre le même élan de la belle époque. D'ailleurs, Augustin Foll, écrivit en 1903 dans sa Thèse pour le doctorat de médecine en Bretagne intitulée « Médecine et superstitions populaires en Bretagne » la phrase suivante : « *Le paysan croit que la maladie est envoyée par Dieu, en punition d'un acte mauvais ou produite par un sort. Le prêtre seul ou le sorcier pourra le guérir. Il aura donc recours aux prières, aux fontaines miraculeuses, à l'intervention d'un saint ou bien à la conjuration d'un sorcier, antagoniste de celui qui aura jeté le sort* ».

Nous voyons bien là l'héritage du XIX^{ème} siècle avec une utilisation conséquente des plantes pour traiter les maladies, utilisation basée sur des connaissances empiriques qui furent au fur et à mesure remises en cause avec l'étude chimique des substances contenues dans ces plantes. Cependant, les progrès dans la démarche scientifique étaient encore réservés à l'élite, aux classes aisées, aux recherches académiques et les paysans des campagnes n'avaient pas accès aux dernières recherches médicales et à la connaissance des principes actifs des médicaments. Les pratiques de la médecine populaire étaient donc davantage fondées sur une théorie selon laquelle les plantes « signaient » leurs propriétés par certains aspects de leur morphologie.

D'ailleurs, les gens disaient « *aller payer une drogue des prix fous chez l'apothicaire, quand telle ou telle personne a été guérie par la reine-des-prés, le lierre terrestre, la menthe sauvage ?* ». Dans le cas où les plantes ne suffisaient pas, les gens s'en remettaient plutôt au guérisseur ou encore au rebouteux du coin. Et dans le cas où là encore, les remèdes prescrits par le guérisseur du village ou du canton ne suffisaient plus, on s'en remettait aux mains d'un sorcier car « *il ne pouvait s'agir que d'un sort jeté qu'il fallait barrer.* »

1.1.4.5. Une médecine religieuse

L'importance de l'église dans les pays latins comme la France au début du XIX^{ème} siècle la plaçait comme prescripteur incontournable dans la guérison des maladies. L'église supplantait le médecin des villes, le rebouteux, le guérisseur ou encore le sorcier par sa suprématie idéologique. Un préfet de Haute Vienne précisa même : « *Chaque paroisse a*

son saint qui jouit d'une réputation plus ou moins étendue pour la guérison de certaines maladies. Les fêtes patronales y attirent communément un grand nombre de personnes de l'un et de l'autre sexe ; les uns y sont conduits par l'espoir de la guérison, de leurs maux et le plus grand nombre par l'attrait du plaisir...».

Le saint guérisseur jouait alors un rôle reconnu, accepté, voulu, vénéré par les gens des campagnes et des villes. D'ailleurs, chaque saint guérisseur, en fonction de sa paroisse avait une spécialité bien à lui. Plusieurs saints ont été largement vénérés dans de nombreuses paroisses et édifices religieux : Saint Jacques de Compostelle, Saint Antoine, Saint Barthélémy, Saint Vincent, Saint Saturnin. Mais les véritables saints, spécialisés dans le traitement d'une maladie bien déterminée (saints providentiels) se voyaient attribués des capacités de thérapeutes. Par exemple, un cas remarquable, celui de Saint Roch, guérisseur de la peste et protecteur du bétail aurait grâce à sa bénédiction préservé la communauté des épidémies du XV^{ème} siècle au XVIII^{ème} siècle.

Nous pouvons ajouter qu'en vertu du vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir », un certain nombre d'enfants étaient voués à un saint afin de les préserver des maladies ou d'une affection en particulier. D'ailleurs, la France vivait une grave crise de la natalité, largement décriée par les spécialistes de l'époque. Ainsi, Paul Strauss (journaliste et homme politique français, décédé le 22 février 1942 à Hendaye) dit : « *La dépopulation est dénoncée avec une âpreté croissante comme un péril national ; elle apparaît de moins en moins comme un danger chimérique et lointain, et une inquiétude patriotique d'avenir commence à hanter les esprits clairvoyants...* »

Un rituel bien étrange est distingué dans le Limousin. Ainsi, on « *tirait les saints* ». Le célèbre agronome français, Jacques-Joseph Jude de Saint-Martin, né à Limoges le 16 septembre 1743 et mort dans cette ville le 29 janvier 1824 décrit ce rituel en ces termes : « *Pour savoir celui qu'il faut invoquer, on met un brin de paille dans un vase plein d'eau, que l'on tourne ; la paille étant arrêtée, on regarde la direction de son petit bout ; cette direction indique la paroisse (et donc le saint) d'où bouge le mal* ».

D'autres pratiques et rituels étaient également usités. Le peintre Gaston Vuillier (né à Perpignan en 1845 et mort à Gimel en 1915) , artiste dessinateur, voyageur et ethnographe, écrit de nombreux articles sur les pratiques dans le Limousin. Il a beaucoup travaillé pour les grandes revues illustrées du XIX^{ème} siècle, en particulier *Le Tour du Monde*. A la fin du XIX^{ème} siècle, il trouve son port d'attache à Gimel (en Corrèze) car il était fasciné par la beauté des paysages. Notons qu'aujourd'hui, Gimel est considéré comme l'un des plus

beaux villages de France. C'est d'ailleurs pour cela qu'il lutta en faveur de la sauvegarde et de la protection du site des cascades. Ses principaux articles de référence sur le culte des saints et les fontaines miraculeuses sont : « Chez les magiciens et les sorciers de la Corrèze » en 1899, « Le culte des fontaines en Limousin » en 1901. Il décrit dans ses articles certains rites pratiqués par les femmes qui fixaient quatre chandelles aux quatre montants du berceau puis qui baptisaient chaque chandelle d'un saint. Chaque cierge se consumait. Lorsqu'un cierge s'éteignait, alors le saint était désigné par la source qui était placée sous son vocable. Un enfant malade était alors transporté à cette source moyennant l'appui des gens du village pour subvenir aux besoins de ce transport un peu particulier.

1.1.4.6. L'eau, la source et les fontaines

L'eau, qui a depuis toujours été le symbole de la vie, et qui était l'élément nécessaire mais non suffisant à son développement, restait la source de toutes les guérisons à travers les siècles. La fascination de l'homme à son égard la rendit mystique. Ses vertus guérissantes étaient connues depuis des millénaires, à l'image des sources sacrées des Celtes « *les bonnes fontaines* » et ses guérisons salvatrices. Les gens venaient interroger secrètement les fontaines et boire ce liquide miraculeux dans l'espoir d'y trouver les oracles (réponses données par un dieu à une question personnelle, concernant généralement le futur) le plus à même d'apporter une réponse à des questions le plus souvent avec l'espoir d'un mariage, d'une union heureuse, le miracle d'une naissance, les probabilités de réussite d'un projet ou de guérisons salvatrices.

Paul Sébillot, né le 6 février 1843 à Paris et mort le 23 avril 1918, célèbre ethnologue écrivain et peintre français, était issu d'une ancienne famille bretonne et d'une lignée de médecins. Son père, Pierre Sabillot avait même fait l'objet d'une citation pour son dévouement pendant l'épidémie de choléra de 1832 à Saint-Cast-Le-Guildo. Paul Sébillot précisait que les fontaines étaient largement fréquentées pour la guérison des enfants. Nous pouvons citer ses propos : « *Les femmes venaient, ordinairement avant le lever du soleil, à la fontaine de Saint Lange en Saint-Didier-sur-Arroux, et après y avoir lavé la chemise de l'enfant malade, elles la leur mettaient encore toute ruisselante sur le corps. Les mères bressannes observaient la même pratique dans la fontaine de Péronnas, qui n'était sous l'invocation d'aucun saint ; le petit malade dont la chemise avait été plongée dans une fontaine près de Saint-Remy devait la porter huit jours de suite, sans la quitter. Les chemises*

et vêtements d'enfants atteints de la colique sont plongés par les mères dans la fontaine de Saint-Mamers près de Baud ».

Ces fontaines à dévotion étaient généralement antérieures au christianisme. En France, la répartition de ces fontaines a été établie par Brigitte Caulier dans *l'Eau et le Sacré*. Elle estimait la présence de plus de 6000 lieux chargés d'une puissance sacrale. Parmi ces 6000 lieux, elle évaluait à 2000 le nombre de sources visitées pour retrouver la santé. En Limousin, la Haute-Vienne recense plus de deux cents « fontaines à dévotions ».

1.1.4.7. Les bouleversements de la première guerre mondiale

La première guerre mondiale a profondément bouleversé le rapport des médecins à la société, période d'intervention accrue de l'état. La guerre a bien évidemment mobilisé le corps médical. La pratique chirurgicale fut d'une rare violence, très souvent mutilante, marquant la régression de certaines pratiques, comparables à celles pratiquées à la fin du XVIIIème siècle. Mais à l'inverse, le courage et le dévouement des médecins et des infirmières furent célébrés. La pratique de la médecine dans des conditions pénibles de guerre n'a pu que faire grandir la peur de l'étatisation de la profession. De ce fait, il a été naturellement imputé à l'Etat la précarité des soins, les difficultés d'évacuation et l'engorgement des hôpitaux. L'expérience de la guerre a donc ancré de façon définitive la conviction de libéralisation de la pratique de la médecine.

La guerre a aussi contribué à modifier les rapports entre médecins et peuple de la campagne. Les progrès de l'automobile ont rendu le médecin plus mobile, estompant progressivement la distinction entre population urbaine médicalisée et population rurale abandonnée à ses pratiques traditionnelles.

La guerre a aussi mis la lumière sur la précarité de situation sanitaire française. En 1917, la mission étatsunienne Rockefeller s'étonne des pratiques archaïques en termes d'hygiène de la patrie de Pasteur. Elle introduit donc l'éducation sanitaire au sein des écoles françaises : lavages de mains avant de passer à table, dormir la fenêtre ouverte. L'institutrice devient la garante de ces bonnes pratiques.

1.1.4.8. La médecine de l'entre-deux-guerres

L'hécatombe de la guerre laissant veuves et orphelins, mais aussi mutilés de guerre, la première guerre mondiale a élargi le champ de la médecine sociale, ces populations ne relevant plus de la médecine libérale. Le médecin de campagne fut alors à la fois scientifique et humaniste, mais la réalité du terrain était qu'il était surtout pauvre. Les paysans ruinés par la crise ne pouvaient plus le payer. L'image du bon pauvre reconnaissant des bienfaits de la charité disparaît au profit d'individus revendiquant leur droit à être soigné, mais aussi leur droit à la santé. Le pouvoir médical était dès lors jugé sur son efficacité, et la contestation de ce pouvoir était de plus en plus vive, nourrie par la vulgarisation des connaissances médicales et les réclames mensongères en faveur de remèdes et de traitements miracles.

En ville, le médecin avait des revenus plus confortables, mais hormis s'il possédait un héritage, il avait du mal à s'identifier à la bourgeoisie. Sa notabilité, il voulut la conquérir grâce à sa formation. Le médecin reconnu comme intelligent voyait en sa profession le moyen de s'enrichir et d'accéder à un statut social enviable. L'univers médical devint progressivement bourgeois, bien que cette réussite sociale ait pour contrepartie le fait de côtoyer la maladie.

L'omnipraticien de l'entre-deux-guerres devint un notable local. Il devait devenir sociologue pour répondre aux attentes de ses patients. Néanmoins, sa formation devint de plus en plus technique et de moins en moins humaniste.

1.1.4.9. Jusqu'à nous...

Dès le milieu du XX^{ème} siècle, la médecine engage sa troisième et dernière révolution médicale dite technico-biologique, siège d'extraordinaires progrès thérapeutiques, aboutissant à notre médecine contemporaine, née dans les années 40. Le médecin devient enfin un thérapeute en tant que tel, grâce aux antibiotiques, à l'essor de l'industrie pharmaceutique qui a produit en quelques années des milliers de molécules nouvelles. La médecine a placé dès lors le laboratoire au centre du diagnostic médical, tout en perfectionnant l'exploration du corps devenu transparent. Il restait cependant une mission à accomplir : soigner les hommes.

2. Rôle social du médecin : cas d'un cabinet de médecine générale à Cambes

2.1. Analyse de la population : échantillon de 100 patients

2.1.1. Description de la méthodologie adoptée

Pour la réalisation de cette étude, nous avons élaboré un questionnaire contenant 24 questions. Les douze premières visent à décrire la population étudiée, les douze suivantes sont plus spécifiques du sujet étudié. Ces questions sont volontairement des questions fermées afin de pouvoir utiliser notre méthodologie.

Ce questionnaire a été disposé en 100 copies en salle d'attente d'un cabinet médical de médecine générale dans le Lot (46100). Ce cabinet médical se situe dans une zone d'activité rurale quasi-exclusive. Le questionnaire a été disponible durant onze jours ouvrés, du 3 au 14 février 2014. Les patients, consultants ou non sur rendez-vous, avaient la possibilité d'y répondre selon leur gré avant leur consultation, sans sollicitation particulière des auteurs. Leur réponse est anonyme et une corbeille de réponse était à leur disposition dans le couloir menant de la salle d'attente à la salle de consultation. Néanmoins, si le patient n'avait pas fini de remplir le questionnaire, il pouvait le laisser dans la salle d'attente à proximité des formulaires vierges. Il était précisé par les auteurs qu'il fallait environ 10 minutes pour répondre au questionnaire. Il était précisé que les réponses ne pourraient être utilisées contre le patient, et n'auraient pas d'impact sur la relation de ce dernier avec son médecin par la suite, afin que le patient puisse répondre librement.

Les auteurs n'ont précisé aucune restriction quant à l'inclusion dans l'étude, hormis savoir lire et écrire pour que les réponses soient individuelles, les parents ne devant pas répondre à la place de leurs enfants. Plusieurs membres d'une même famille pouvaient librement répondre au questionnaire.

L'étude s'est terminée dès lors que le 100^{ème} questionnaire fut rempli.

Les données ont été collectées sous format informatique sous la forme d'une matrice. Chaque personne (une personne par ligne) est reliée à ses réponses : un « 1 » signifie que la réponse a été sélectionnée ; un « 0 » signifie que la réponse n'a pas été sélectionnée.

Cette méthodologie permet de disposer de données indépendantes les unes des autres. En ce sens, nous pouvons supposer que les réponses d'un patient collectées sur un questionnaire n'ont pas eu d'impact sur les réponses collectées sur un autre questionnaire. Statistiquement, les patients étaient d'ailleurs souvent seuls en salle d'attente. Il n'y a aucune inter corrélation entre chaque donnée collectée.

Dans la matrice, nous avons classé les patients par numéros en fonction des âges. Par la suite, cette classification nous a permis de construire une analyse descriptive des réponses apportées en fonction des classes d'âge des individus. D'une manière générale, nous pensons intéressant d'analyser les réponses en fonction des classes d'âges et notre étude nous a montré qu'il en ressortait des tendances à la fois médicales et sociales.

Par ailleurs, une première cartographie a été réalisée pour analyser la population sous un regard purement médical et statistique afin de déterminer si notre population montre des particularités qui pourraient remettre en cause notre seconde analyse sur le ressenti des patients envers leur médecin généraliste.

Les données que nous avons obtenues ont été comparées aux données nationales dont nous disposons afin de valider notre méthodologie sur l'approche globale qui nous a permis de construire des tendances générales sur le ressenti du patient envers son médecin généraliste.

2.1.2. Cartographie médicale des patients (6 questions)

Notre questionnaire, dont un exemple est disponible en annexe, est donc composé de deux grandes parties comprenant chacune 6 questions indépendantes. Nous traitons ici d'abord de la première partie qui nous permet non seulement de cartographier pendant un intervalle de temps donné la cause des consultations d'une population donnée dans un cabinet médical de Cambes, et également de comparer ces données à des données nationales afin de dégager ou non des particularités cliniques propres à ce cabinet médical.

2.1.2.1. Répartition des 100 patients en fonction de leur âge

Parmi les 100 patients ayant répondu au questionnaire, l'âge moyen est de 44.8 ans. La catégorie la plus représentée est celle de la classe d'âge 40-49 ans (22%).

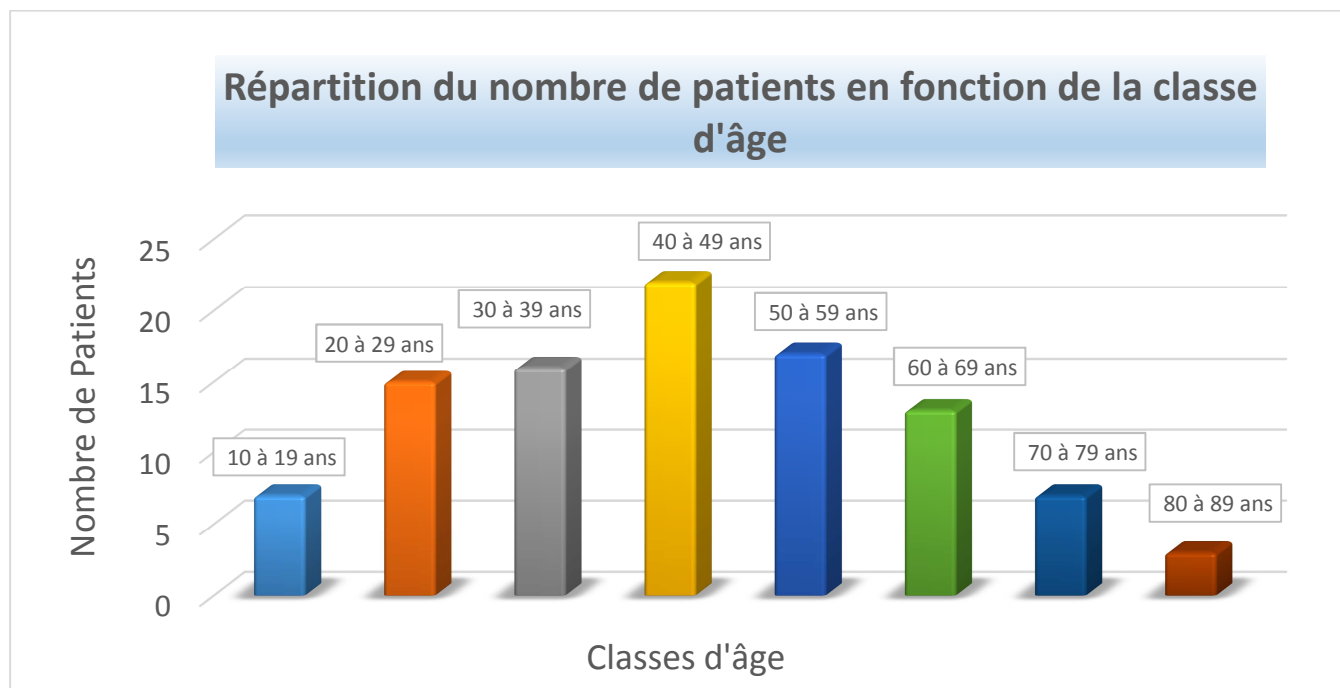


Tableau 1 : Répartition du nombre de patients en fonction de la classe d'âge

Le Tableau 1 représente la répartition du nombre de patients en fonction de la classe d'âge. Plus de la moitié des individus ont entre 30 et 60 ans, ce qui révélera par la suite des pathologies cliniques en concordance avec les pathologies nationales rencontrées pour ces catégories d'individu.

Par ailleurs, la répartition suit une gaussienne, ce qui traduit bien la diversité des âges une image de la population française qui consulte son médecin généraliste. Notons que beaucoup de patients travaillent car le cabinet de Cambes est situé dans un bassin industriel. Par conséquent, il est logique d'avoir une clientèle d'âge compris en majorité entre 25 à 65 ans. C'est une population active connaissant le stress du travail (milieu industriel de l'aéronautique).

Notons que nous avons eu seulement 3 individus ayant plus de 80 ans, ce qui peut paraître surprenant car la population dans ces campagnes est assez vieillissante.

Néanmoins, une analyse globale sur la clientèle montre qu'effectivement, le taux rencontré lors de notre étude semble plus bas qu'habituellement.

2.1.2.2. Répartition de la population selon leur sexe

L'étude de la population révèle que celle-ci a une prédominance féminine. En effet, elle est composée de femmes à hauteur de 57% et d'hommes à hauteur de 43%. Nous représentons au Tableau 2 la répartition des hommes et des femmes qui ont participé à notre échantillon d'étude.

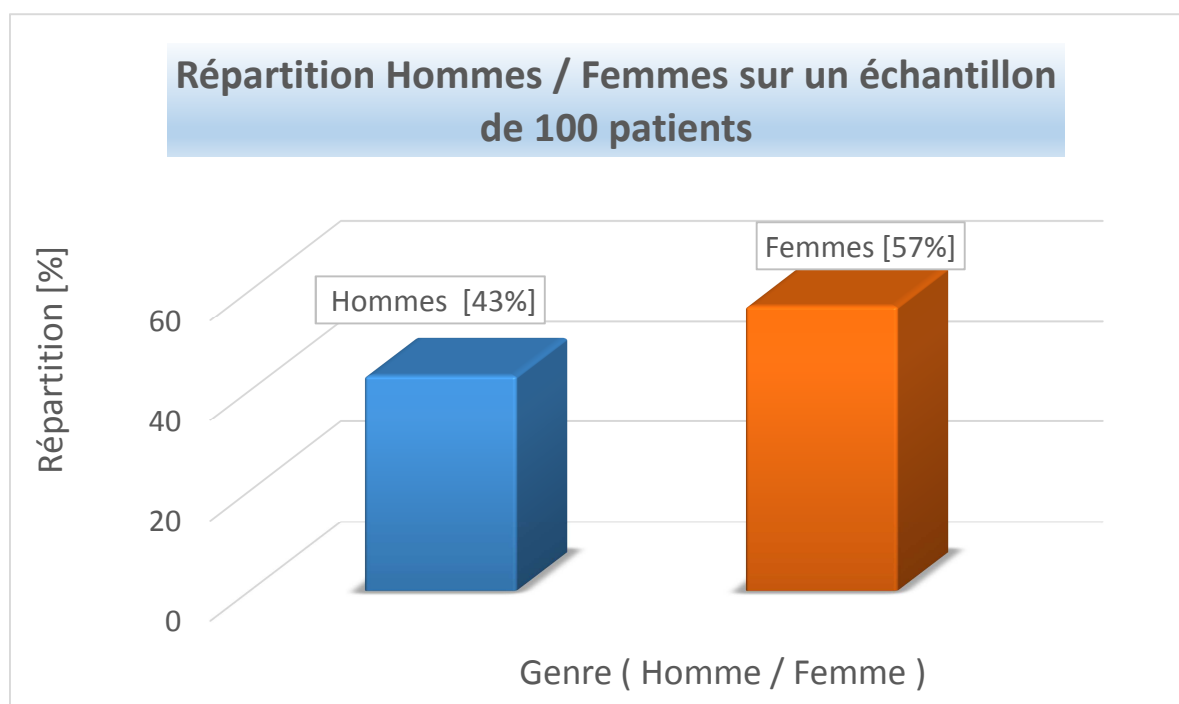


Tableau 2 : Répartition Hommes – Femmes sur un échantillon de 100 patients

2.1.2.3. La présence du tabagisme dans la population étudiée

La population étudiée est composée de près d'un tiers de fumeurs : ceux-ci représentent 36% de la population totale, les non-fumeurs étant majoritaires (64%). En effet, nous avons représenté sur la Tableau 3 la répartition des fumeurs et des non-fumeurs de notre échantillon d'étude.

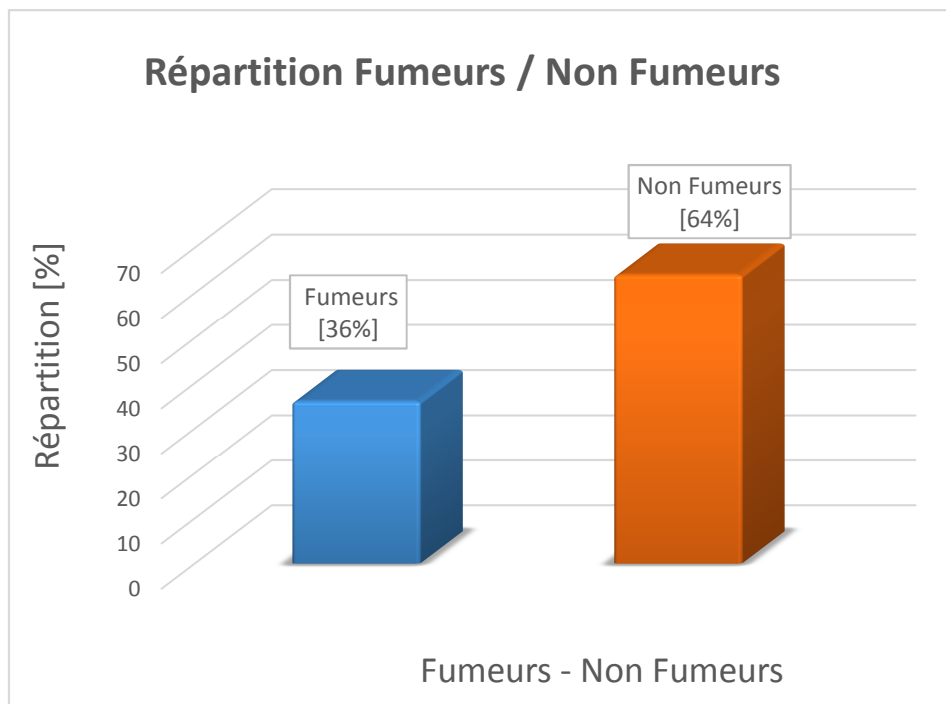


Tableau 3 : Répartition fumeurs versus non-fumeurs

Nous n'avons pas choisi de distinguer ici le genre qui prédomine sur les fumeurs ou les non-fumeurs.

2.1.2.4. Analyse croisée du nombre de fumeurs en fonction de l'âge

Nous avons choisi d'étudier le nombre de fumeurs en fonction de la classe d'âge. Cette donnée nous paraît essentielle pour croiser les habitudes avec le travail. Ainsi, nous représentons sur le Tableau 4 le nombre de fumeurs en fonction de sa catégorie d'âge.

On remarque que la majorité des fumeurs ont entre 40 et 59 ans. Les deux classes d'âges (40 à 49 ans et 50 à 59 ans) sont composées de 7 personnes.

Les catégories 20-29 ans et 30-39 ans sont aussi fortement représentées avec 6 individus dans chacune d'elles.

La catégorie où les fumeurs sont les moins nombreux est la classe d'âge 80-90 ans (1 personne).

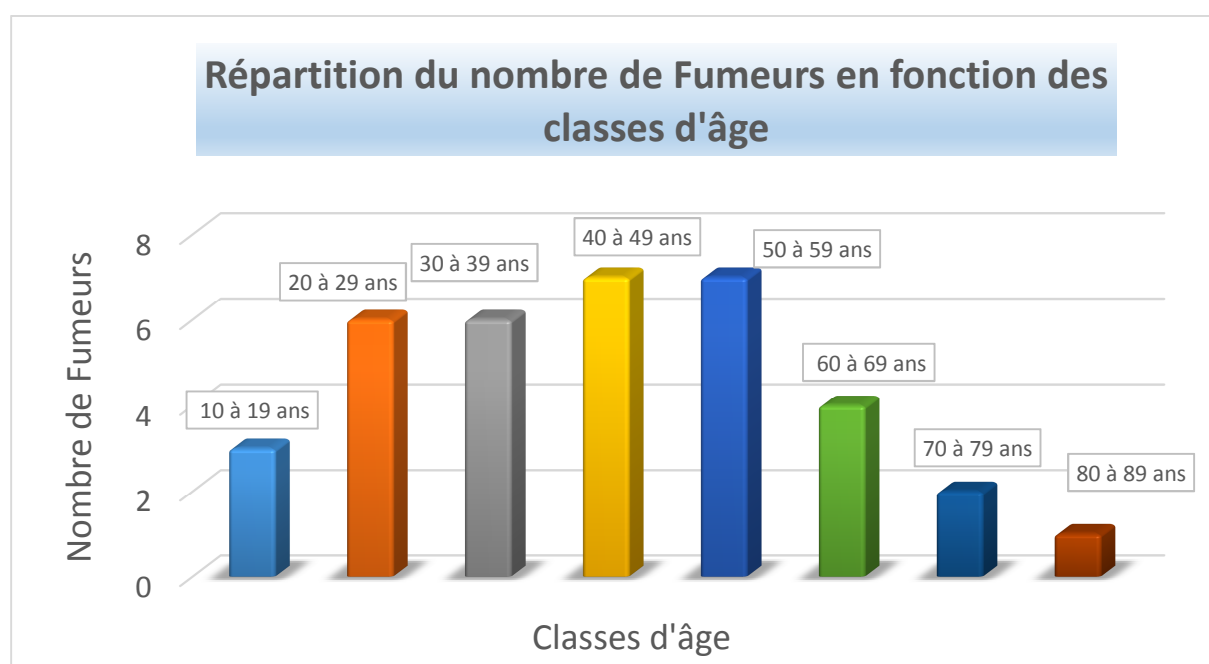


Tableau 4 : Nombre de fumeurs dans chaque catégorie d'âge

Quand on intègre le nombre de fumeurs dans chaque catégorie en fonction de la représentation de la catégorie dans la population totale, le pourcentage de fumeurs est le plus important chez les 10-19 ans (42.9%), suivi de près par les 50-59 ans (41.2%). Par exemple, sur le Tableau 5, nous avons représenté le taux de fumeurs en fonction de la classe d'âge.

La catégorie dont les constituants fument le moins est la classe 70-79 ans (28.6%).

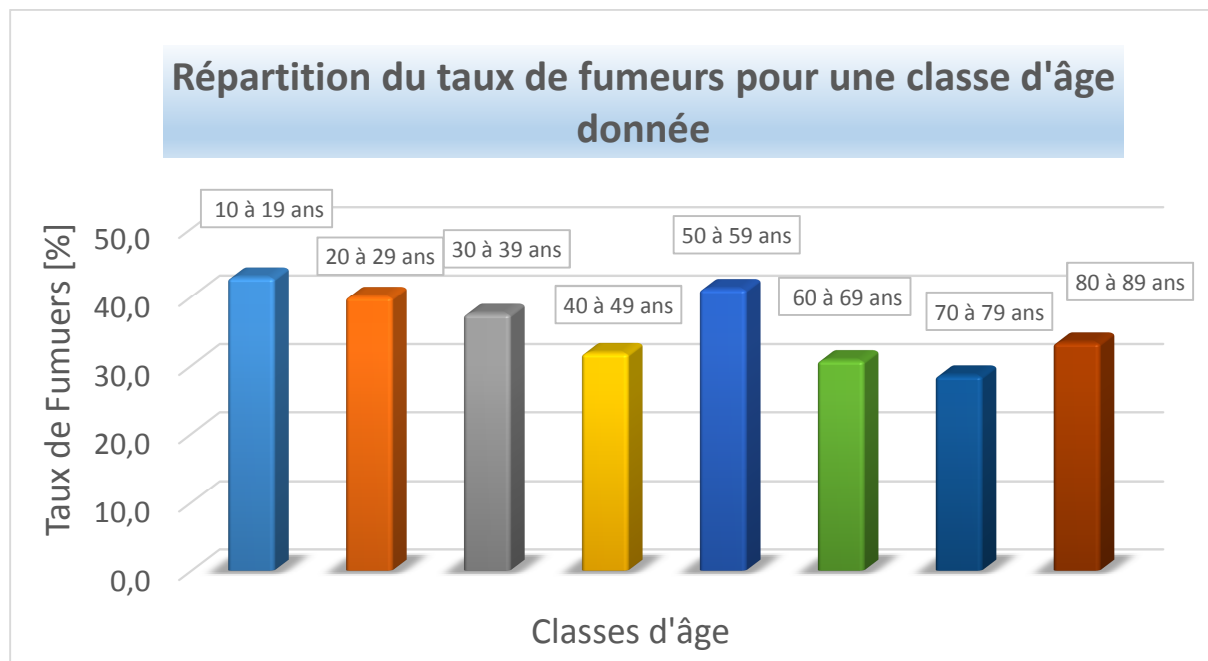


Tableau 5 : Pourcentage de fumeurs constituant chaque classe d'âge

Le tableau 6 représente la répartition du nombre de fumeurs masculins et féminins, en fonction de leur catégorie d'âge. Il apparaît que les femmes fumeuses sont les plus nombreuses chez les 50-59 ans (50%) ainsi que chez les 80-89 ans avec un taux similaire de 50%. Les hommes fumeurs sont majoritaires chez les 20-29 ans (71.4%).

A l'inverse, les femmes présentant un tabagisme actif sont les moins représentées dans la classe d'âge 20-29 ans (12.5%) et les aucun homme fumeur n'a été dénombré dans les catégories 70-79 ans et 80-89 ans.

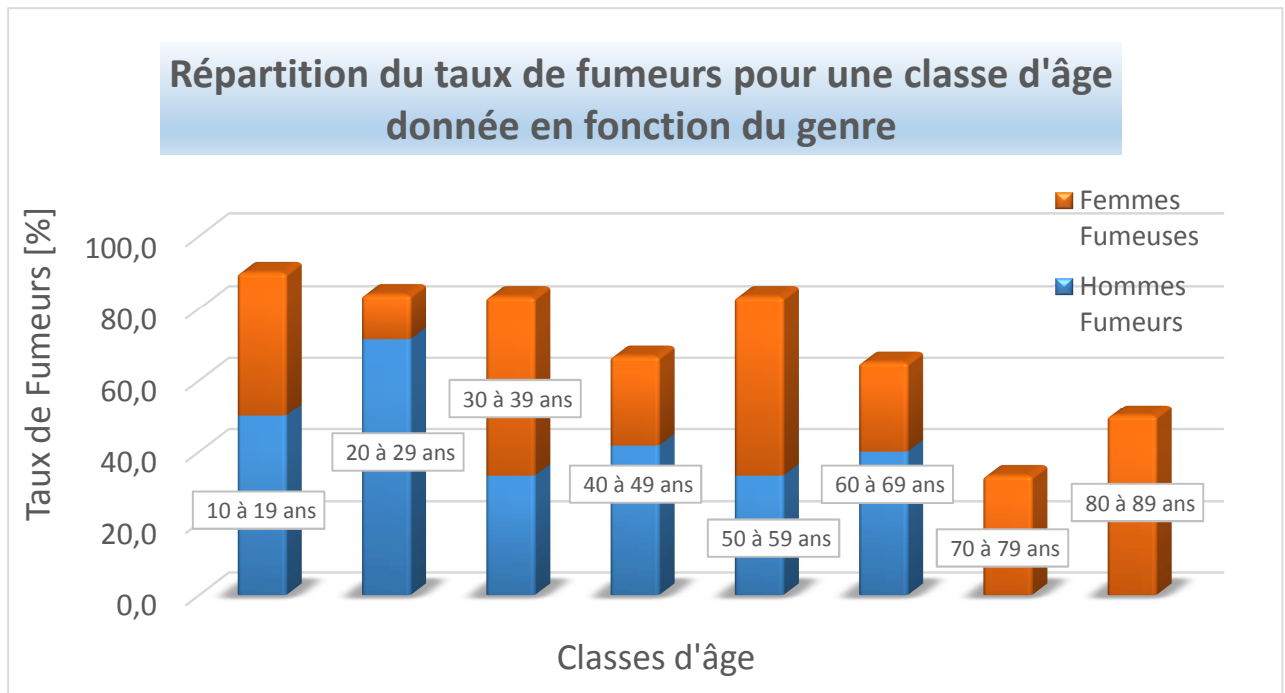


Tableau 6 : Nombre de fumeurs en fonction de l'âge et du sexe

Conclusion, il y a plus de femmes fumeuses à partir de 70 ans sur cette population

2.1.2.5. Etude du motif de consultation

Nous nous sommes ensuite interrogés sur le motif général de la consultation. L'objectif est d'étudier la répartition des motifs de consultation du patient, pouvant consulter soit pour une pathologie qualifiable de chronique, soit d'aiguë, voire les deux.

2.1.2.5.1. Les pathologies dites chroniques

Dans un premier temps, nous avons défini deux catégories : les maladies dites chroniques, correspondant aux critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, ainsi que les maladies dites non chroniques, qui pourraient se définir par « ne consultant pas pour

une pathologie chronique ». Il est important de comprendre que cette catégorie n'est pas constituée par les pathologies aiguës comme on pourrait le croire, car les termes sont souvent mis en opposition en matière médicale. En effet, la matrice considère « 1 » comme le critère « consulte pour maladie chronique » et « 0 » comme l'absence du critère « consulte pour une maladie chronique » ce qui est équivalent à « maladie non chronique » pour un souci de lisibilité.

Le tableau 7 représente donc cette répartition. On constate que les patients interrogés ont consulté dans 52% des cas pour la prise en charge d'une maladie chronique.

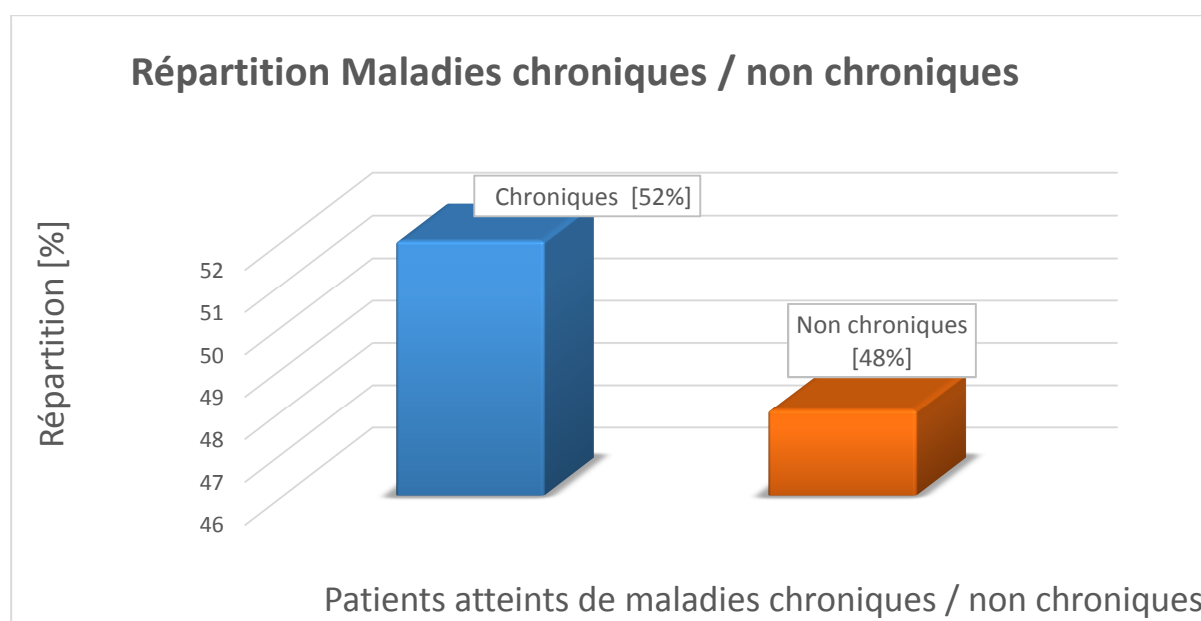


Tableau 7 : Répartition des patients consultant pour une maladie chronique versus non chronique

Cette observation, nous avons voulu la jumeler à l'âge des patients, pour observer la répartition des consultants pour une pathologie chronique en fonction de ce critère. Logiquement, on peut s'attendre intuitivement à une augmentation de ce ratio avec l'âge, puisque bon nombre de maladies chroniques sont liées à l'âge dans la majorité des cas (HTA, cancer, insuffisance respiratoire chronique...), mais on sait que des maladies chroniques existent aussi dans les catégories d'âges plus jeunes (asthme, diabète de type 1 ...).

Le tableau 8 résume les données que nous avons pu observer dans notre échantillon de 100 patients.

On peut constater que le nombre de patients consultant pour une maladie chronique est maximal entre 40 et 69 ans (11 patients âgés de 40 à 49 ans ; 11 patients âgés de 50 à 59 ans ; 13 patients âgés de 60 à 69 ans). On note une répartition équitable dans les catégories d'âge 30 – 39 ans (4 patients), 70 – 79 ans (6 patients) et 80 – 89 ans (4 patients). Les plus jeunes sont les moins représentés (0 patient chez les 10 – 19 ans et 2 patients chez les 20 – 29 ans).

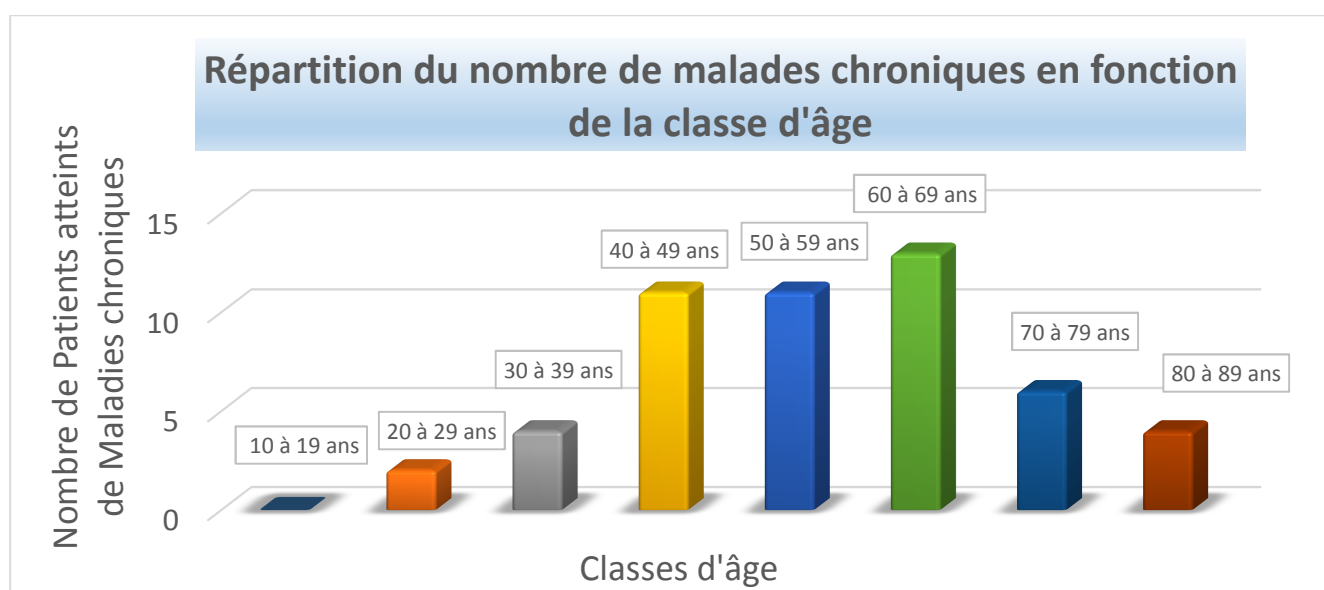


Tableau 8 : Nombre de patients par catégorie d'âge consultant pour une maladie chronique

Néanmoins, ne pas consulter pour une maladie chronique ne veut pas dire que le patient ne souffre pas d'une pathologie chronique par ailleurs. Les premières données ne suffisent donc pas à décrire avec précision notre population.

Nous avons donc demandé aux patients, qui parmi eux étaient atteints d'au moins une pathologie chronique, sans pour autant consulter ce jour-là pour cette raison.

Le tableau 9 nous indique donc ces informations, et il confirme bien notre intuition initiale quant à cette répartition : plus l'âge augmente, plus la fréquence du critère « avoir au moins une maladie chronique » augmente (0% pour les 10-19 ans ; 13.3% pour les 20-29 ans ;

25% pour les 30-39 ans ; 50% pour les 40-49 ans ; 64.7% pour les 50-59 ans ; 100% pour les 60-69 ans ; 85.7% pour les 70-79 ans ; 100% pour les 80-89).

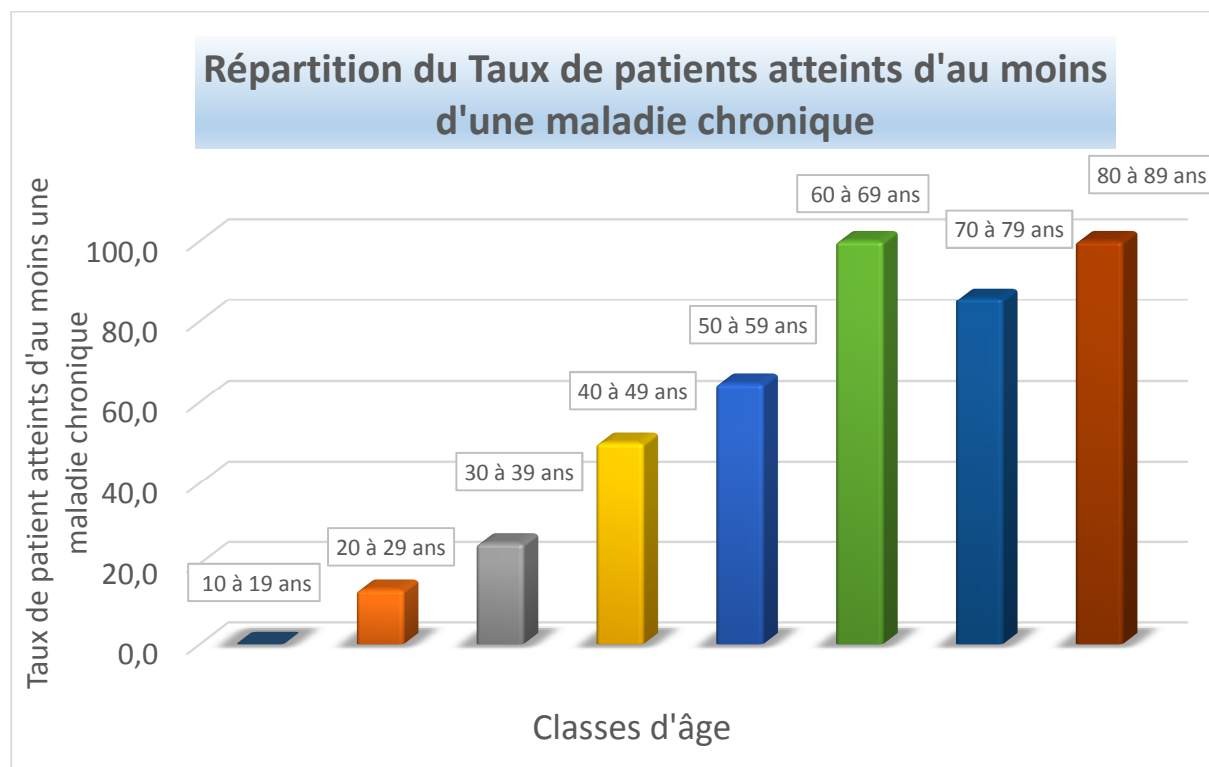


Tableau 9 : Répartition du taux de patients atteints de maladies chroniques en fonction de la classe d'âge et du genre

Pour affiner davantage notre analyse de la population étudiée, nous avons rajouté un troisième facteur d'analyse. Pour chaque classe d'âge, nous avons étudié le pourcentage de personnes souffrant d'au moins une pathologie chronique en fonction de son sexe.

Le tableau 10 met en évidence que pour les catégories 30 – 39 ans, 40 – 49 ans, 60 – 69 ans, 70 – 79 ans et 80 – 89 ans, les femmes sont plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques que les hommes avec des taux respectifs de 25%, 31.8%, 69.2%, 71.4% et 100%.

Dans les autres classes d'âges, ce sont les hommes qui prédominent (26.7% pour les 20-29 ans ; 41.2% pour les 50-59 ans).

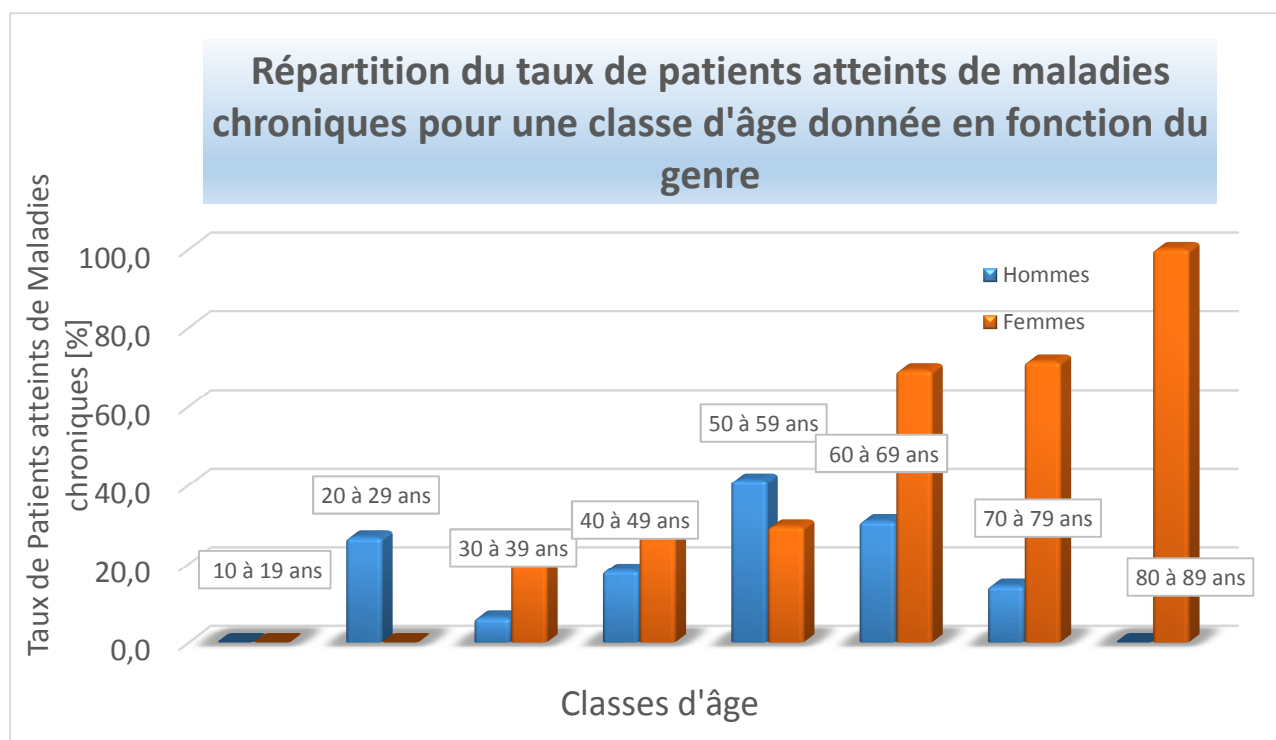


Tableau 10 : Répartition des maladies chroniques détaillées en fonction de la classe d'âge

Nous avons ensuite établi arbitrairement cinq grandes familles de pathologies chroniques qui nous semblaient être les plus fréquemment retrouvées : cancer, pathologie cardiaque, pathologie respiratoire chronique, diabète et hypertension artérielle.

Nous avons demandé à chaque patient souffrant d'au moins une pathologie chronique de préciser la catégorie à laquelle elle(s) apparten(en)t. Nous n'avons pas demandé de préciser le type précis de la pathologie (par exemple le siège du cancer ou son stade), ni même s'il bénéficiait actuellement d'un traitement médicamenteux pour celle-ci.

Le tableau 11 résume la présence de chaque pathologie en fonction de l'âge des patients de notre échantillon. Premier constat, aucun patient de moins de 20 ans ne déclare souffrir d'une de ces pathologies chroniques, ce qui est concordant avec les tableaux 8, 9 et 10. A partir de 40 ans, on remarque que la pathologie chronique la plus fréquente est l'HTA (5 patients chez les 40-49 ans ; 7 patients chez les 50-59 ans ; 5 patients chez les 60-69 ans ; 3 patients chez les 70-79 ans ; 2 patients chez les 80-89 ans).

On note aussi que les pathologies respiratoires sont plus retrouvées entre 20 et 49 ans (2 patients chez les 20-29 ans ; 2 patients chez les 30-39 ans ; 2 patients chez les 40-49

ans). Les pathologies cardiaques sont représentées de façon à peu près similaire dans toutes les classes d'âge à partir de 30 ans (1 patient chez les 30-39 ans ; 2 patients chez les 40-49 ans ; 2 patients chez les 50-59 ans ; 1 patient chez les 70-79 ans ; 2 patients chez les 80-89 ans) avec un pic de fréquence dans la classe d'âge 60-69 ans (5 patients).

Les patients ayant déclaré souffrir de diabète ont tous entre 30 et 69 ans, et chacune de ces quatre classe d'âge comporte 1 patient. On note la même observation pour les cancers avec 1 patient dans les toutes les classes d'âge comprises entre 40 et 79 ans.

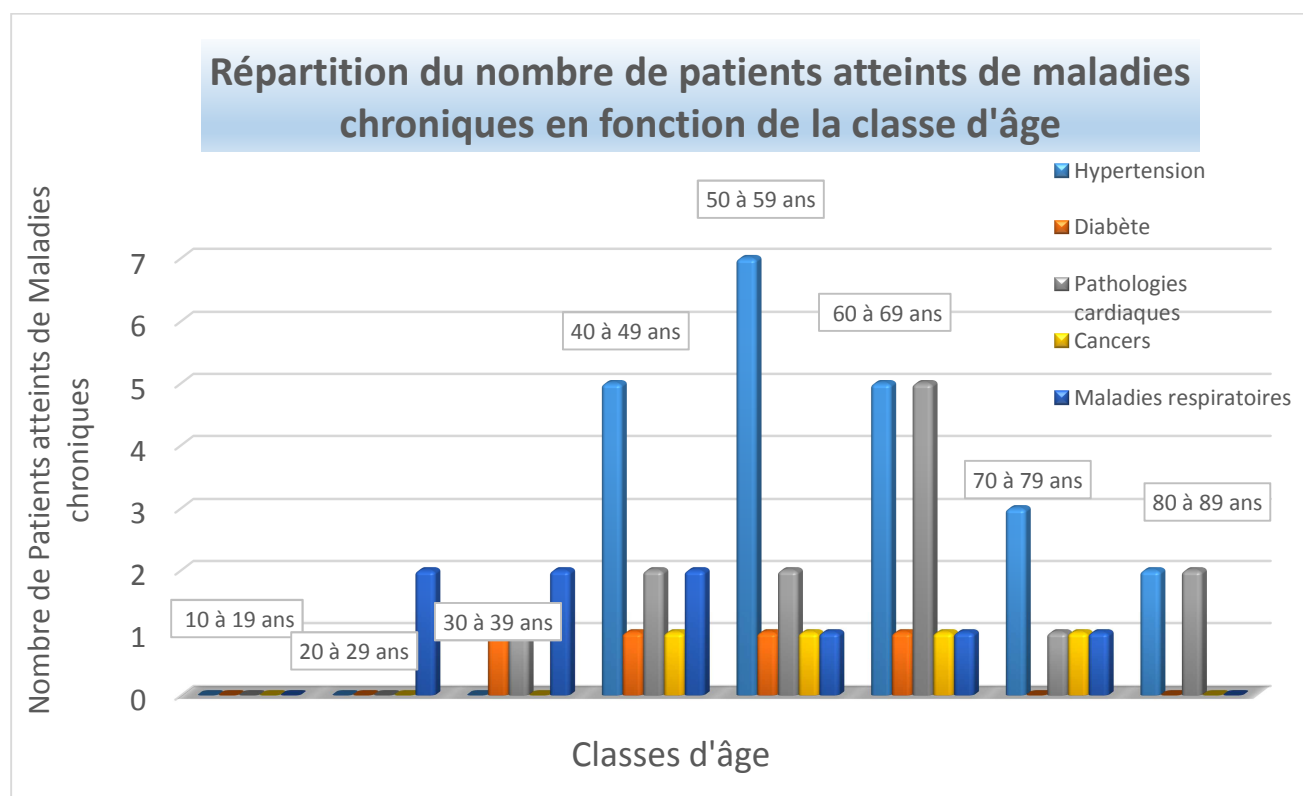


Tableau 11 : Taux de patients atteints de telle pathologie chronique en fonction de l'âge

2.1.2.5.2. Les pathologies dites aiguës

Nous utilisons de nouveau la même méthodologie pour étudier la répartition des patients consultants pour une pathologie aiguë (donc non chronique). De la même façon,

nous procédons à la réalisation d'une matrice en opposant le fait de consulter pour une pathologie aigue « 1 » et le fait de ne pas consulter pour une pathologie aigue « 0 ».

Le tableau 12 ainsi établi nous montre que 67% des patients consultent le jour du questionnaire pour une pathologie aiguë, et donc que 33% des patients ne consultent pas pour une pathologie aiguë. Il est utile de rappeler une nouvelle fois que les patients consultants pour une pathologie aigue peuvent aussi consulter pour une pathologie chronique, le tableau 12 ne permettant pas de faire ce distinguo.

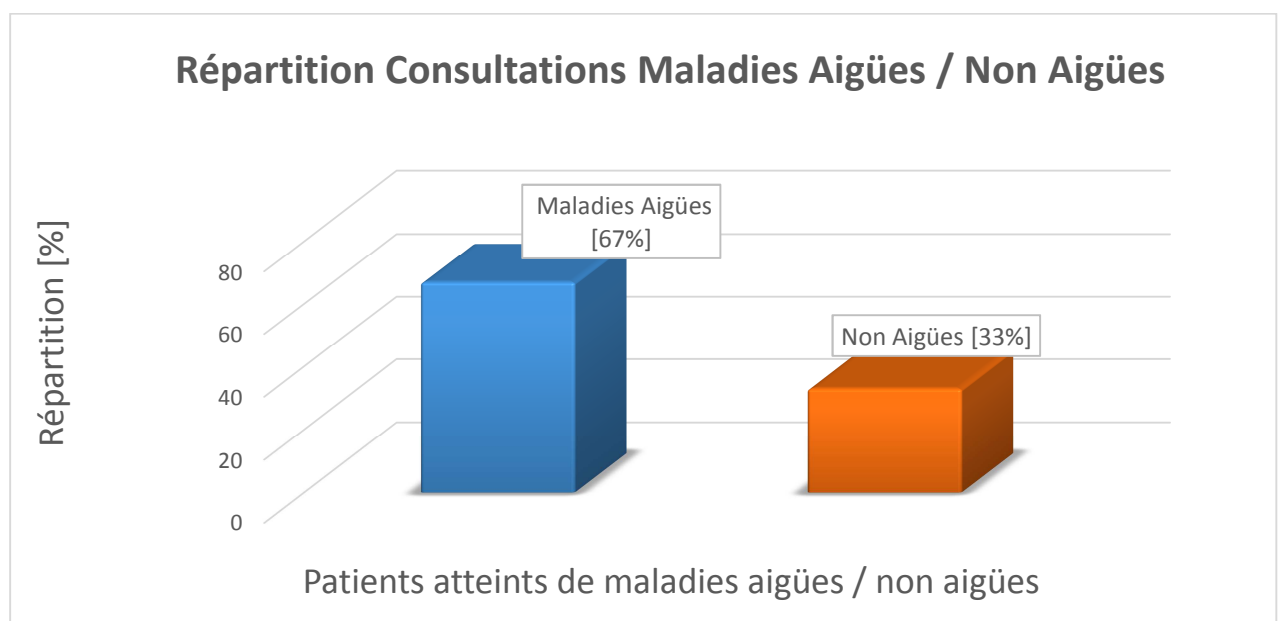


Tableau 12 : Pourcentage de patients consultants pour une pathologie aigue

De même que précédemment, nous avons étudié la répartition de ces 67% de patients souffrant d'une pathologie aiguë, et ce, en fonction de leur âge. Le tableau 13 résume les données que nous avons pu observer dans notre échantillon de 100 patients.

On peut constater que le nombre de patients consultant pour une maladie aiguë suit une courbe de Gauss, avec un maxima entre 40 et 49 ans (5 patients pour les 10-19 ans ; 10 patients pour les 20-29 ans ; 13 patients pour les 30-39 ans ; 16 patients pour les 40-49 ans ; 12 patients pour les 50-59 ans ; 8 patients pour les 60-69 ans ; 3 patients pour les 70-79 ans ; 1 patients pour les 80-89).

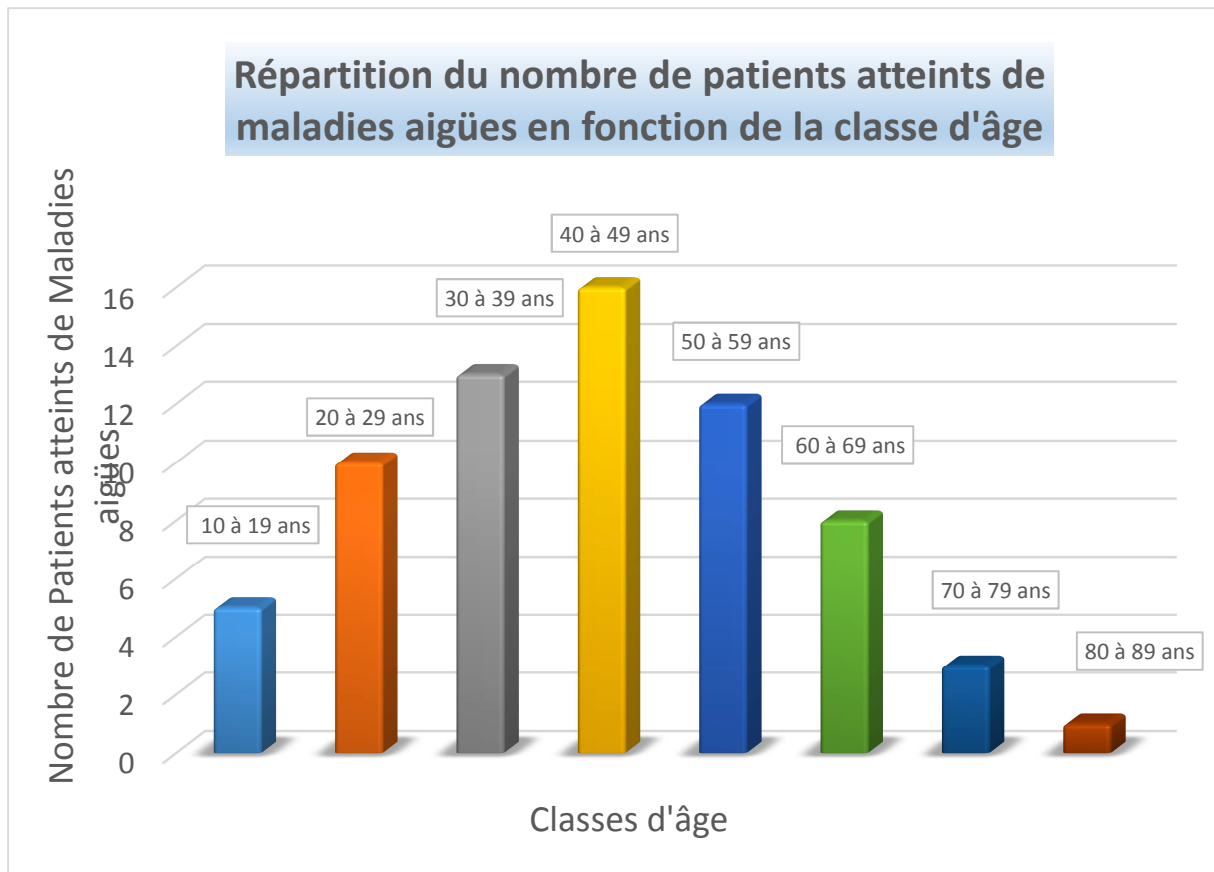


Tableau 13 : Répartition des maladies aiguës en fonction de la classe d'âge

Cette répartition peut être présentée sous la forme du pourcentage de patients atteints d'une pathologie aiguë dans chaque classe d'âge, ce qui permet une étude plus juste de cette répartition, lissant le fait que le nombre de total de patients dans chaque catégorie est très hétérogène. Les résultats sont présentés dans le tableau 14.

On constate donc que les taux de patients consultants pour une pathologie aiguë sont assez similaire dans les catégories entre 10 et 69 ans (71.4% pour les 10-19 ans ; 66.7% pour les 20-29 ans ; 81.3% pour les 30-39 ans ; 72.7% pour les 40-49 ans ; 70.6% pour les 50-59 ans ; 61.5% pour les 60-69 ans) puis, que ce taux est en recul pour les patients les plus âgés (42.9% pour les 70-79 ans ; 33.3% pour les 80-89 ans).

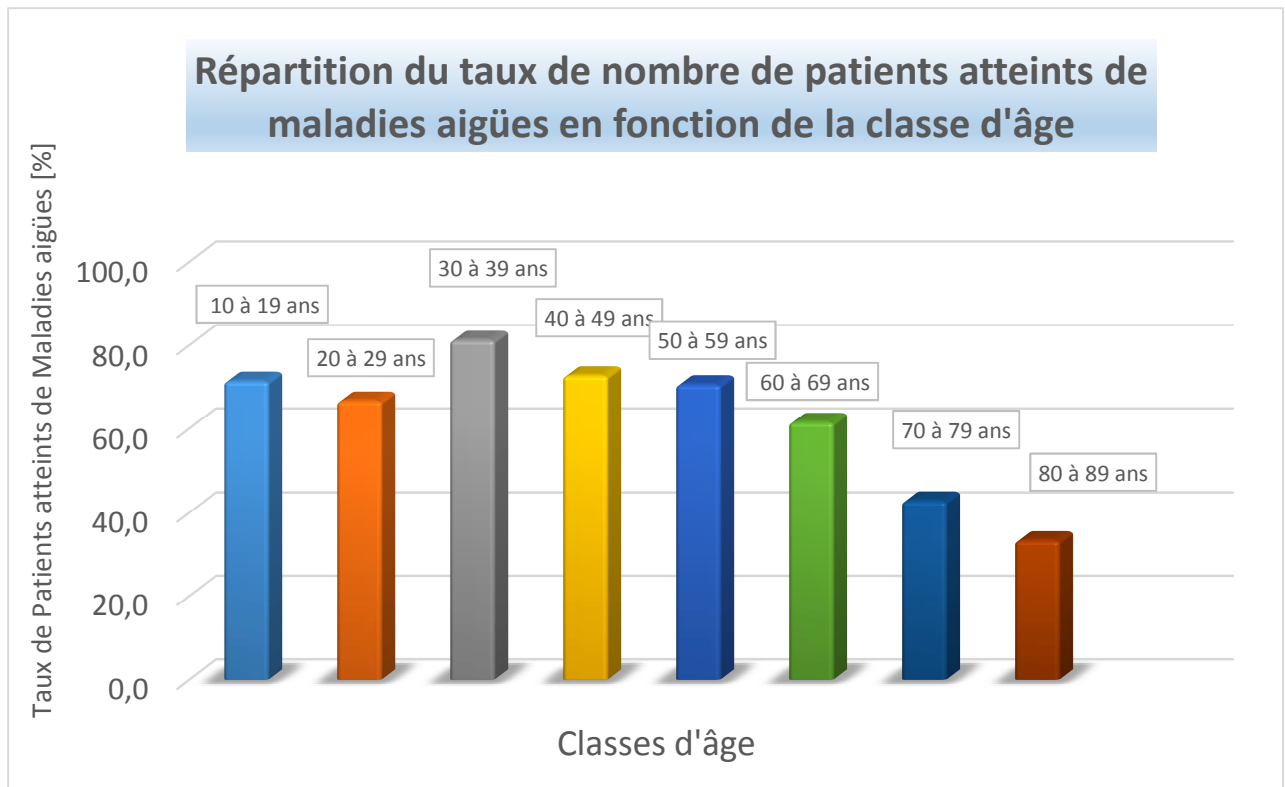


Tableau 14 : Répartition du taux de patients atteints de maladies aiguës en fonction de la classe d'âge

Ensuite, nous avons ségrégué pour chaque classe d'âge le taux de patients consultants pour une pathologie aiguë en fonction de leur sexe, pour obtenir une description encore plus précise de notre échantillon.

Le tableau 15 représente les résultats obtenus. On constate que pour toutes les classes d'âges, sauf les 80-89 ans, les femmes sont majoritaires (57.1% pour les 10-19 ans ; 33.3% pour les 20-29 ans ; 62.5% pour les 30-39 ans ; 40.9% pour les 40-49 ans ; 35.3% pour les 50-59 ans ; 46.2% pour les 60-69 ans ; 42.9% pour les 70-79 ans ; 0% pour les 80-89 ans).

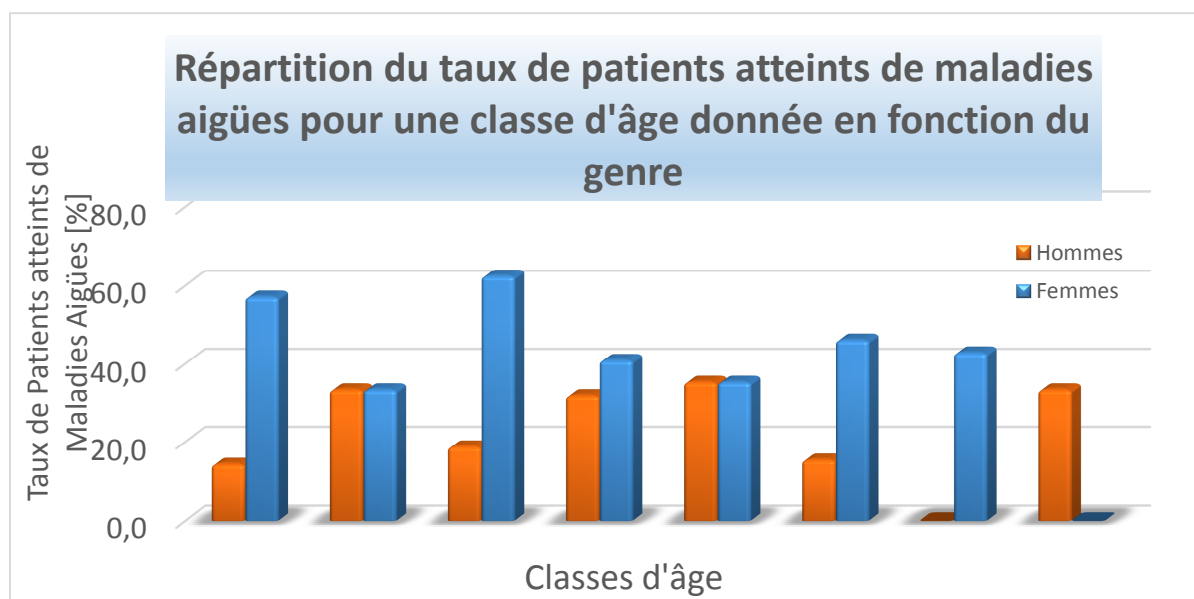


Tableau 15 : Répartition du taux de patients atteints de maladies aiguës en fonction de la classe d'âge et du genre

Enfin, nous avons là aussi établi cinq catégories générales pouvant représenter les pathologies aiguës les plus souvent retrouvées en consultation. Nous avons choisi arbitrairement : les viroses, la dépression ou troubles de l'humeur transitoires, les consultations pour commenter un résultat d'examen paraclinique anormal (biologie, imagerie...), les douleurs abdominales et les douleurs ou traumatismes articulaires.

Le tableau 16 résume les réponses données par les patients.

On constate que quel que soit l'âge, le motif de consultation « virose » est majoritaire (3 patients chez les 10-19 ans ; 5 patients chez les 20-29 ans ; 8 patients chez les 30-39 ans ; 10 patients chez les 40-49 ans ; 6 patients chez les 50-59 ans ; 4 patients chez les 60-69 ans ; 3 patients chez les 70-79 ans ; 1 patient chez les 80-89 ans).

Les patients consultants pour des troubles de l'humeur ont tous entre 10 et 69 ans, avec une répartition homogène dans ces six classes d'âge (1 patient chez les 10-19 ans ; 3 patients chez les 20-29 ans ; 2 patients chez les 30-39 ans ; 3 patients chez les 40-49 ans ; 3 patients chez les 50-59 ans ; 1 patient chez les 60-69 ans).

Seuls des patients ayant entre 10 et 39 ont consulté pour des douleurs abdominales (1 patient chez les 10-19 ans ; 1 patient chez les 20-29 ans ; 1 patient chez les 30-39 ans).

Les patients venant pour discuter de résultats d'examens paracliniques ont entre 40 et 69 ans (2 patients chez les 40-49 ans ; 2 patients chez les 50-59 ans ; 2 patients chez les 60-69 ans).

Enfin, les patients consultants pour une douleur ou un traumatisme articulaire sont tous âgés d'au moins 20 ans, et n'ont jamais plus de 69 ans (0 patient chez les 10-19 ans ; 1 patient chez les 20-29 ans ; 2 patients chez les 30-39 ans ; 1 patient chez les 40-49 ans ; 1 patient chez les 50-59 ans ; 1 patient chez les 60-69 ans).

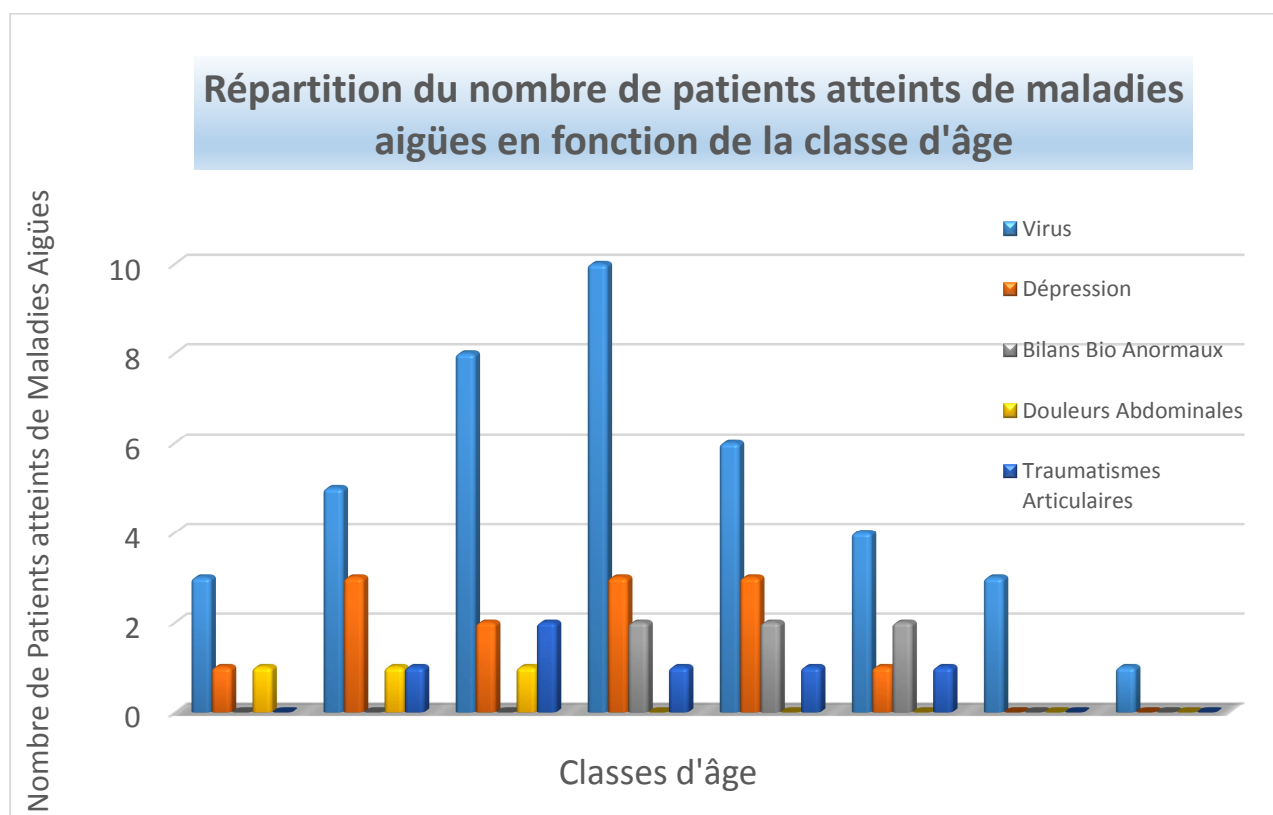


Tableau 16 : Répartition des maladies aiguës détaillées en fonction de la classe d'âge

2.1.3. Conclusion sur l'échantillon d'un point de vue strictement médical

Grâce à ces premières questions, nous avons donc pu établir une cartographie de la population de l'échantillon assez précise, nous permettant de la caractériser.

Dans un premier temps, il apparaît que les patients ayant répondu à cette enquête sont majoritairement des adultes en âge de travailler, puisque la majorité de l'échantillon est âgée de 25 à 65 ans. Nous avons donc affaire à une population d'actifs, ce qui est logique territorialement parlant, car malgré le fait que la région dans laquelle nous avons réalisé l'étude soit un territoire rural, elle bénéficie d'une forte politique de développement industriel et économique.

Si l'on compare nos données à celles de la population française, on se rend compte que les données sont assez comparables : 57.4% des français, soit la majorité, ont entre 20 et 64 ans. Nous avons néanmoins un taux de personnes de plus de 65 ans légèrement inférieur à celui de la population générale (10 % contre 18.2%).

âge	millions	%	% femmes
65+	11,62	18,2	57,7
20 - 64	36,7	57,4	50,7
<20	15,61	24,4	48,8
Total	63,93	100	51,5

Tableau 17 : Répartition de la population française en 2014 selon l'âge.

Source INSEE

Notre population est majoritairement féminine puis que 57% des patients ayant répondu à ce questionnaire sont des femmes. Ceci est assez concordant avec les données fournies à l'échelle nationale puisqu'en 2013, la population est féminine à 51.55%.

	Hommes	Femmes	Ensemble
Population totale	31 888 651	33 932 265	65 820 916
Moins de 20 ans	8 283 597	7 907 016	16 190 613
de 20 à 64 ans	18 592 668	19 189 292	37 781 960
65 ans ou plus	5 012 386	6 835 957	11 848 343

Tableau 18 : Répartition de la population française en 2013 par sexe et par classe d'âge, hors Mayotte. Source INSEE.

Nous avons souhaité étudier le pourcentage de tabagisme actif dans la population étudiée car ce facteur nous suggère une corrélation avec le stress dans une population représentée majoritairement par des actifs, et donc la possibilité de consulter pour ce motif. Il s'agit aussi d'un facteur de risque majeur dans le développement ou l'apparition de nombreuses pathologies aiguë ou chronique (BPCO, cancer, pathologie cardiovasculaire....). Notre étude rapporte que les deux tiers de nos patients répondeurs sont non-fumeurs, ce qui est un chiffre similaire au taux retrouvé dans la population générale ; selon l'INPES, parmi les 15-85 ans, environ un tiers des individus se déclarent actuellement fumeurs de tabac, soit 27 % de fumeurs quotidiens et 4 % de fumeurs occasionnels. Les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (36 % vs 28 % des 15-85 ans). La consommation quotidienne touche pour sa part 31 % des hommes et 24 % des femmes.

En France, la proportion de fumeurs diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier au-delà de 50 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente, traduisant sans doute, en plus de l'effet âge, un effet génération. On retrouve un écart important entre hommes et femmes à 25-34 ans, probablement lié en partie aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers qui sont des opportunités d'abandonner le tabagisme qui concernent davantage les femmes. Dans notre échantillon, les données s'écartent de celles de la population générale puisque dans notre population, l'une des classes d'âge dans laquelle le tabagisme est le plus présent est celle des 50-59 ans (41.2% sont fumeurs).

De plus, notre échantillon rapporte des taux de tabagisme actif supérieurs chez les plus jeunes car avant 19 ans, 42.9% de nos jeunes patients fument, alors que dans la population générale se taux atteint 23.6%. Les mêmes conclusions peuvent être faites pour

nos patients de plus de 60 ans, qui fument globalement plus que les français du même âge (30,9% alors le taux ne dépasse pas 17% dans la population générale).

Notre échantillon se rapproche fortement de la population générale pour les patients âgés de 20 à 50 ans, où les pourcentages sont similaires, oscillant entre 40 et 31.8% versus de 23.9% à 47.7% dans la population générale.

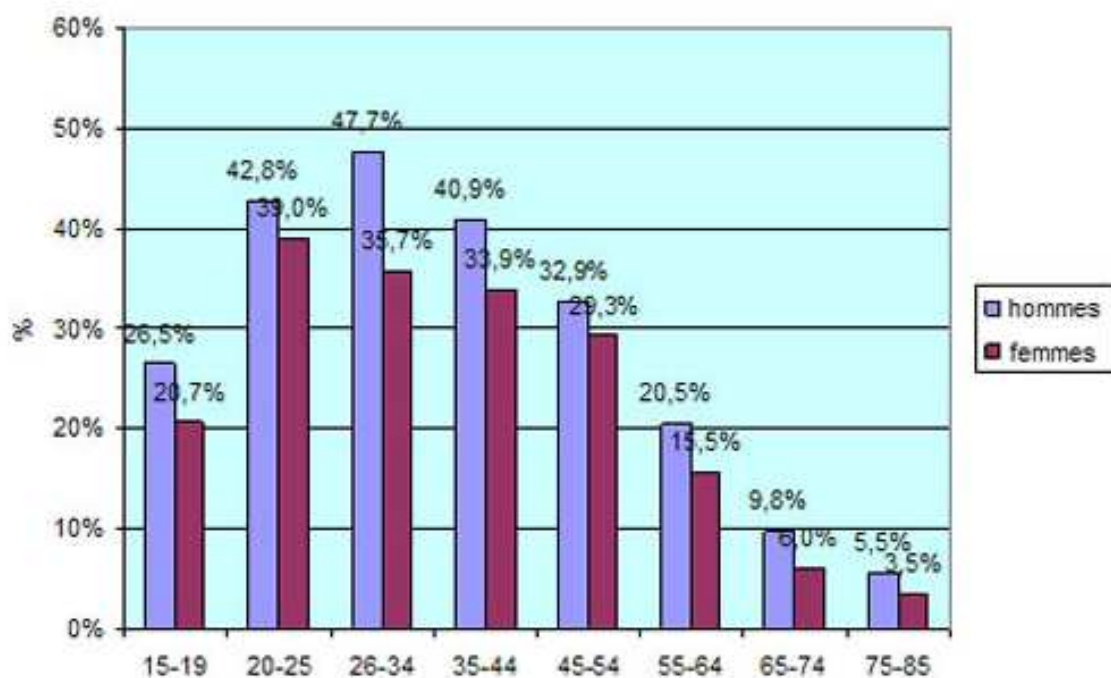


Tableau 19 : Proportion de fumeurs quotidiens en France en 2010, suivant l'âge et le sexe. Source : baromètre de Santé 2010, INPE.

Si l'on compare encore notre échantillon à la population générale, nos patientes fumeuses sont plus nombreuses que leurs homologues masculins chez les 50-59 ans ainsi que chez les 80-89 ans, or nous observons qu'en France, et ce dans toutes les classes d'âges, les hommes sont majoritairement plus fumeurs que les femmes.

La suite de notre étude révèle que le taux de maladie chronique (selon la définition de l'OMS) chez les patients en fonction de leur âge, taux qui augmente avec l'âge (0% pour les 10-19 ans ; 13.3% pour les 20-29 ans ; 25% pour les 30-39 ans ; 50% pour les 40-49 ans ;

64.7% pour les 50-59 ans ; 100% pour les 60-69 ans ; 85.7% pour les 70-79 ans ; 100% pour les 80-89). En France, on estime que 28 millions de personnes reçoivent un traitement de manière périodique (au moins six fois par an) pour une même pathologie soit 41.17%, alors qu'environ 9 millions de personnes sont déclarés en affection de longue durée.

A partir de 40 ans, dans notre étude, la pathologie chronique la plus fréquente est l'HTA. En France, selon EcoSanté, 15.1% des français présentaient en 2010 une HTA. Le HCSP donne des chiffres de référence un peu plus élevés : la prévalence de l'hypertension serait estimée à 31 % entre 18 et 74 ans. Une diminution des valeurs moyennes de la pression artérielle a été constatée ces dix dernières années, surtout chez les femmes, mais il s'avère que la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, en particulier pour les hommes. Après 50 ans, sa fréquence augmente avec l'âge, atteignant en France près de 41% des hommes et 50% des femmes après 70 ans. L'âge semble le principal facteur déterminant, mais il faut aussi prendre en compte le mode de vie (alimentation, consommation d'alcool, exercice physique...), ainsi que le niveau socio-économique.

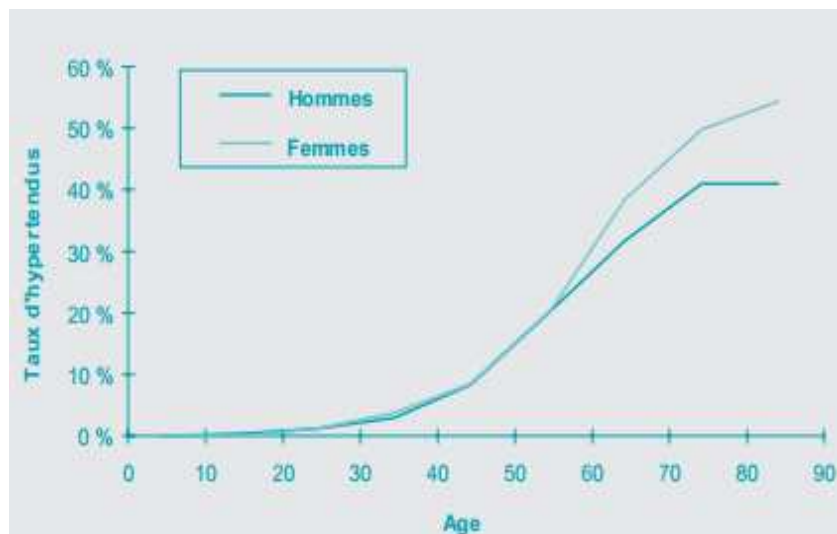


Tableau 20 : Prévalence de l'HTA en France selon l'âge et le sexe. Source CREDES

Dans notre enquête, nous avons pu rapporter que les pathologies respiratoires touchaient principalement les 20 et 49 ans (6%). Dans la population française, 9% des enfants sont atteints d'asthme et la BPCO toucherait 4 à 10% de la population adulte.

Dans notre échantillon, les patients atteints d'un cancer ont tous entre 40 et 79 ans. Les cancers sont devenus en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, dépassant les maladies cardio-vasculaires : près d'un tiers de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix sont liés à un cancer. Les cancers sont aussi la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans.

Sensiblement plus élevée pour les femmes (63 %) que pour les hommes (44 %), la survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapies utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment celui du poumon, on observe une amélioration de la survie due aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic et à une prise en charge plus précoce grâce au dépistage. On peut donc conclure que même si le nombre de décès par cancer a augmenté, le risque de décéder d'un cancer a diminué. En France on note aussi que le nombre de cancers liés au tabac est en hausse régulière chez les femmes, ainsi que le nombre de cancers du sein (+ 129% entre 1980 et 2005), et que le cancer colo-rectal chez les deux sexes.

Dans notre population, les patients ayant déclaré souffrir de diabète ont tous entre 30 et 69 ans. Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique fréquente au traitement complexe. Il est responsable de conséquences handicapantes, mais il est aussi à l'origine d'autres états pathologiques. En France, en 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline était estimée à 3,8 % en France, soit 2,4 millions de personnes. La prévalence du diabète traité pharmacologiquement était plus élevée chez les hommes (6,4 %) que chez les femmes (4,5 %), à âge égal. La prévalence du diabète traité pharmacologiquement augmentait fortement avec l'âge, jusqu'à un maximum de 19,7 % des hommes âgés de 75-79 ans et de 14,2 % des femmes de même âge. L'âge moyen des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement était de 65,1 ans. On remarque que la courbe représentée par la population française est à peu près comparable aux données que nous avons pu recueillir par notre enquête en terme de cinétique.

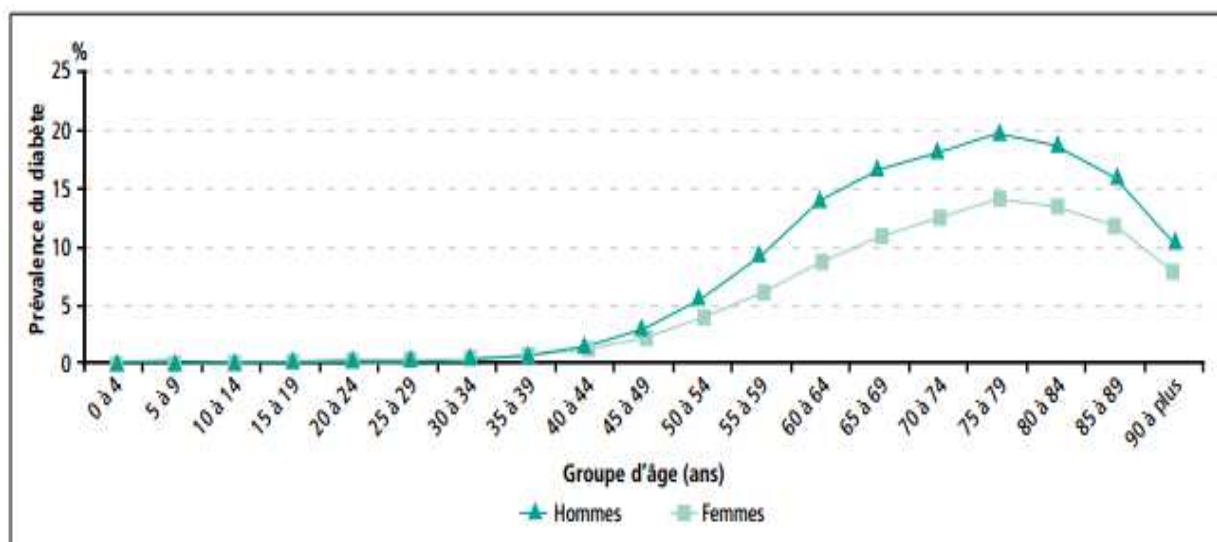


Tableau 21 : Prévalence du diabète en France en fonction de l'âge et du sexe. Source : Régime général de l'assurance maladie.

Enfin, notre étude nous a révélé que 66% des patients consultaient pour une pathologie aiguë. Les taux de patients consultants pour une pathologie aiguë étaient assez similaires dans les catégories entre 10 et 69 ans et un peu plus faibles pour les patients les plus âgés. Ce motif de consultation avait une prédominance féminine pour toutes les classes d'âges, sauf les 80-89 ans.

Quel que soit l'âge, le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé était la pathologie « virale ». Ce résultat semble extrêmement logique puisque l'étude a été réalisée en février, c'est-à-dire en plein pic épidémique

Les patients consultants pour des troubles de l'humeur avaient tous entre 10 et 69 ans, avec une répartition homogène dans toutes classes d'âge, contrairement aux patients consultant pour des douleurs abdominales qui étaient tous âgés de moins de 40 ans. Nous retrouvons là l'intuition évoquée précédemment concernant le tabagisme, où déjà on évoquait la possibilité d'un parallélisme entre tabagisme et stress. On voit bien là encore que les personnes consultant pour des troubles de l'humeur (dépression, stress, souffrance au travail...) sont des personnes actives professionnellement, ou en âge de l'être.

Les patients venant pour discuter de résultats d'examen paracliniques avaient tous pour leur part entre 40 et 69 ans et ceux consultants pour une douleur ou un traumatisme articulaires étaient tous âgés de 20 ans à 69 ans.

2.2. Analyse du Ressenti des Patients

La deuxième partie de l'étude comprend 12 nouvelles questions qui visent à cerner le ressenti individuel des patients vis-à-vis du soin qui leur est promu ainsi que leur ressenti vis-à-vis de la personne qui les soigne, quelle qu'elle soit. L'objectif à travers ces questions est de savoir si seule la médecine technique peut suffire à « « contenter » le patient : être compétent semble nécessaire pour soigner le patient et le soulager dans sa douleur, voie d'accès au bonheur, mais est-ce suffisant ? L'attitude du médecin représente-t-elle un critère prédominant pour le patient ? Finalement, l'homme compte-t-il plus que son savoir, preuve qu'une médecine dématérialisée ne pourrait être viable et laisserait les patients aux mains de guérisseurs aux pratiques plus aléatoires ?

2.2.1. Description de la méthodologie employée

2.2.1.1. Nombre de consultations annuelles

La première question s'attache à savoir combien de fois en moyenne le patient interrogé consulte son médecin, sans pour autant s'attarder sur le motif de ses consultations. Le tableau 22 représente pour chaque catégorie d'âge le nombre de consultations moyen. Le patient peut choisir entre plusieurs tranches : 1 à 3 consultations par an, 4 à 6 par an, 7 à 9 par an, ou encore plus de 9 consultations par an. Il doit donc répondre sans distinction entre ses consultations pour un renouvellement de traitement ou pour une maladie aiguë par exemple.

On remarque que toutes classes d'âge confondues, le pourcentage de fréquentation est le plus élevé pour la catégorie 4 à 6 consultations annuelles (28.6% pour les 10-19 ans ; 26.7% pour les 20-29 ans ; 50% pour les 30-39 ans ; 59.1% pour les 40-49 ans ; 82.4% pour les 50-59 ans ; 61.5% pour les 60-69 ans ; 85.7% pour les 70-79 ans ; 66.7% pour les 80-89 ans).

La majorité des 10-19 ans consultent entre 4 et 9 fois par an (57.2%) et un nombre assez similaire consulte soit moins de 3 fois (14.3%), soit plus de 9 fois (14.6%). Les chiffres sont à peu près équivalents pour la classe d'âge 20-29 ans.

Les personnes de plus de 80 ans consultent toutes entre 4 et 6 fois par an, ce qui semble sous-estimé par rapport à la population de cet âge du cabinet, population fragile, notamment en période épidémique comme durant laquelle nous avons réalisé cette enquête.

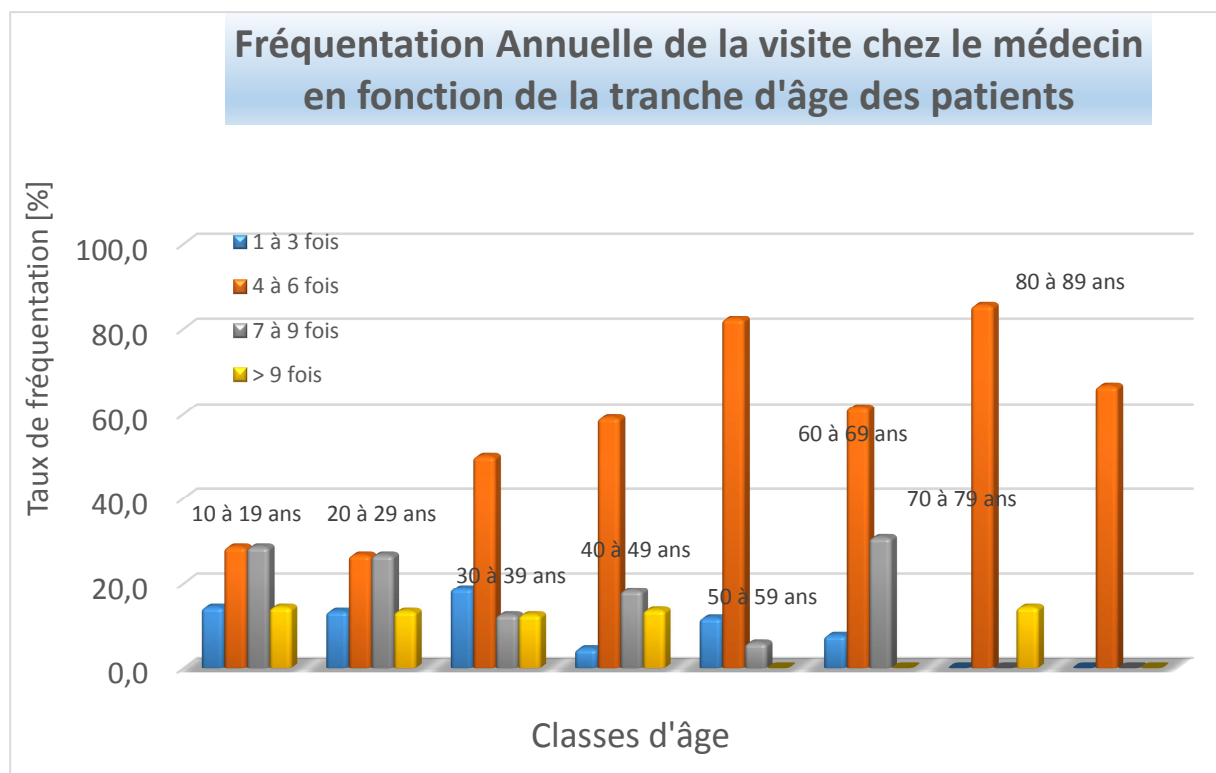


Tableau 22 : Taux de fréquentation annuelle en fonction de l'âge

2.2.1.2. Etre soulagé est-il une résultante uniquement médicamenteuse ?

Nous avons ensuite voulu savoir si les patients estimaient avoir nécessairement besoin d'une prescription médicamenteuse pour être soignés, en d'autres termes, pensent-ils indispensable de recourir aux médicaments pour être soulagé, que ce soit au niveau physique ou psychologique (nous ne corrélons pas le motif de la consultation

volontairement). Nous observons néanmoins les réponses en fonction de la classe d'âge de la personne fournissant la réponse.

Nous proposons quatre possibilités de réponse : « toujours », « souvent », « parfois » ou « jamais » sur la nécessité de recourir à un traitement chimique.

Le tableau 23 révèle que la catégorie qui estime avoir quasiment systématiquement besoin de recourir aux médicaments est la classe d'âge 80-89 ans (100%). A l'inverse, les 70-79 ans ont répondu n'avoir jamais besoin de médicaments pour être soulagé à 71.4%.

Les autres classes d'âges sont plus mitigées, mais on remarque que pour chacune d'entre elles, la réponse « parfois » prédomine (42.9% chez les 10-19 ans ; 53.3% chez les 20-29 ans ; 43.8% chez les 30-39 ans ; 31.8% chez les 40-49 ans ; 52.9% chez les 50-59 ans et 23.1% chez les 60-69 ans).

Inversement, la réponse la moins choisie parmi ces classes d'âge est « souvent » (14.3% chez les 10-19 ans ; 20% chez les 20-29 ans ; 31.3% chez les 30-39 ans ; 27.3% chez les 40-49 ans ; 17.6% chez les 50-59 ans et 7.7% chez les 60-69 ans).

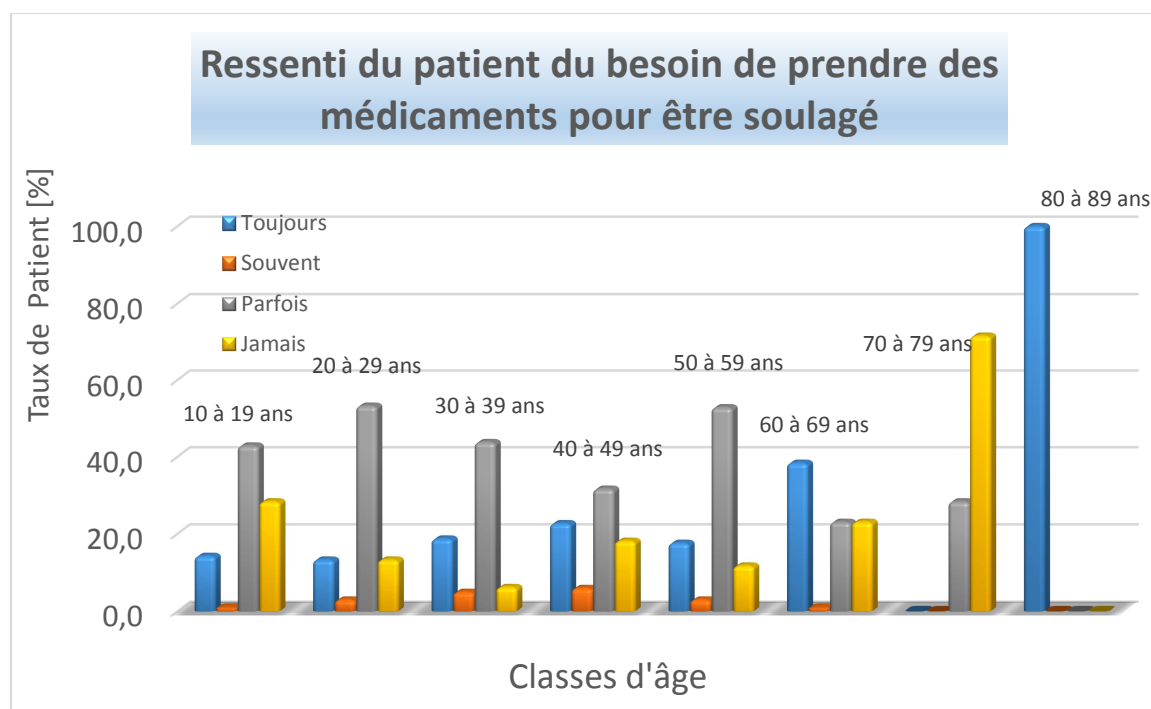


Tableau 23 : Le patient a-t-il besoin d'un médicament pour être soulagé ?

Nous avons voulu compléter cette question en s'interrogeant sur le rôle du médecin, sur le fait d'être soulagé car à l'évidence, cet état ne peut être trouvé uniquement grâce à une prise de médicament.

Pour connaître le ressenti des patients, que nous avons représenté dans le tableau 24, nous avons distingué deux catégories de prise en charge : le patient devait répondre s'il estimait que son médecin, et lui seul, pouvait le soulager psychologiquement d'une part, mais aussi physiquement d'autre part. Il n'est évidemment pas là question de pratiques individuelles de manipulations ou d'injections, mais uniquement de savoir si par sa seule consultation, le médecin ouvre la voie de la guérison. Le patient avait aussi la possibilité de répondre que son médecin pouvait le soulager sur les deux catégories.

Là encore, nous avons étudié les réponses en fonctions de l'âge du patient.

Très clairement, la réponse « les deux » l'emporte largement dans toutes les classes d'âges (71.4% chez les 10-19 ans ; 66.7% chez les 20-29 ans ; 81.3% chez les 30-39 ans ; 86.4% chez les 40-49 ans ; 100% chez les 50-59 ans ; 100% chez les 60-69 ans ; 100% chez les 70-79 ans et 100% chez les 80-89 ans).

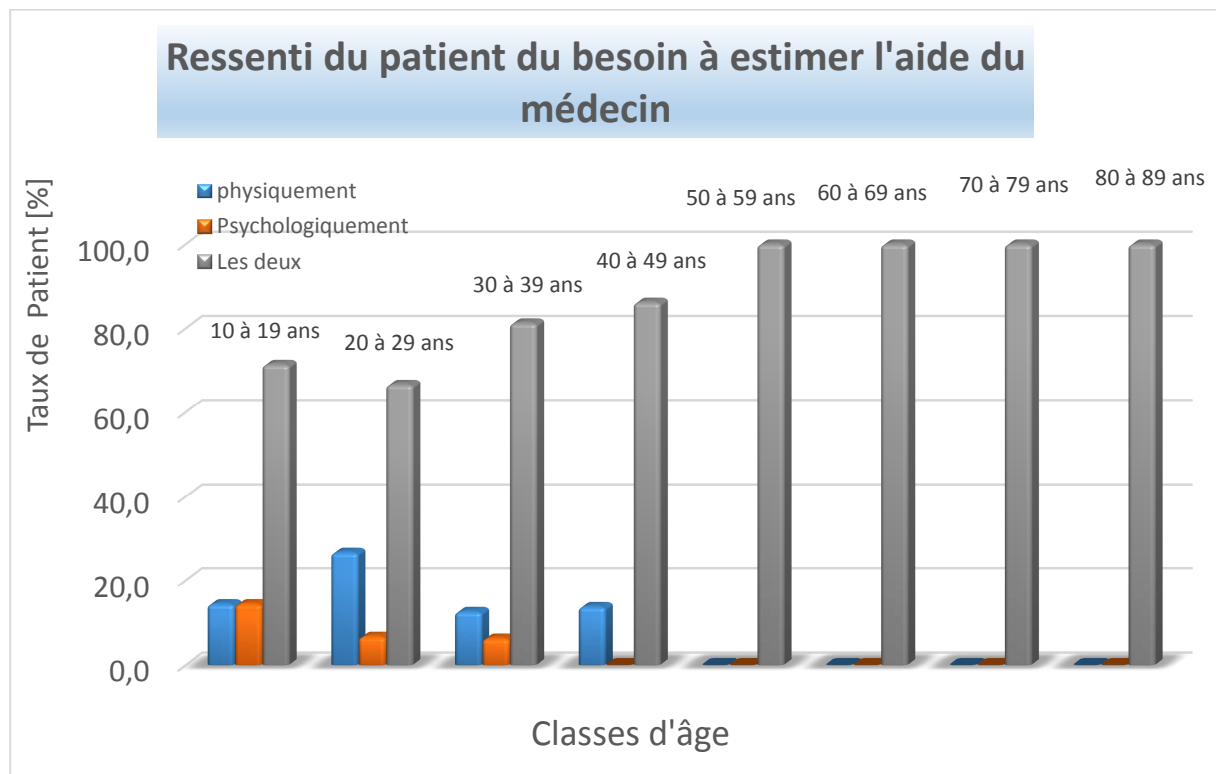


Tableau 24 : Ressenti du patient sur l'aide physique et psychologique du médecin

2.2.1.3. Faut-il être malade pour avoir besoin de consulter ?

Nous avons ensuite cherché à savoir si, dans l'idée où le médecin apporte un certain réconfort, certaines personnes avaient déjà été amenées à consulter alors qu'elles savaient pertinemment qu'elles ne souffraient d'aucune pathologie particulière.

Le tableau 25 représente par tranche d'âge le nombre de personnes ayant déjà été dans ce cas-là. On remarque que ce taux est stable jusqu'à 59 ans (entre 12,5 et 17.6%) et qu'il croît avec l'âge, atteignant son maximum chez les 80-89 ans (100%), ce qui signifie qu'à 89 ans, on peut supposer que la population générale a déjà consulté au moins une fois sans être malade, ce qui est peu surprenant, puisque nous n'avons pas mis de critère de délai depuis cette consultation.

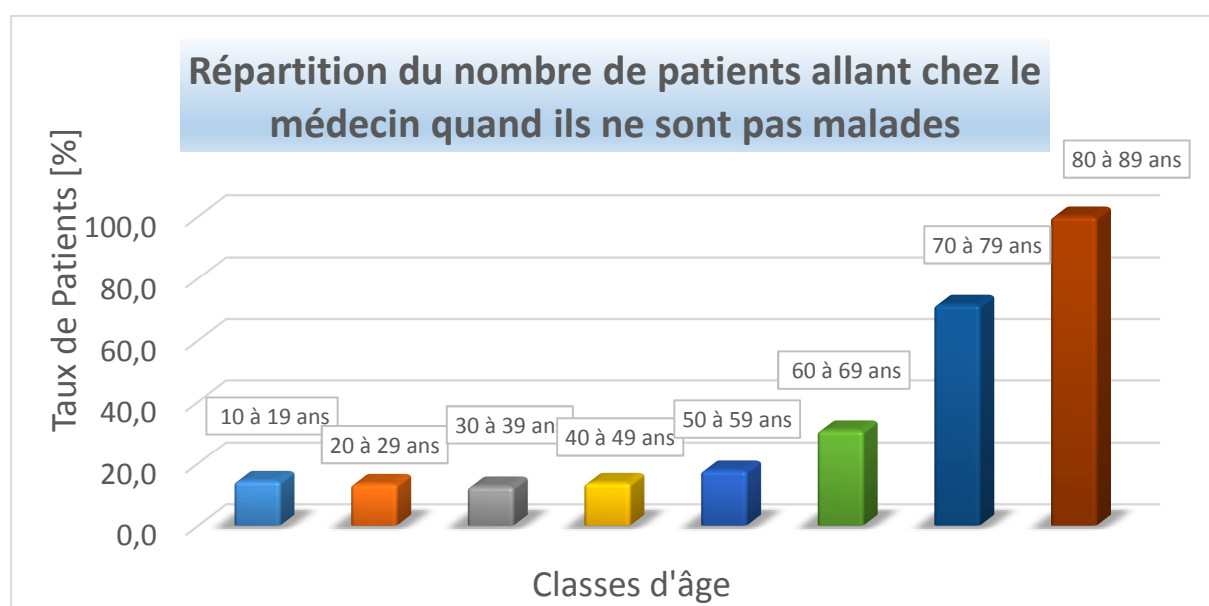


Tableau 25 : Taux par âge de personnes ayant déjà consulté en se sachant non malades

Dans cette optique de mettre en parallèle maladie et consultation, et après avoir étudié les consultations hors pathologie, nous avons voulu savoir à l'inverse si les personnes ne consultaient pas alors qu'elles se savaient malades, et donc si elles pratiquaient l'automédication. Nous avons affiné la question en stipulant que cette pratique doit être

régulière et non pas occasionnelle. Nous n'avons pas précisé le type d'automédication et acceptons que ce soit l'usage d'un traitement déjà prescrit antérieurement par un médecin et utilisé (ou non) dans les mêmes indications, ou bien que ce soit l'utilisation d'un médicament que le patient essaye de lui-même et on peut l'imaginer sur le conseil d'un proche. Nous n'avons pas non plus précisé le type de traitement, disponible ou non sur ordonnance, critère pouvant permettre un jugement sur son intensité.

Le tableau 26 met en évidence que plus l'âge augmente, plus l'usage de l'automédication varie dans le même sens (0% chez les 10-19 ans ; 0% chez les 20-29 ans ; 6.3% chez les 30-39 ans ; 9.1% chez les 40-49 ans ; 23.5% chez les 50-59 ans ; 38.5% chez les 60-69 ans ; 42.9% chez les 70-79 ans et 66.7% chez les 80-89 ans).

On peut d'ores et déjà émettre quelques réserves quant à la représentativité de la population générale de la classe des 20-29 ans, pour laquelle on pourrait s'attendre à un taux non nul. Ce taux de 0% se conçoit mieux pour les 10-19 ans qui ne possèdent que très peu de connaissances médicales du fait de leur jeune âge.

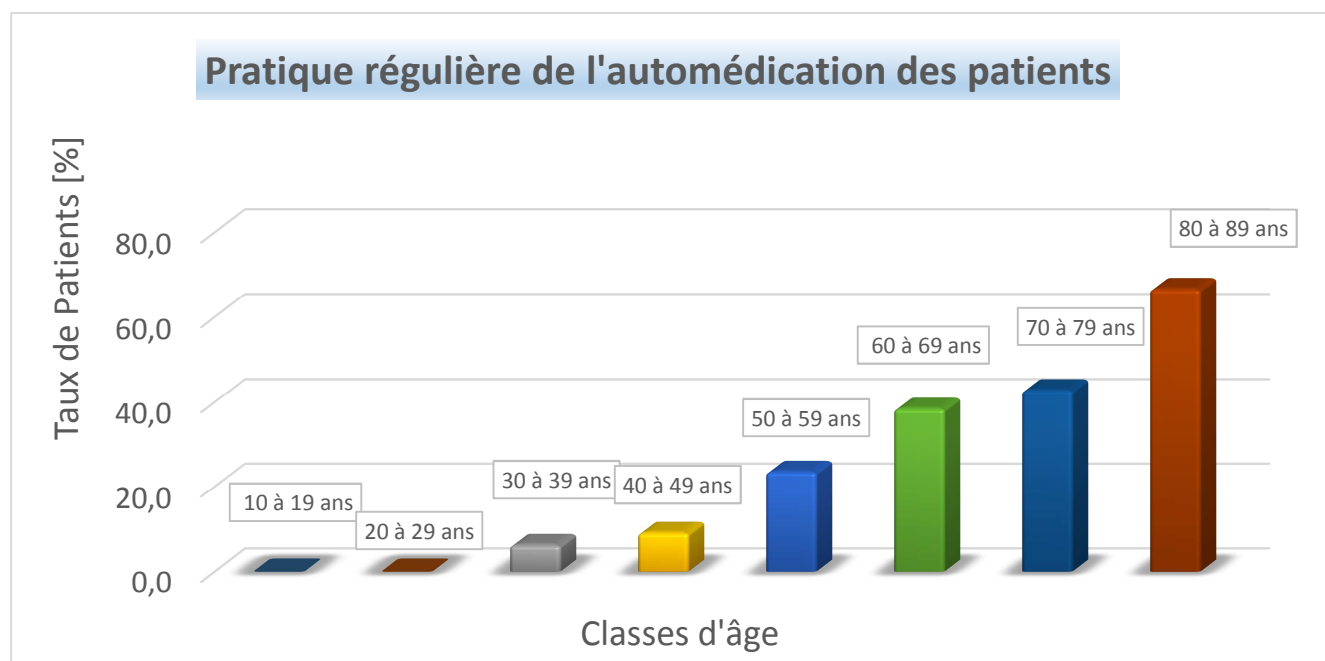


Tableau 26 : Taux de personnes pratiquant l'automédication en fonction de l'âge

2.2.1.4. Et les médecines parallèles ?

Tous les patients ne pratiquent pas l'automédication, néanmoins que font-ils s'ils ne consultent pas leurs médecins ? La logique veut que l'on se pose la question d'un recours alternatif. La question tient d'autant plus que le Lot est un département rural, connu pour avoir une population ayant recours aux guérisseurs et autres coupeurs de feu. Dans ce questionnaire, nous avons pris soin de ne pas opposer les différents types de médecines pour que les personnes répondent avec sincérité, et n'aient pas de crainte à répondre positivement à l'usage de « médecines » dites alternatives, douces, manuelles...

Encore une fois, il est utile de préciser que nous ne cherchons pas à connaître le motif du recours ni la pratique utilisée, nous souhaitons uniquement savoir si les patients y ont recours ou non.

Le tableau 27 confirme notre intuition puisqu'à part les 10-19 ans, toutes les classes d'âges ont recours à ces pratiques. Graphiquement, on voit le taux varier de façon proportionnelle avec l'âge (13.3% chez les 20-29 ans ; 25% chez les 30-39 ans ; 27.3% chez les 40-49 ans ; 41.2% chez les 50-59 ans ; 53.8% chez les 60-69 ans ; 57.1% chez les 70-79 ans) sauf pour les 80-89 ans où il diminue mais reste néanmoins élevé (33%).

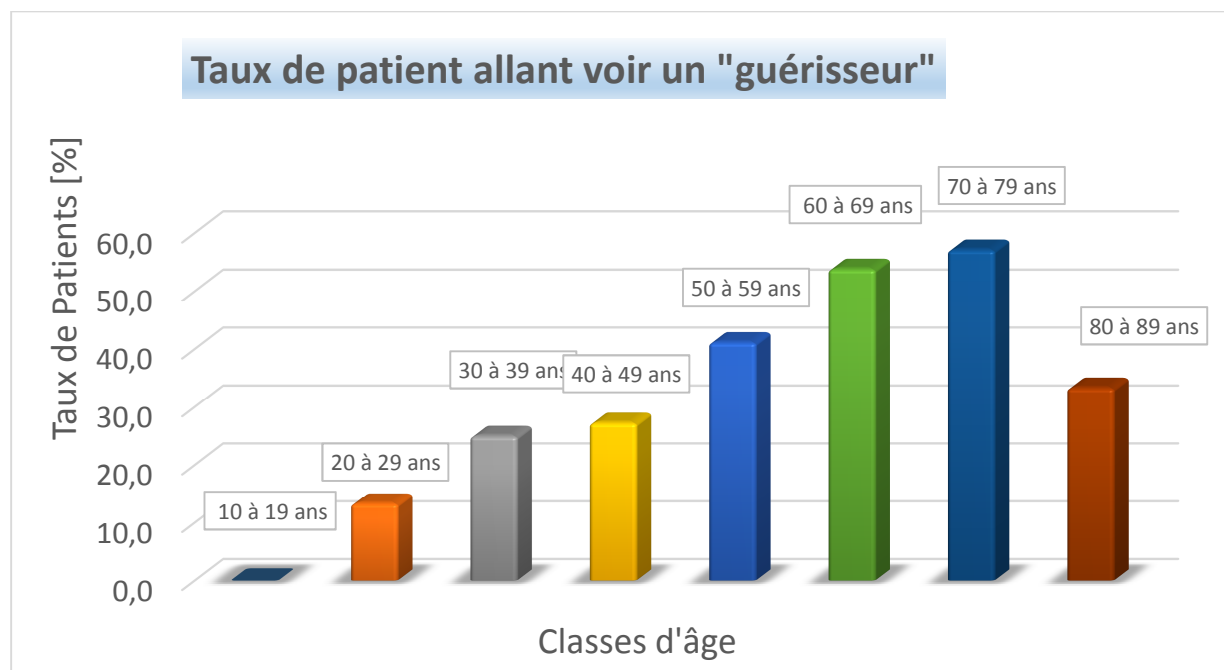


Tableau 27 : Usage des « médecines non conventionnelles » en fonction de l'âge

Pour être jusqu'au-boutiste, nous nous sommes laissés tenter par une question plus polémique : si les Lotois utilisent les médecines non conventionnelles, sont-ils capables d'aller jusqu'à penser qu'elles peuvent se substituer à la médecine occidentale classique ?

Les patients devaient donc répondre à la question « jugez-vous la médecine parallèle plus utile que la médecine conventionnelle ? » et avaient le choix entre quatre réponses « oui toujours » ; « parfois » ; « non jamais » et « elles se complètent ».

Le tableau 28 récapitule les réponses données à cette question en fonction de l'âge. On voit clairement une tendance à penser que les pratiques sont complémentaires : cette réponse prend l'avantage dans toutes les classes d'âge sauf deux (42.9% chez les 10-19 ans ; 40.9% chez les 40-49 ans ; 64.7% chez les 50-59 ans ; 92.3% chez les 60-69 ans ; 85.7% chez les 70-79 ans et 100% chez les 80-89 ans).

Seuls les 30-39 ans pensent majoritairement que la médecine parallèle ne peut jamais remplacer la médecine conventionnelle (43.8%).

Les personnes pensant que les médecines alternatives peuvent toujours remplacer la médecine conventionnelle sont somme toute peu nombreuses (14.3% chez les 10-19 ans ; 13.3% chez les 20-29 ans ; 0% chez les 30-39 ans ; 22.7% chez les 40-49 ans ; 0% chez les 50-59 ans ; 0% chez les 60-69 ans ; 14.3% chez les 70-79 ans et 0% chez les 80-89 ans).

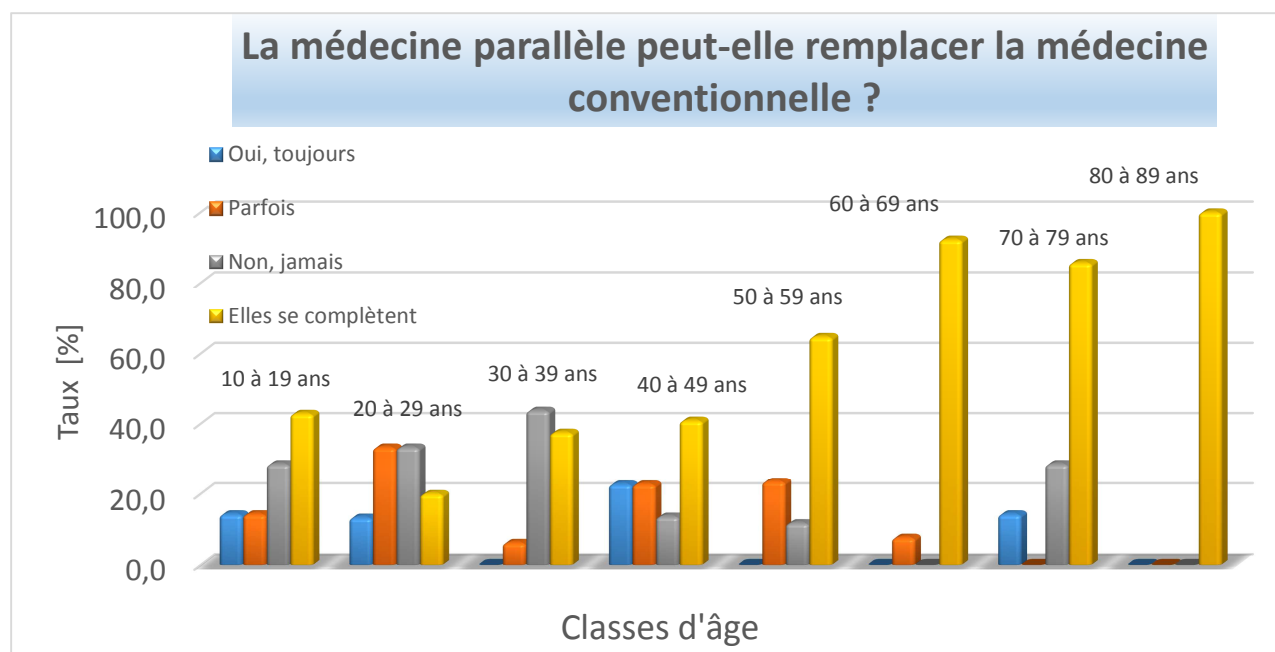


Tableau 28 : Nombres de personnes pensant que la médecine parallèle peut se substituer à la médecine conventionnelle en fonction de l'âge.

2.2.1.5. Qualité du soin et durée de consultation

Il est souvent décrit dans la littérature qu'une consultation où le médecin privilégie l'écoute de son patient nécessite plus de temps qu'une consultation directive. Nous avons donc voulu connaître le ressenti des patients concernant le lien qu'ils pouvaient établir entre la durée de la consultation avec leur médecin généraliste, et la qualité du soin.

Le tableau 29 révèle les réponses des 100 patients interrogés, en fonction de leur âge : il apparaît que globalement, plus les patients sont âgés, plus l'allongement durée de la consultation leur semble être corrélé avec des soins de qualité (62.5% chez les 30-39 ans ; 81.8% chez les 40-49 ans ; 94.1% chez les 50-59 ans ; 100% chez les 70-79 ans et 100% chez les 80-89 ans).

Les plus jeunes semblent moins attachés à ce critère (14.3% chez les 10-19 ans ; 20% chez les 20-29 ans).

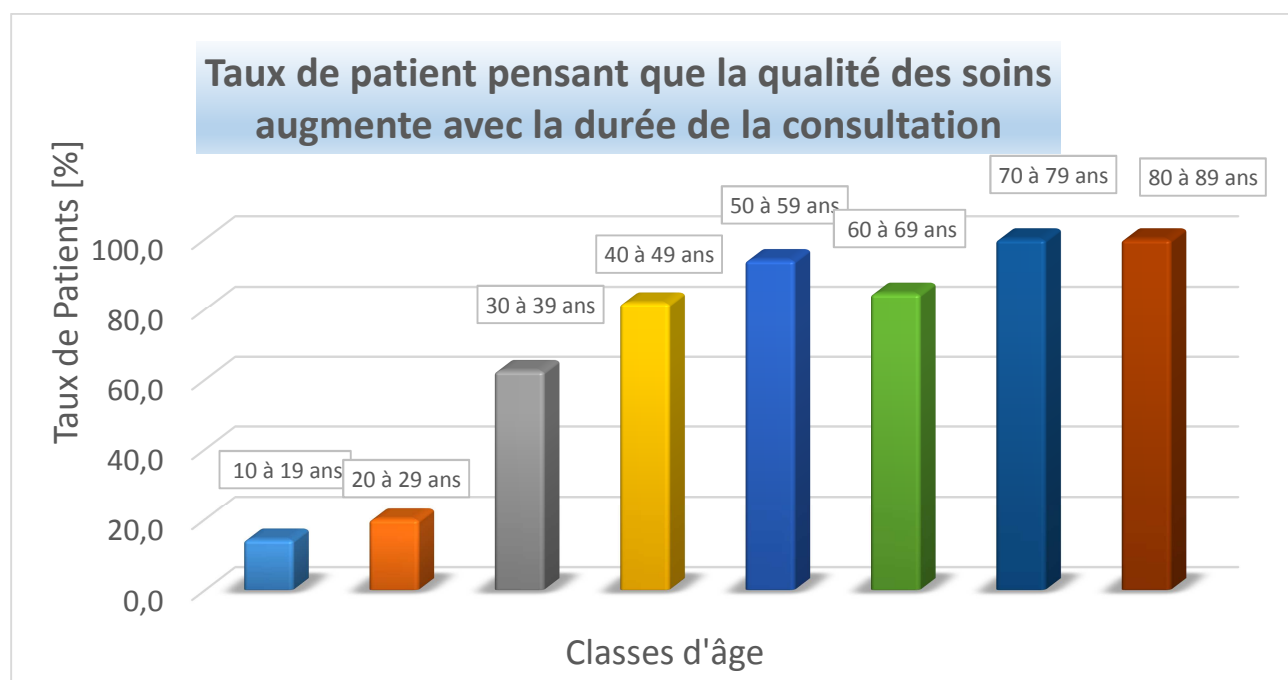


Tableau 29 : Perception d'un meilleur soin en fonction de la durée de la consultation

2.2.1.6. Dites-vous tout ?

La relation médecin – patient est basée sur la confiance réciproque. Le patient peut alors s'exprimer librement et sans crainte. Un marqueur indirect de cette confiance est la capacité ressentie par le patient à pouvoir tout dire à son médecin. Nous leur avons donc posé la question : se sentent-ils dans la possibilité de tout révéler à leur médecin, ou cachent-ils volontairement des détails, quelle qu'en soit la raison (peur d'être disputé, gêne, n'en voit pas l'utilité, minimise...).

Le tableau 30 montre les résultats suivants : hormis pour les plus jeunes, plus de 60% des patients, soit près des deux tiers, de toutes les classes d'âges osent s'exprimer librement face à leur médecin (73.3% chez les 20-29 ans ; 68.8% chez les 30-39 ans ; 63.6% chez les 40-49 ans ; 70.6% chez les 50-59 ans ; 76.9% chez les 60-69 ans ; 85.7% chez les 70-79 ans et 100% chez les 80-89 ans).

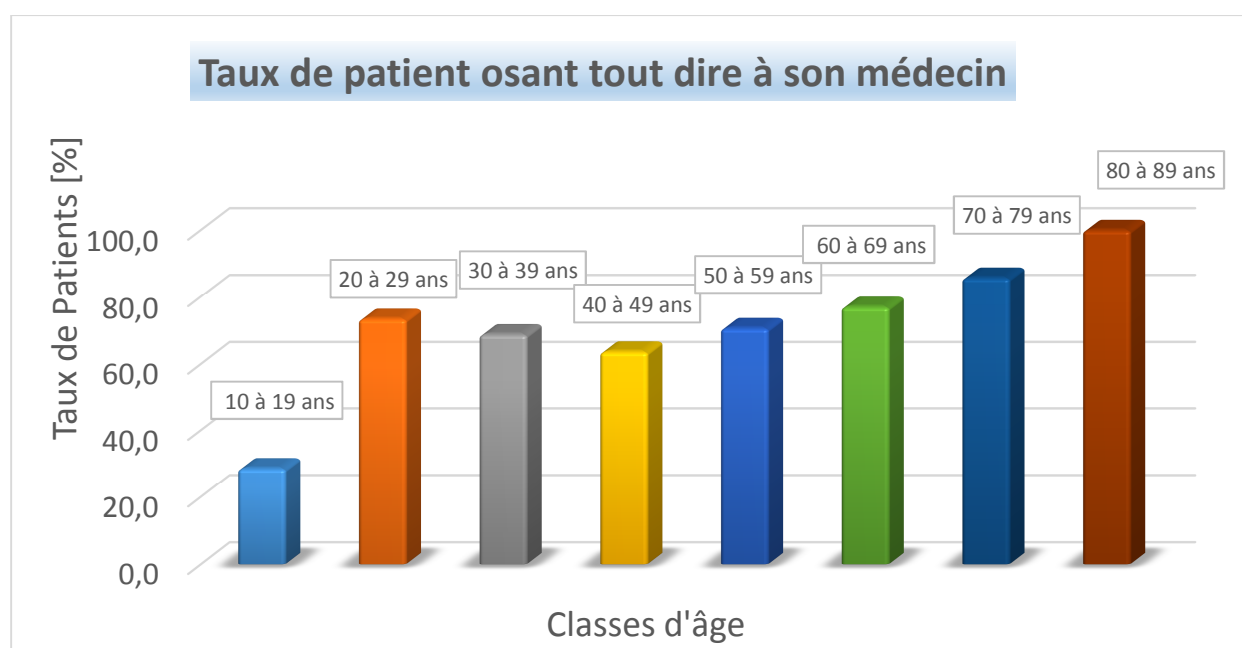


Tableau 30 : Nombres de patients par classe d'âges estimant pouvoir tout dire à leur médecin

Alors, si certaines personnes ont une réticence à tout dire à leur médecin, quelle qu'en soit la cause, estiment-elles qu'elles auraient plus de facilité à se dévoiler face à un guérisseur ? Cette question semble légitime, puisqu'en considérant qu'un nombre important

de patients ont recours à ces pratiques, parfois même prioritairement à la médecine conventionnelle, c'est qu'un véritable lien de confiance s'est tissé entre le patient et un thérapeute qui n'a jamais fait la preuve des résultats de ses techniques.

Le tableau 31 représente le pourcentage de personnes par classe d'âge ayant répondu « oui » à la question « consultez-vous un guérisseur » et qui estiment pouvoir parler plus librement à ce dernier qu'à leur médecin généraliste.

Logiquement, puisqu'aucun patient de moins de 20 ans n'a répondu avoir usé des médecines non conventionnelles, le taux de réponses favorables à cette question est nul dans cette tranche.

On remarque tout de même que tout âge confondu, le nombre de réponses positives est assez élevé (50% chez des 20-29 ans pratiquant les médecines parallèles; 75% chez les 30-39 ans pratiquant les médecines parallèles ; 66.7% des 40-49 ans pratiquant les médecines parallèles ; 85.7% des 50-59 ans ; 85.7% des 60-69 ans pratiquant les médecines parallèles ; 75% des 70-79 ans pratiquant les médecines parallèles et 100% des 80-89 ans pratiquant les médecines parallèles).

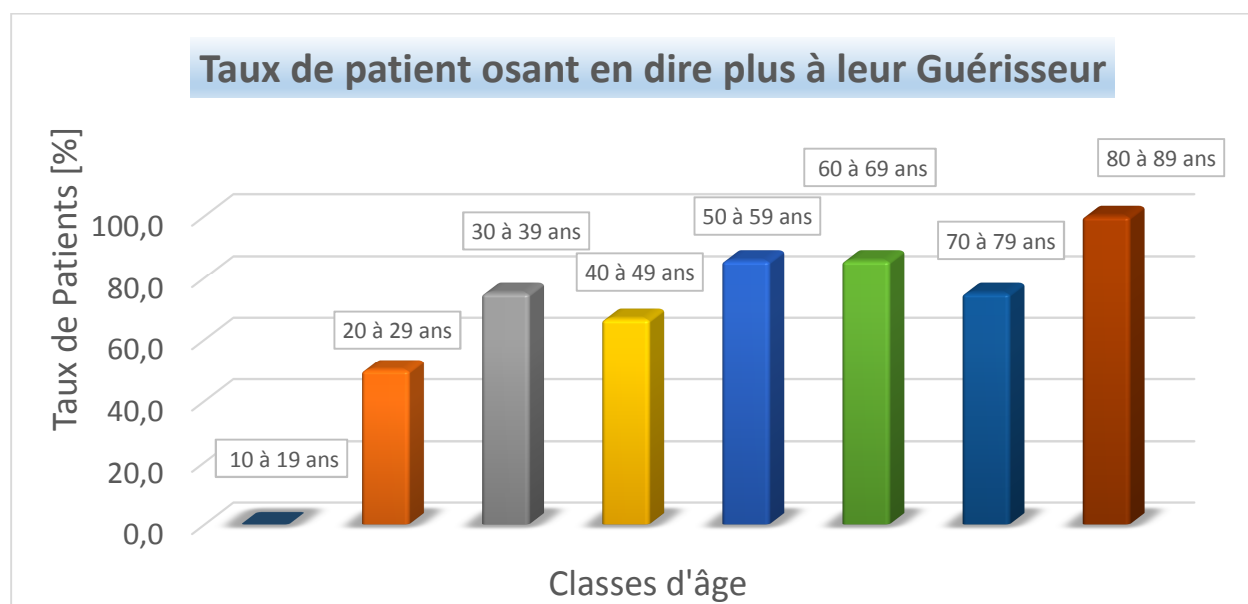


Tableau 31 : nombre de patients par âge s'exprimant plus librement avec leur guérisseur

Si l'écoute est un facteur important, nous avons ensuite voulu savoir, pour le confirmer, si certains patients avaient déjà changé de médecin par manque d'écoute de ce dernier, ressenti par son patient, que cela soit objectivement vrai ou non. Il faut, pour

interpréter les chiffres, prendre néanmoins en considération le fait que le cabinet étudié est en zone rurale avec une relative carence en médecin généraliste, limitant le choix de ce dernier par le patient, qui se retrouve contraint d'effectuer de nombreux kilomètres en cas de souhait de changement. De plus, cette mutation peut être ralenti par la pratique fréquente des autres médecins de refuser de nouveaux patients du fait d'une clientèle déjà bien étoffée. A noter que la classe d'âge 10-19 ans est difficilement interprétable, puisque le choix du médecin généraliste ne se fait qu'à partir de 16 ans.

Le tableau 32 révèle donc, en fonction de l'âge, le nombre de patients qui auraient changé de médecin généraliste car ils ne se seraient pas sentis suffisamment écoutés par ce dernier : 14.3% chez les 10-19 ans ; 40% chez les 20-29 ans ; 43.8% chez les 30-39 ans ; 18.2% chez les 40-49 ans ; 35.3% chez les 50-59 ans ; 23.1% chez les 60-69 ans ; 28.6% chez les 70-79 ans et 0% chez les 80-89 ans.

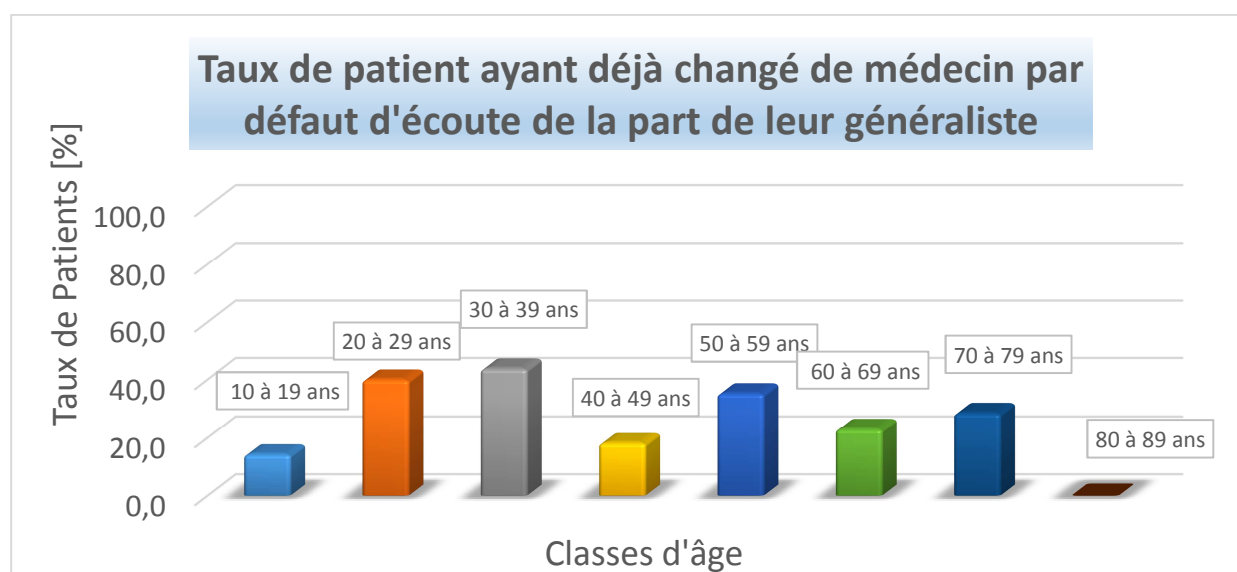


Tableau 32 : nombre de patients ayant changé de médecin par défaut d'écoute

2.2.1.7. Quelle qualité est la plus importante chez un médecin ?

Enfin, nous avons voulu savoir ce qu'attendaient le plus les patients, venant de leur médecin. Nous avons choisi six qualificatifs positifs. Pour ce faire, nous avons interrogé vingt internes en médecine générale par téléphone, choisi de façon aléatoire et anonyme en

appelant dans les services hospitaliers d'hôpitaux de la région Midi-Pyrénées accueillant des internes (information fournie par les standardistes de chaque hôpital), en leur demandant de citer six qualités qu'ils pensent être indispensables pour un patient concernant son médecin généraliste. Les six qualités (synonymes acceptés) les plus citées ont été retenues, elles sont les suivantes (ordre aléatoire sans argument de fréquence) : écoute, compétences, disponibilité, efficacité, paternalisme, humanité.

Nous n'avons volontairement pas choisi ces qualificatifs en réalisant une revue de la littérature afin de mettre en évidence l'adéquation ou l'inadéquation entre la vision de ces futurs praticiens et le ressenti de notre échantillon de population.

Le tableau 33 décrit donc la répartition de qualités retenues par les patients de chaque tranche d'âge. Celle qui se dégage nettement est « écoute », arrivant en tête dans toutes les catégories d'âges (28.6% chez les 10-19 ans ; 26.7% chez les 20-29 ans ; 50% chez les 30-39 ans ; 54.5% chez les 40-49 ans ; 64.7% chez les 50-59 ans ; 61.5% chez les 60-69 ans ; 57.1% chez les 70-79 ans et 66.7% chez les 80-89 ans).

En revanche, seuls quatre personnes ont choisi le « paternalisme » et quatre autres l' « humanité », ce qui en fait les deux qualités les moins choisies par les patients.

La « disponibilité » du médecin est aussi un facteur important, et quel que soit l'âge du patient (28.6% chez les 10-19 ans ; 26.7% chez les 20-29 ans ; 12.5% chez les 30-39 ans ; 18.2% chez les 40-49 ans ; 5.9% chez les 50-59 ans ; 30.8% chez les 60-69 ans ; 28.6% chez les 70-79 ans et 33.3% chez les 80-89 ans).

Les « compétences » n'arrivent qu'en troisième position, choisies par 14 personnes réparties de façon équitable entre 10 et 70 ans. Ce critère n'a pas été choisi après 70 ans.

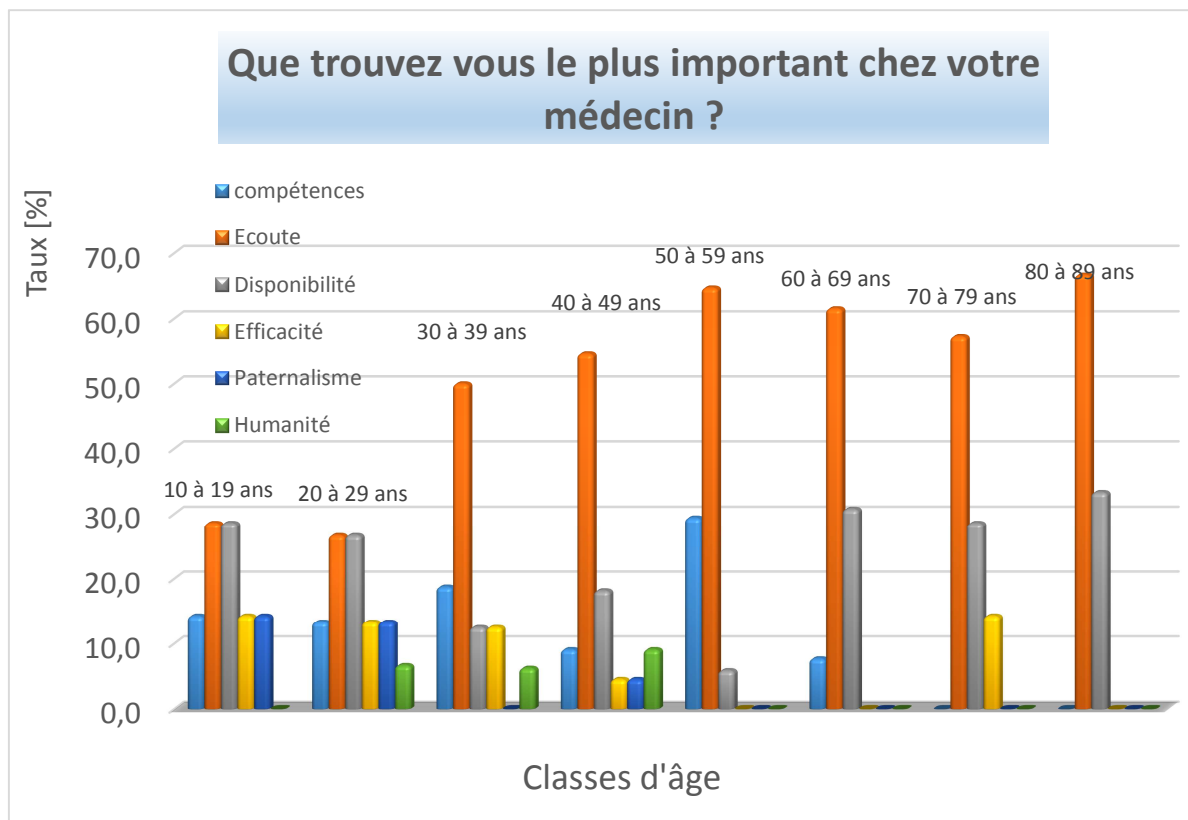


Tableau 33 : Quelle qualité vous semble la plus importante chez un médecin généraliste ?

2.2.2. Conclusion sur l'échantillon d'un point de vue du ressenti du rôle du médecin

A travers ces 12 dernières questions, le profil relationnel médecin – patient se définit progressivement. On constate que nous avons à faire à un échantillon de patients qui consultent relativement fréquemment leur médecin, car en grande majorité au moins une fois par trimestre, ce qui est cohérent avec les données nationales fournies par *éco-santé* : 6.9 consultation par an en moyenne en France en 2008.

Les français étant de gros consommateurs de médicaments, on pourrait s'attendre à ce que ces consultations aient un but de prescription, mais notre étude nous révèle qu'une partie des patients attend autre chose de son médecin, car en effet, certains d'entre eux pensent ne pas forcément avoir besoin de passer par une prise en charge chimique pour aller mieux. En parallèle, ils sont encore plus nombreux à reconnaître que l'interaction avec

leur médecin les aide, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. En effet, la réassurance du médecin envers son patient semble un facteur primordial, puisque certains patients avouent venir le consulter alors même qu'ils ne sont pas malades : être écouté, être compris et être rassuré.

Etre à l'écoute pour médecin paraît indubitablement au premier plan dans notre échantillon. En effet bon nombre de patients le composant n'ont pas hésité à changer de médecin si celui-ci n'en était pas capable. Notre chiffre ne semble pas majeur, mais il faut se mettre dans le contexte : l'exercice est en milieu rural, avec une offre de soins de plus en plus faible. Il ne faut pas seulement vouloir, il faut pouvoir. Si l'enquête avait été réalisée dans une région plus densément médicalisée, les chiffres auraient sûrement été plus flagrants. Ce qui tend à nous faire émettre cette hypothèse, c'est que même si l'offre de soins est faible, l'offre de soins des médecines parallèles, elle, est forte. Les patients ont donc tendance à s'en remettre à des guérisseurs, magnétiseurs ou autres naturopathes, qu'ils estiment parfois plus à l'écoute de leurs problèmes que leur médecin traitant. Ces médecines parallèles semblent vouloir garder un pouvoir qu'elles possèdent depuis l'Antiquité, pour des patients qui ne comprennent pas forcément un discours médical complexe voire hermétique, et pour qui il est plus aisé d'entendre des théories parfois farfelues mais rassurantes, et surtout d'être entendus dans leur souffrance. La faute au temps ? Possiblement. Si l'on considère qu'une consultation de médecine générale dure entre 20 et 30 minutes, combien dure une séance avec une personne pratiquant des médecines autres ? C'est une question fondamentale puisque la majorité de nos patients affirment qu'une consultation de qualité est une consultation longue, et donc durant laquelle ils auraient la possibilité de s'exprimer. C'est peut-être une des raisons qui explique que dans notre panel, ceux qui consultent un guérisseur sont très nombreux à affirmer être plus enclins à se confier à lui qu'à leur médecin.

C'est finalement sans surprise que l'on appréhende les résultats du tableau 33 qui met très clairement en évidence que la qualité première recherchée par les patients chez leur médecin est la capacité d'écoute, suivie de sa disponibilité, loin devant ses compétences.

2.3. Analogie entre strict médical et strict ressenti

On comprend bien à partir de ces observations que le patient recherche non seulement un soin, mais aussi une écoute de la part de son médecin, puisque tous les maux ne sont pas jugés soignables par des médicaments. L'entretien avec le médecin et son empathie constituent le début, sinon une grande partie, du processus de guérison. Si le médecin ne tient pas ce rôle, le patient est tenté de se diriger vers d'autres types de médecine, non pas pour des compétences établies et prouvées, mais pour interagir avec un guérisseur auprès duquel il estime pouvoir se dévoiler. Cela fait donc du soignant une personne clé vers le soulagement et l'accession au bonheur, comme nous allons le définir.

2.3.1. La recherche du bonheur par l'absence de douleur : le médecin comme outil incontournable

Il n'est pas question ici de faire des raccourcis simplistes et rapides entre les grands courants philosophiques de pensée et la gravité des maladies qui conduisent les patients à réagir de différentes manières. Simplement, il nous apparaît intéressant de souligner quelques éléments de réflexion sur les comportements des patients et le rôle du médecin généraliste dont le rôle entre dans une démarche philosophique assez profonde sur la recherche de la sérénité du patient et donc de l'homme en tant qu'être humain et physique.

2.3.1.1. L'être humain souhaite aspirer au bonheur par l'absence de maladie

La simple démarche du patient malade qui contacte son médecin semble rentrer dans des considérations de réflexion qui dépassent sans doute l'acte physique et technique de la consultation médicale.

En effet, si l'homme de la préhistoire consultait le guérisseur (chamane ou sorcier) pour faire appel aux forces surnaturelles qui seules étaient aptes à apporter les réponses sur la guérison d'un malade, les progrès techniques et scientifiques dans l'Histoire des sciences n'ont pas systématiquement entraîné une démarche du patient qui est uniquement

technique. En ce sens, le patient, ne va pas chez son médecin uniquement pour guérir de sa maladie ou son mal-être. Il va chez son médecin car ce dernier doit lui apporter de la sérénité (morale ou physique) qui lui permet, par la recherche de l'absence de souffrance, d'accéder à la *sagesse vécue*, c'est-à-dire un état de bonheur distinct de la recherche de plaisirs. Cet état de bonheur est plus généralement lié aux évolutions sociétales et à l'histoire de nos civilisations et l'homme ressent le désir de s'épanouir et de vivre heureux.

2.3.1.2. L'Eudémonique

Si on devait définir l'*Eudémonique* en quelques mots et sans avoir la prétention ici de développer philosophiquement ses origines, ses causes et conséquences, on pourrait la situer comme une sorte de doctrine qui enseigne à être heureux en respectant un mode de vie lié à la sérénité de l'esprit. Ainsi, l'homme cherche le bonheur, à condition de définir le bonheur comme étant distinct du plaisir. Selon la vision commune, le bonheur consiste à baigner dans un état de satisfaction totale et durable. Pour être heureux, il faut satisfaire ses désirs, comme le veut *Calliclès* dans le *Gorgias* de Platon. Nous distinguons ici volontairement le bonheur du plaisir car nous n'avons à priori pas les mêmes désirs, et ces désirs sont en perpétuelle évolution et renaissance. Le philosophe Kant estime que le bonheur indissocié du plaisir est « *un idéal de l'imagination* », donc c'est un état imaginaire, utopique, non accessible et donc non réalisable. Ainsi, nous réfléchissons ici au parallèle entre la recherche du bonheur d'un patient auprès de son médecin comme une recherche de sérénité et non de plaisir. L'Eudémonique et ses règles décrites dans l'ouvrage de Schopenhauer « *L'Art d'être Heureux* » semble apporter une lumière et des pistes de réflexion sur le contact contemporain du patient envers son médecin comme une démarche d'accès à la *sagesse vécue*.

2.3.1.3. La recherche du bonheur comme état de sérénité

Il nous paraît ici indispensable de rappeler que l'Eudémonique se distingue très clairement du Stoïcisme et du Machiavélisme et nous allons montrer que cette doctrine

semble rentrer en phase avec ce que recherche le patient, de manière physique ou spirituelle au contact de son médecin.

Selon les Stoïciens, le bonheur suppose le rejet des désirs car ils troublent l'esprit et font obstacle à la paix de l'esprit. C'est une voie de renoncement et de la privation et nous pensons que cette démarche du bonheur ne rentre pas dans un cadre de réflexion globale qui justifie les évolutions comportementales du patient envers son médecin. Si, nous considérons que l'homme est trop plein de volonté (*vulgo*), il ne se dirige que rarement dans cette voie.

Au contraire, le *machiavélisme* consiste à atteindre son bonheur aux dépens du bonheur de tous les autres. Nous voyons mal ici un patient souhaitant atteindre un état de bonheur présupposé au détriment de son médecin. L'inverse semble également illogique puisque le médecin doit soigner son patient. En d'autres termes, il doit lui apporter tous les éléments physiques et moraux à sa disposition pour que la patient retrouve un état de sérénité en adéquation avec son tempérament ainsi qu'une absence de souffrance (acte de guérir), qui est la marque nécessaire pour atteindre l'Eudémonique.

Notons qu'un autre parallèle intéressant peut être fait avec la pensée d'Epicure qui place le principe du bien-être dans l'action raisonnable qui consiste à distinguer, parmi les désirs, ceux qui amènent à un vrai plaisir et ceux qui sont vains.

2.3.1.4. Principe du bien-être dans l'action raisonnable

Epicure place le principe du bien-être dans l'action raisonnable qui consiste à distinguer, parmi les désirs ceux qui amènent à un vrai plaisir et ceux qui sont vains.

Il est certain que certains malades vont donc d'une certaine façon rechercher le bonheur au sens épicurien selon la cause qui les conduit à consulter.

Un malade atteint d'un cancer considère que la guérison de ce dernier est l'élément essentiel pour qu'il retrouve un état d'esprit serein, voire heureux. Des exemples dans ma clientèle montrent que l'apparition d'une maladie chez un patient peut faire évoluer son tempérament et sa capacité à accepter ou non la souffrance. Par ailleurs, ce patient réagira plutôt comme un épicurien, dans le sens où son souhait le plus cher sera de guérir de sa maladie, au détriment des autres bonheurs pourtant accessibles à sa portée.

Nous arrivons d'ailleurs à un constat frappant. L'absence de maladie et de souffrance est donc l'élément essentiel pour l'homme et donc le patient pour accéder au bonheur. Sur ce point, même si nous pensons que la plupart des patients réagissent dans le cadre de l'Eudémonique, certains, en fonction des maladies, rentreront davantage dans un cadre épicurien.

2.3.1.5. Le Bonheur n'est qu'illusion

La démarche du patient entre complètement dans la recherche du bonheur car la guérison, qu'elle soit d'ordre psychique ou corporelle, permet à l'homme d'être dans un état lui permettant l'accès au bonheur. En ce sens, l'absence de maladie est un élément indispensable au bien-être. Le patient attend donc que le médecin le conduise indirectement à cet état de grâce pour qu'il puisse psychiquement s'épanouir avec un degré de recherche sur les plaisirs variant d'un individu à l'autre.

C'est sans doute au cabinet du médecin généraliste que les individus, atteints de souffrances les plus diverses, mettent leurs espoirs afin de retrouver une certaine forme de sérénité. La douleur, comme le dit très justement Schopenhauer est bien réelle et est largement ressentie par le patient (ou l'homme en général) lorsqu'elle est présente. C'est cette douleur que le patient veut combattre car elle est un obstacle à son bien-être, celui-ci étant justement défini comme un état entre le stoïcisme et le machiavélisme. Le bonheur ressenti par le patient lorsqu'il guérit est donc souvent de courte durée et doit conduire ce dernier à profiter pleinement de cet instant souvent illusoire. Un malade, atteint d'un cancer à qui on confirme que la chimiothérapie a fonctionné se dit heureux. Sur le moment, il en informe sa famille, ses proches. Il fait abstraction que l'heure de sa mort est de toutes façons accélérée et que sa maladie le conduira plus rapidement que les autres à une mort certaine, souvent douloureuse. L'illusion du bonheur retrouvé, en cet instant précis est éphémère. Elle est néanmoins nécessaire pour la survie de l'homme. Le patient va voir son médecin pour qu'il lui donne l'illusion de la sérénité car le médecin a le pouvoir et la connaissance suffisante, aux yeux du patient malade. L'utopie de la guérison des maladies graves doit donc être analysée dans le contexte global de l'attente d'une illusion perdue. Il est bien entendu évident qu'un patient atteint d'une grippe ne ressortira pas d'une consultation avec les mêmes attentes qu'un patient atteint d'un cancer. Néanmoins, le patient malade, attend

toujours plus qu'une simple prescription médicale. Il recherche une guérison, un conseil, une prescription dans le but d'éviter la souffrance pour atteindre un état eudémonique et illusoire.

2.3.1.6. La douleur, marqueur de souffrance

Nous avons vu précédemment que la douleur, à l'inverse du bonheur, est bien réelle et conditionne souvent le degré de souffrance d'un individu. Pour reprendre la règle de vie n°1 dans l'ouvrage de Schopenhauer, « *Nous sommes tous nés en Arcadie, autrement dit nous entrons dans la vie pleins d'exigences de bonheur et de jouissance, et nous avons l'espoir fou de les réaliser jusqu'à ce que le destin nous tombe dessus sans ménagement et nous montre que rien n'est à nous, qu'au contraire tout est sien puisqu'il a un droit incontestable non seulement sur tout.*

2.3.2. La recherche de l'illusion dans un monde mesuré comme réel

Nous avons vu que le ressenti d'un patient était lié à un ensemble de processus complexes liant un environnement sociétal, un rôle social, un déterminisme comme marqueur de la science et une vie tournée sur l'individualisme.

Le patient recherche l'illusion de la guérison, de l'écoute afin d'accéder au bonheur. Ainsi, se soigner permet d'éviter la douleur et la souffrance, ce qui est une première étape vers l'Eudémonique. Ainsi, nous pouvons également nous poser la question de l'intérêt du soin si ce dernier n'amène qu'à l'illusion, contraire au réel.

2.3.2.1. L'intérêt de soigner dans un monde destiné à une fin

Il n'est pas toujours aisé de définir le monde réel du monde de l'illusion. Etant un représentant de la guérison et donc de l'accès aux soins, le médecin joue malgré lui le rôle de passeur entre l'attente d'un patient qui se manifeste par des douleurs, ou un mal-être

réel, et la prescription qui doit soulager le patient par une pratique réelle, couplée à une attente spirituelle, divinatoire en quelques sortes.

Ainsi, le médecin soigne pour ralentir un processus long qui conduit la naissance d'un être à sa mort certaine, tout en ayant conscience des pourtours d'un monde défini comme réel, ou tangible, à un monde plus spirituel dont la définition dépasserait largement le cadre de notre travail.

Lorsque le patient amène la question de la nécessité de guérir, au cours d'une consultation, prétextant que la mort va de toute façon l'emporter sur la vie, il est toujours délicat pour le médecin d'apporter une réponse appropriée et réconfortante. Ainsi, le rôle du médecin est de soulager, de guérir et finalement d'accompagner l'homme vers la mort en souffrant le moins possible.

C'est donc un paradoxe de soulager en vue d'accepter la mort plus facilement et de favoriser un accompagnement médical, tourné le plus souvent vers l'écoute.

2.3.2.2. L'illusion du Magnétisme Ampérien et l'Inexpliqué

Si les lois fondamentales qui régissent le monde réel dans lequel nous vivons ont été certainement découvertes, il est intéressant de noter le lien entre le guérisseur, symbole même de la médecine parallèle et le paradoxe des lois du magnétisme.

En effet, les lois du magnétisme décrivant les interactions entre flux magnétiques ne donnent pas l'explication sur la nature physique du flux magnétique. Les lois du magnétisme sont largement connues, utilisées dans les technologies, les sciences mais à aucun moment la nature du flux magnétique a été découverte. Et pourtant, elles ont largement contribué aux nombreux développements dans les sciences, la médecine, avec l'invention de l'IRM, la radiographie, etc...

Nous nous intéressons donc ici au parallèle entre le magnétiseur et les lois fondamentales de la physique qui décrivent une réalité sans en connaître la substance.

2.3.2.2.1. L'illusion du Magnétiseur

Le contact du patient envers un individu se présentant comme un « Magnétiseur » appelle quelques remarques, d'ordre philosophique et scientifique.

2.3.2.2.2. Lien entre le Magnétiseur et les lois du Magnétisme

Dans la recherche de l'illusion du bonheur et lorsque la médecine dite « classique » ne suffit pas aux yeux du patient, alors ce dernier, comme à la belle époque, fait appel à des médecins issus des médecines parallèles. Remarquons ici que l'origine de la classe sociale n'est pas forcément un facteur explicatif du comportement d'un patient. De nombreux auteurs sociologues ont démontré que la variabilité des comportements et des classes sociales ne permettaient pas d'établir des règles générales sociologiques qui décrivent avec précision les habitudes d'une classe sociale par rapport à une autre. Devant les maladies, malgré l'inégalité des traitements, nous sommes égaux devant le mystère et la mort.

Ainsi, il n'est pas rare de retrouver des individus consulter une population de guérisseurs qu'on appelle communément les « Magnétiseurs ». Un magnétiseur prétend soigner un malade en agissant sur des flux dits magnétiques. Ces flux invisibles pourraient soigner les maladies, même incurables. Nous nous sommes alors intéressés aux travaux contemporains du magnétisme pour tenter de comprendre la fascination de l'individu envers le magnétiseur et le rôle de ce dernier qui se substitue au médecin pour guérir un malade.

Notons tout d'abord que l'attraction des pierres d'amant remonte à l'antiquité. Certaines pierres semblent en effet avoir ces facultés extraordinaires d'exercer entre elles des forces invisibles. C'est au cours de la révolution scientifique du XVII et XVIII ième siècle que les équations décrivant les interactions magnétiques ont été décrites notamment par Ampère, Oersted, Faraday et formalisées par Maxwell.

Ce qui nous paraît intéressant ici, c'est d'analyser scientifiquement l'origine de ces forces pour effectuer un parallèle avec la fascination du patient envers le magnétiseur.

2.3.2.2.3. Les flux magnétiques créés par un magnétiseur

Maxwell a décrit quatre équations qui décrivent tous les phénomènes électromagnétiques (charges en mouvement ou charges statiques). Ses équations traduisent l'existence de champs vectoriels qui apparaissent au voisinage de pièces dites magnétiques ou d'un courant électrique circulant dans un conducteur.

Les formalisations mathématiques ont conduit à définir alors la notion de flux qui peut se voir comme une sommation de l'ensemble des vecteurs sur une surface donnée.

Désignons par \mathbf{H} [A/m] (en ampère par mètre), le champ magnétique créé en tout point de l'espace par une source magnétique (par exemple un aimant ou un conducteur parcouru par un courant électrique), alors :

$$\mathbf{H} = a \frac{Q_m}{r^2} \mathbf{u} \quad (1)$$

Avec : a = coefficient constant (dans la littérature $a = \frac{1}{4\pi\mu_0}$, et μ_0 désigne la perméabilité magnétique du vide), Q_m désigné la charge magnétique portée par la source magnétique et r désigne la distance entre la source magnétique et le point où on désire calculer le champ magnétique \mathbf{H} et \mathbf{u} désigne un vecteur élémentaire dans l'espace qui désigne la direction et le sens du champ magnétique (relatif par rapport à un repère défini).

Néanmoins, le magnétiseur parle plutôt de flux (d'origine magnétique selon lui...). En physique, le flux est défini par l'intégration (ou la sommation) d'un vecteur à travers une surface. Ainsi, si on désigne par Φ_m , le flux magnétique créé par un champ de vecteur sur une surface donnée S , alors :

$$\Phi_m = \iint H dS \quad (2)$$

Où dS désigne une surface élémentaire (d'un volume considéré, par exemple l'avant-bras d'un patient...) et H désigne une contribution élémentaire (une composante vectorielle...) du champ magnétique total \mathbf{H} tel que défini dans l'équation (1).

Le flux magnétique est exprimé en Weber. Intéressons-nous maintenant aux ordres de grandeur mis en jeu....

Si on considère une source magnétique, par exemple un aimant de type ferrite (aimant permanent du commerce), dont la polarisation magnétique vaut 0,4 Tesla et qui a une surface de 200 mm² (un aimant qui ferait 1 cm X 2 cm. Nous ne considérons pas ici sa hauteur. C'est un aimant permanent classiquement utilisé dans l'industrie. Il est possible de démontrer en utilisant les relations (1) et (2) que le champ magnétique, lorsque l'aimant est collé sur la peau décroît très vite à cause de la nature coulombienne du champ magnétostatique (champ en $1/r^2$).

Cela signifie que le champ d'induction magnétique \mathbf{B} , exprimé en Tesla ($\mathbf{B} = \mu_0 \mathbf{H}$ dans le vide), ne vaut déjà plus que quelques 0,1 T à seulement quelques millimètres de l'aimant, par exemple à 2 mm, et ceci sur seulement quelques zones. Par exemple, aux extrémités de l'aimant, le champ d'induction magnétique vaut pratiquement 0 Tesla.

Ceci revient à dire qu'avec un aimant industriel normal de petite dimension, il n'y a pratiquement pas de flux magnétique à quelques centimètres de l'aimant, qui pourraient avoir une influence sur la circulation du sang ou les muscles. Attention cependant, ceci n'est plus vrai lorsque la taille de l'aimant augmente, en particulier, sa surface.

Le problème, c'est qu'un magnétiseur ne pourrait même pas prétendre à créer des champs aussi intenses qu'un aimant industriel (bas de gamme par ailleurs...). En effet, les seules sources de champ magnétique sont soit de nature permanents (les spins des électrons qui s'apparient pour créer des polarisations assez intenses dans certains alliages d'aimant), ou de nature ampérienne. La nature ampérienne est la description d'un champ magnétique créé par une charge en mouvement. Or, les seules charges en mouvement sont issues des nerfs. Malheureusement, les lois de la physique montrent que ces champs sont entre 100 à 1000 fois plus faibles que les champs créés par les aimants permanents.

Ceci, en reprenant les équations (1) (2) et en divisant encore par 1000, montre que le champ d'induction magnétique tend vers 0 quand la main du magnétiseur s'éloigne du corps du patient. En d'autres termes, il n'y a aucun effet magnétique de la part du magnétiseur sur le corps du patient.

Cette courte démonstration a pour but de montrer que l'illusion recherchée par le patient est au moins satisfaite par l'illusion du magnétiseur à créer des champs et flux

magnétiques suffisamment intenses pour soigner une quelconque maladie. Finalement, le flux ressenti par le patient est davantage un flux calorifique dégagé par le magnétiseur et qui, comme toute sorte de chaleur, peut entraîner un bien-être local qui se propage au bien-être psychique ressenti par le patient.

2.3.2.2.4. Le rôle du magnétiseur, identique au médecin ?

Si le paragraphe précédent souhaite simplement appuyer un fait assez évident que l'effet magnétique produit par un magnétiseur, ne peut justifier, en utilisant les lois maxwelliennes, un quelconque effet physique sur le patient, il est intéressant de s'attarder sur le rôle recherché du patient lorsqu'il va voir un magnétiseur.

Bien souvent, les consultations menées au cabinet médical et les questions posées à des patients démontrent que les patients atteints de maladies graves se détournent de la médecine classique et tentent dans le désespoir de trouver la guérison par la mystification des magnétiseurs, sorciers et autres rebouteux. Nos propos n'ont pas le but ici de faire une quelconque polémique sur la réalité scientifique des médecines parallèles, mais plutôt de s'intéresser aux rôles qu'elles peuvent jouer sur le cursus de guérison du malade.

Le patient n'excuse pas l'erreur du médecin car il considère que ce dernier détient la connaissance scientifique rigoureuse qui doit lui permettre de retrouver la sérénité. Son contact avec le magnétiseur est tout autre. Puisque le magnétiseur fait appel au surnaturel (car les lois naturelles de la physique démontrent plutôt qu'il n'a aucun effet...), alors le patient amalgame la croyance religieuse à la magie qu'il recherche chez ce praticien pour rechercher son état eudémonique. Par ailleurs, comme le patient estime qu'il est difficile pour le magnétiseur de maîtriser l'inexpliqué, la divination ou le surnaturel, alors ce dernier peut se tromper, ou du moins, le fait qu'il n'arrive pas à soigner un malade atteint d'une maladie grave n'en fait pas un charlatan. Bien au contraire, puisque le patient n'attend pas forcément une guérison de la part d'un magnétiseur, nous voyons bien ici que le rôle d'un magnétiseur est d'abord social avant d'être médical, s'il est possible de le définir comme tel.

L'homme doit faire partie d'une communauté, d'une classe, d'un rang, d'une organisation bien définie pour se sentir lié à la civilisation et à la société. Atteint d'une maladie qu'il ne maîtrise pas, il se tourne vers le médecin. Si ce dernier ne trouve pas de remède, il s'en remet alors aux mains d'un guérisseur, même s'il sait déjà que ce dernier

n'aura probablement aucun effet sur sa maladie. Il recherche donc autre chose, sans doute, de l'écoute, pour soigner son mal-être psychique puisqu'il souffre physiquement. Le magnétiseur, le rebouteux, ont donc une utilité différente du médecin. Ils accompagnent, comme le prêtre, lors des funérailles, certains malades atteints de maladies graves, jusqu'à la mort. Dans le cas de maladies moins graves ou de handicaps, ils sont simplement un maillon de la chaîne sociétale qui permet à certains individus de ne pas se sentir oubliés par la société.

L'homme malade recherche l'illusion du bonheur car c'est l'illusion et l'espoir qui lui permettent de survivre. C'est pour cela que les médecines parallèles existent depuis les archéo médecines et continueront d'exister. Elles ont au moins la prétention de jouer ce rôle social en complément des médecins qui est nécessaire au patient pour qu'il continue à croire à la vie et à la dignité.

Le médecin se doit d'être honnête envers le patient. La façon qu'il peut avoir de lui annoncer une maladie grave, une mort proche ou un handicap avéré et aggravant, doit être effectuée avec toute la finesse que doit avoir cette profession. Cependant, dans tous les cas, le verdict tombe, et il est issu de la connaissance acquise au fil des siècles par la démarche scientifique. La connaissance s'appuie sur les lois naturelles. C'est pour cela que le magnétiseur ou le sorcier contemporain continuent d'entretenir de l'espoir chez les malades. Les lois surnaturelles peuvent paraît-il faire des miracles...

2.3.2.3. Soigner la Mort ?

La question ultime de notre étude réside dans le comportement et le rôle du médecin envers le patient, en fin de vie, voire le patient défunt. Nous n'avons abordé cette question que rarement au cours de notre étude mais nous nous sommes longuement posé cette question de la pratique de la médecine dans un monde que nous considérons comme réel. Tous les patients que nous avons examinés, médicalement ou psychiquement, ont placé en nous un espoir au-delà de la simple pratique de la médecine. L'homme recherche le miracle avant la guérison. Nous avons parfois ressenti le besoin, à travers le regard de nos patients, de dire des choses que le patient voulait entendre, quitte à ce qu'elles restent dans la spiritualité voire le divinatoire. Le patient ne distingue pas forcément la médecine traditionnelle de la médecine parallèle, de la divination, du chamanisme... Notre pratique semble aujourd'hui tournée vers l'écoute et le devoir d'être aux côtés des patients, de

l'homme en général. Il ne serait sans doute pas impossible alors de demander au médecin de ressusciter les morts car le monde réel semble imbriqué dans le monde imaginaire. C'est l'homme, lui seul qui a distingué les disciplines. Aujourd'hui, le patient souhaite une réponse qui soit la synthèse de sa volonté et des connaissances universelles. Puissent-elles un jour permettre d'obtenir la vie éternelle.

Conclusion

L'objet de notre étude a traité de l'évolution de la place du médecin généraliste depuis l'antiquité à nos jours.

Nous avons choisi de séparer notre étude en deux parties. La première partie retrace les étapes historiques qui ont marqué les grandes évolutions de la médecine et la place du médecin dans les sociétés. La deuxième partie englobe une enquête statistique menée auprès d'une population de 100 patients avec une analyse factuelle et philosophique. La complémentarité des deux parties apporte une vision générale sur la place du médecin généraliste dans une société qui se mondialise et qui s'individualise.

De nombreuses questions ressortent de notre étude et soulèvent des considérations pratiques sur le comportement que doit tenir un médecin dans son cabinet. Par exemple, nous nous apercevons par notre étude que le patient attend d'abord une écoute de la part de son médecin. Ceci est d'autant plus vrai que ce désir d'être écouté augmente avec l'âge du patient. Par ailleurs, le patient ne distingue pas toujours le médecin issu d'une formation purement médicale et scientifique d'un soignant issu des médecines parallèles voire divinatoires.

Nous avons constaté le stress d'une population, en manque de repères. La dynamique de la mondialisation semble prendre le pas sur le ressenti des patients et l'individualisme amène à des comportements égoïstes, voire chaotiques. La place du médecin est donc essentielle comme élément structurant d'une organisation matricielle entre les modes de vie des populations et les organes étatiques décisionnaires.

Notre enquête a été menée sur une population de campagne. Il en est clairement ressorti que le médecin fait partie de la vie intégrante d'une population, comme l'est le libraire, le boulanger... Le patient ne va pas seulement voir son médecin pour se soigner. Il y va par habitude, pour discuter, se rassurer. L'homme semble se perdre dans un monde où les lois chaotiques prennent le dessus sur nos lois déterministes. Le rôle du médecin généraliste semble se complexifier : les attentes des patients ne sont pas toujours cernées. D'ailleurs, il ressort de notre étude qu'une partie de la population de patients ne souhaite pas tout dire à son médecin, même si cela concerne une problématique médicale.

Pour le médecin généraliste, l'adaptabilité est une donnée essentielle. En fonction du patient, de son âge, sa classe sociale, son vécu, il doit s'adapter, sans cesse. Le patient excuse mal ses erreurs médicales et parfois même encore moins ses faiblesses

comportementales. Examiner un patient avec les règles apprises dans les livres reste théorique. Il ne semble pas anormal d'apporter un sens artistique afin de théâtraliser une consultation.

C'est sans doute sur cette dernière donnée que nous pensons que les rapports entre médecin et patient doivent évoluer. Outre le médical, le psychique, le divinatoire, le religieux, ... l'art permettrait sans doute d'adoucir, d'embellir et de parfaire les relations entre le malade et son soignant. Ce serait l'objet d'une nouvelle étude qui devrait analyser dans quel cadre l'humain en tant que peintre, musicien, artiste, peut apporter, au travers de sa formation médicale, ce que la patient attend avant tout : de l'espoir.

Références bibliographiques

ALLAINES C. d', *Histoire de la chirurgie*, Paris : PUF, 1961

AMELINE Claude, *L'art de vivre heureux formé sur les idées les plus claires de la raison et du bon sens*, 1692.

BARIETY Maurice et COURY Charles, *Histoire de la médecine*, Paris : PUF, 1971

BOERHAAVE Herman, *Aphorisme de la chirurgie*, 1753.

BOUISSOU R., *Histoire de la médecine*, Paris : Larousse, 1967

BOUTILLIER Marcelle, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Ed. Maisonneuve et Larose, 1966.

BRIANCON Serge, *Maladies chroniques*, ADPS n°72. Septembre 2010.

DACHEZ Roger, *Histoire de la médecine : de l'Antiquité au XX^e siècle*, ED. Tallandier, 2004.

DARMON Pierre, *La vie quotidienne du médecin généraliste parisien en 1900*, Paris, 1991.

DEPRES Armand, *La chirurgie journalière*, 1879.

DUHAMEL Pierre, *Histoire des médecins français*, Plon, 1993.

DUMAITRE P., *Histoire de la médecine et du livre médical*, Paris : Olivier Perrin, 1978

DUTOUQUET Hippolite, *De la condition des classes pauvres à la campagne et des moyens les plus efficaces pour l'améliorer*, 1846.

EVEILLARD James et HUCHET Patrick, *Il y a un siècle... une médecine si étrange*, ED. Ouest France, 2006.

FAURE Olivier, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris 1993.

FESSINGER Ch., *Souvenirs d'un médecin de campagne*.

FREROT Laurence, *L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique*, Bulletin d'information en économie de la Santé n°22. Septembre 1999.

GALLERANT, *Médecine de campagne de la Révolution à la Belle Epoque*, Ed Christian de Bartillat, 1988.

GUILLAUME Pierre, *Le rôle social du médecin généraliste depuis deux siècles (1800-1945)*, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité Sociale, 1996.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, rapport. Novembre 2009.

HECKETSWEILER Philippe, *Histoire de la médecine*, Ed. Ellipses, 2010.

INPES, *Le profil des fumeurs en France*, 2012. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>

LECAS A. S., *La médecine Egyptienne*, Ed Dacosta.

LEONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*.

LEONARD Jacques, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Ed. Aubier-Montaigne, Paris.

MILLEPIERRES F, *Les étudiants en médecine sous le grand roi*, Ed Steinheil, 1899.

MAINGUY Paul, *La médecine à la Belle Epoque*, Le Nordais, 1981.

NAUDIE M, *Nouveau recueil de remèdes pour toutes sortes de maladies par ordre alphabétique*, tomes 1 et 2. 1745.

POUCHET Félix-Archimède, *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale*, Baillière et Fils, Paris, 1847.

RENAUD Marc, *De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie*, Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie. Chapitre 13, p281-291. Québec : les Presses de l'Université du Québec, les Presses de l'université de Lyon, 1985.

RICHARD P, *Considérations sur le rôle social du médecin de campagne*, 1947.

RICHERAND Anthelme, *Des erreurs populaires relatives à la médecine*, 1812.

ROLLAND Christine et LANG Thierry, *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale*, Evaluations en prévention et en éducation pour la santé, 2007.

SCHOPENHAUER Arthur, *L'art d'être heureux à travers 50 règles de vie*, Ed. Points, 2013.

SOURNIA J.-C., *Histoire de la médecine*, Paris : La Découverte, 1997

STOLTZ, *Histoire d'une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant*, 1836.

TARNIER Stéphane, *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, 1894.

WICKERSHEIMER Ernest, *La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance*, Paris, A. Maloine, 1905.

Annexe 1. Questionnaire à destination des patients

QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES PATIENTS

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale, nous aimerions connaître certaines de vos habitudes et votre ressenti vis-à-vis des médecines en général.

Si vous le souhaitez, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire durant votre attente avant votre consultation avec votre médecin. Nous estimons qu'une dizaine de minutes vous seront nécessaires afin de le remplir dans son intégralité.

Vos réponses resteront anonymes, aucun jugement ne sera porté à votre encontre. Une corbeille est à votre disposition dans le couloir menant de la salle d'attente à la salle de consultation afin de remettre le questionnaire rempli à votre médecin.

1^{er} partie :

Quel âge avez –vous ?

Etes-vous :

un homme une femme

Etes-vous fumeur ?

oui non

Pourquoi consultez-vous aujourd'hui ? Plusieurs réponses sont possibles.

Un problème ponctuel ?

Si vous avez coché cette réponse, de quoi s'agit-il ?

Un virus

Vous vous sentez déprimé

On vous a prescrit une prise de sang ou des radios/scanner/échographie, et vous venez discuter des résultats

Une douleur au niveau du ventre

Une douleur ou un traumatisme au niveau d'une articulation

Une maladie qui vous oblige à venir voir votre médecin plusieurs fois par an ?

Si vous avez choisi cette réponse, de quoi s'agit-il ?

De l'hypertension

Du diabète

Une maladie cardiaque

Un cancer

Une maladie respiratoire

2^{ème} partie :

Combien de fois par an en moyenne consultez-vous votre médecin ?

Pensez-vous avoir besoin de médicaments pour être guéri?

Toujours

Souvent

Parfois

Jamais

Pensez-vous que votre médecin peut vous aider à guérir ou à être soulagé :

Physiquement

Psychologiquement

Les deux

Avez-vous déjà consulté votre médecin généraliste alors que vous n'étiez pas malade ?

oui ☐ non ☐

Pratiquez-vous l'automédication ?

oui non

Etes-vous déjà allé voir un guérisseur ?

oui non

Pensez-vous qu'un guérisseur pourra mieux vous soigner que votre médecin ?

- Oui
- Non
- Parfois
- Ils se complètent

Pensez-vous que vous êtes mieux soigné si la consultation de votre médecin généraliste est plus longue ?

oui non

Osez-vous tout dire à votre médecin ?

oui non

Si vous consultez un guérisseur, osez-vous tout lui dire ?

oui non

Avez-vous déjà changé de médecin car vous trouviez qu'il ne vous écoutait pas assez ?

oui non

Que trouvez-vous de plus important chez un médecin ?

- Compétence
- Ecoute
- Paternalisme
- Efficacité
- Humanité
- Disponibilité

Merci de votre participation

Annexe 2. Matrice d'exploitation des données

Numéro	Patient		pb médicaux										Autres			
	âge	homme	femme	maladies chroniques						maladies aiguës		douleur abdo		trauma et dol articul	renouv	
				fu	hypert	diabète	patho	cancer	asthme	virus	dépress	bilbio				
1	15	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2	16	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
3	16	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	19	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
6	19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7	19	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8	20	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
9	20	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	21	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
11	21	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12	22	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14	24	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
15	24	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	26	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
17	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	27	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
19	27	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
20	27	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
21	28	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
22	28	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
23	30	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
24	30	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
25	30	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
26	30	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
27	30	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
28	31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29	31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
30	32	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
31	32	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
32	33	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
33	34	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	35	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
35	36	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
36	38	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
37	38	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
38	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39	40	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
40	40	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

41	40	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
42	40	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
43	40	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
44	40	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
45	40	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
46	41	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
47	41	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
48	41	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
49	41	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	42	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
51	42	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	43	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
53	43	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
54	44	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
55	45	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
56	47	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
57	47	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
58	48	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
59	48	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
60	49	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
61	50	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
62	50	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
63	50	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
64	51	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65	53	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
66	53	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
67	53	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
68	53	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
69	54	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
70	55	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
71	55	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
72	56	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
73	57	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
74	58	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75	58	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
76	58	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
77	59	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
78	60	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
79	61	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
80	61	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
81	62	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
82	62	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
83	63	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
84	63	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
85	64	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
86	65	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
87	66	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
88	67	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

89	68	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
90	69	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91	70	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
92	71	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
93	72	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
94	74	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
95	74	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
96	75	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
97	78	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
98	81	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
99	84	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
100	86	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
		43	57	36	25	4	13	4	9	40	13	4	4	6	27

Table des illustrations

Figure 1 : Tablette médicale mésopotamienne : « S'il touse et que les mouches fuient son crachat : il mourra. » Source : <i>British Museum</i>	28
Figure 2 : Représentation du dieu Nergal	29
Figure 3 : Foie divinatoire. Source : <i>British Muséum</i>	32
Figure 4 : le papyrus d'Ebers. Source : <i>Université de Leipzig, Allemagne</i>	34
Figure 5 : le papyrus gynécologique de Kahoun. Source : <i>University College London</i>	34
Figure 6 : Prothèse d'orteil. Source : <i>musée égyptien du Caire</i>	35
Figure 7 : Représentation de Hesy-Rê, grand des médecins sous le règne de Djeser. Source : <i>Musée du Caire</i>	36
Figure 8 : L'école d'Athènes, 1511, par Raphaël. Source : <i>musée de Rome</i>	38
Figure 9 : Portrait d'Hippocrate	42
Figure 10 : Représentation des quatre humeurs hippocratiques. Source : <i>Musée canadien de l'histoire</i>	44
Figure 11 : Aryballe à figures rouges. Source : <i>Musée du Louvre</i>	51
Figure 12 : Portrait de Galien. Source : <i>Larousse</i>	55
Figure 13 : Galien pratiquant un acte de chirurgie. Source : <i>Canon medicinae par Avicenne, 1595</i>	56
Figure 14 : Vivisection sur un porc par Galien. Source : <i>Galieni librorum prima classis naturam corporis humani</i>	57
Figure 15 : Représentation d'une salle d'opération dans une clinique où l'on opère suivant les principes chirurgicaux de Galien. Source : <i>musée médical Bayezid II</i>	58
Figure 16 : Moine copiste. Source <i>manuscrit du XVIème siècle des grandes chroniques de Frances, bibliothèque de France</i>	61
Figure 17 : Représentation de la toilette au Moyen-Age. Source : <i>Manuscrit de Valerius Maximus</i>	65
Figure 18 : Représentation d'un Disputatio. Source : <i>Oratoire du Louvre</i>	68
Figure 19 : Le docteur Schnabel, médecin soignant la peste. Source : <i>gravure allemande du XVIIe siècle (SIPA)</i>	70
Figure 20 : Melencolia I, gravure sur cuivre d'Albrecht Dürer datée de 1514	73
Figure 21 : Etude du fœtus humain par Léonard de Vinci. Source : <i>Windsor Castle, Royal Library</i>	74
Figure 22 : Etude de la physique de l'œil par De Vinci	75
Figure 23 : Planches anatomiques par Vésale. Source : <i>De humani corpori fabrica</i>	76
Figure 24 : Rhinoplastie. Source : <i>Chirurgia nova de nasium, aurium, labiorumque defectu per insitionem cutis ex humero par Gaspare Tagliacozzi, 1597</i>	79
Figure 25 : Prothèses de jambe : Pour les pauvres (à gauche), pour les riches (à droite). Source : <i>Les Œuvres, Ambroise Paré, 1575. Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine</i>	81
Figure 26 : Etude de la mécanique du corps. Source : <i>De Motu animalium par Borelli</i>	86
Figure 27 : Accouchements aux forceps. Source : <i>L'art de l'accouchement, Baudelocque</i>	88
Figure 28 : Différentes positions du foetus lors de l'accouchement. Source : <i>Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées, Mauriceau, 1675</i>	89

Figure 29 : Saignée. Source : <i>Nuova et utilissima prattica di tutto quello ch'al diligente barbiero s'appartiene divisa in due libri</i> , Cintio d AMATO, 1671.....	95
Figure 30 : Lavement avec un clystère. Source : <i>Appendix... ad Armamentarium chirurgicum</i> SCULTETUS, Johannes, 1671.....	95
Figure 31 : Séance de magnétisme par Mesmer. Source : <i>anonyme</i> , 1784.....	96
Figure 32 : L'embaras d'un médecin de village, peinture de Lasch.	97
Figure 33 : Une visite à l'hôpital. Source <i>Gravure de Luis Jimenez Aranda</i> , 1894.	102
Figure 34 : L'Empirique, lithographie du XIXème siècle. Source : <i>Ph. Musée des arts et traditions populaires.</i>	110

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition du nombre de patients en fonction de la classe d'âge	122
Tableau 2 : Répartition Hommes – Femmes sur un échantillon de 100 patients.....	123
Tableau 3 : Répartition fumeurs versus non-fumeurs	124
Tableau 4 : Nombre de fumeurs dans chaque catégorie d'âge.....	125
Tableau 5 : Pourcentage de fumeurs constituant chaque classe d'âge.....	126
Tableau 6 : Nombre de fumeurs en fonction de l'âge et du sexe.....	127
Tableau 7 : Répartition des patients consultant pour une maladie chronique versus non chronique	128
Tableau 8 : Nombre de patients par catégorie d'âge consultant pour une maladie chronique.....	129
Tableau 9 : Répartition du taux de patients atteints de maladies chroniques en fonction de la classe d'âge et du genre.....	130
Tableau 10 : Répartition des maladies chroniques détaillées en fonction de la classe d'âge.....	131
Tableau 11 : Taux de patients atteints de telle pathologie chronique en fonction de l'âge.....	132
Tableau 12 : Pourcentage de patients consultants pour une pathologie aigüe.....	133
Tableau 13 : Répartition des maladies aiguës en fonction de la classe d'âge.....	134
Tableau 14 : Répartition du taux de patients atteints de maladies aiguës en fonction de la classe d'âge	135
Tableau 15 : Répartition du taux de patients atteints de maladies aiguës en fonction de la classe d'âge et du genre.....	136
Tableau 16 : Répartition des maladies aiguës détaillées en fonction de la classe d'âge	137
Tableau 17 : Répartition de la population française en 2014 selon l'âge.	138
Tableau 18 : Répartition de la population française en 2013 par sexe et par classe d'âge, hors Mayotte. <i>Source INSEE.</i>	139
Tableau 19 : Proportion de fumeurs quotidiens en France en 2010, suivant l'âge et le sexe. <i>Source : baromètre de Santé 2010, INPE.</i>	140
Tableau 20 : Prévalence de l'HTA en France selon l'âge et le sexe. <i>Source CREDES</i>	141
Tableau 21 : Prévalence du diabète en France en fonction de l'âge et du sexe. <i>Source : Régime général de l'assurance maladie.</i>	143
Tableau 22 : Taux de fréquentation annuelle en fonction de l'âge	145
Tableau 23 : Le patient a-t-il besoin d'un médicament pour être soulagé ?	146
Tableau 24 : Ressenti du patient sur l'aide physique et psychologique du médecin .	147
Tableau 25 : Taux par âge de personnes ayant déjà consulté en se sachant non malades.....	148
Tableau 26 : Taux de personnes pratiquant l'automédication en fonction de l'âge	149
Tableau 27 : Usage des « médecines non conventionnelles » en fonction de l'âge ...	150
Tableau 28 : Nombres de personnes pensant que la médecine parallèle peut se substituer à la médecine conventionnelle en fonction de l'âge.....	151
Tableau 29 : Perception d'un meilleur soin en fonction de la durée de la consultation	152

Tableau 30 : Nombres de patients par classe d'âges estimant pouvoir tout dire à leur médecin.....	153
Tableau 31 : nombre de patients par âge s'exprimant plus librement avec leur guérisseur.....	154
Tableau 32 : nombre de patients ayant changé de médecin par défaut d'écoute.....	155
Tableau 33 : Quelle qualité vous semble la plus importante chez un médecin généraliste ?	157

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 ne 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 serai 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.

Aurianne BAUDAT RAVAUD

**ETUDE HISTORIQUE ET OBSERVATIONNELLE DU ROLE DU MEDECIN
DANS SA SOCIETE A TRAVERS LE REGARD DE SON PATIENT, DE
L'ANTIQUITE A NOS JOURS**

Résumé :

Cette thèse traite de l'analyse des rapports entre médecin et patients depuis la naissance des civilisations. Nous analysons dans une première partie les progrès de la médecine qui ont amené une évolution humaine et sociologique des patients au cours des siècles. Cette analyse historique nous a permis une compréhension plus globale de la considération des patients, envers leur médecin généraliste, à la Belle Epoque et à l'époque qui nous est contemporaine. Dans notre seconde partie, forts des résultats de la première, nous avons adopté une démarche statistique qualitative, permettant de caractériser les attentes et la vision d'une patientèle dans le cas d'un cabinet de médecine générale à Cambes (46). Comparées à des données nationales, notre démarche validée nous a permis de comprendre le ressenti des patients en fonction de leur classe d'âge et leur genre. Dans une troisième partie, nous avons dégagé quelques éléments de réflexions issus des deux premières parties, et ainsi de nous interroger sur le rôle du médecin généraliste d'un point de vue philosophique. Ce travail a permis de cartographier, sur un échantillon représentatif, les bonnes pratiques du médecin généraliste résultant des considérations passéistes et contemporaines.

Mots-clés : médecin généraliste ; rôle sociétal ; histoire de la médecine.

Abstract :

This thesis deals with connections between a general practitioner (GP) and his patients since the civilization's birth. In a first part, we analyze significant facts of medicine's progresses, which have brought about human and sociological evolutions of patients during centuries. This historical analysis allows us to understand the patients' reflections with their GP, for instance both at the Belle Epoque and nowadays. In a second part, we have adopted a qualitative statistical reasoning used for characterizing waits and views of patients of surgery in Cambes (46). Our method has been compared to national data and has been validated. It demonstrates that it is particularly suitable for analyzing what people think and what people wait for. Furthermore, in a third part, we propose some elements of information about the way of thinking of patients from a philosophical point of view. More generally, this thesis is basically a global method which allows us to characterize the good practices of a GP in a surgery by taking into account feelings of patients.

Keywords : general practitioner; societal role; history of medicine.