

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.159

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Thaïs CORROYER

née le 2 mars 1991 à Nevers

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2018

**L'ENSEIGNEMENT ET LA PRATIQUE MÉDICALE DE
L'ANCIEN RÉGIME A LA RÉVOLUTION FRANÇAISE**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Claude LE NEEL

Remerciements

*A Monsieur le Professeur Rémy Senand,
Pour avoir accepté de présider ce jury.*

*A Monsieur le Professeur Jean-Claude le Néel,
Pour avoir accepté de diriger cette thèse
Pour la disponibilité dont vous avez fait preuve tout au long de l'année.*

*A Monsieur le Professeur Christian Agard,
Pour avoir accepté de siéger dans ce jury.*

*A Monsieur le Professeur Guillaume Meurette,
Pour avoir accepté de siéger dans ce jury.*

*A Monsieur le Docteur Gilles Reignier,
Pour avoir accepté de siéger dans ce jury
Pour ton implication en temps que maître de stage.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : LA MÉDECINE AVANT LA RÉVOLUTION FRANÇAISE	9
A. Les Médecins	9
1. L'Éducation médicale avant le XIIIe siècle	9
2. Naissance des Universités	11
3. Les études médicales	13
a. Les examens	13
b. L'enseignement	16
4. La pratique médicale	17
a. Répartition géographique	17
b. L'exercice de la médecine	19
c. Les différentes carrières médicales	19
5. Evolution au XVIIIe siècle	20
a. Les avancées de la Renaissance	20
b. Une volonté de réformer l'enseignement : l'Édit de Marly	21
c. L'enseignement extra-universitaire	22
d. La Société Royale de Médecine	23
B. Les Chirurgiens	24
1. La chirurgie avant la Confrérie de St Côme	24
2. La Confrérie de Saint Côme et Saint Damien	24
3. Les études chirurgicales	25
4. Querelles entre barbiers, chirurgiens et médecins	28
5. Evolution au XVIIIe siècle	30

C. Les autres acteurs du monde médical	32
1. Les empiriques	32
2. Les apothicaires	33
3. Les sages-femmes	33
D. Les hôpitaux	36
1. Les hôpitaux civils	36
2. Les hôpitaux militaires	38
3. La médecine navale	39
4. L'enseignement hospitalier	40
DEUXIÈME PARTIE : LES BOULEVERSEMENTS DE LA RÉVOLUTION FRANÇAISE	43
A. La disparition de l'Ancien Régime	43
1. Une Révolution à plusieurs niveaux	43
a. Politique	43
b. Territorial et administratif	44
c. Religieux	44
d. Éducation	46
2. Réorganisation de la profession médicale	47
a. Proposition de la Société Royale de Médecine en 1790	47
b. Suppression de l'enseignement médical et Loi Le Chapelier	51
c. Guerres civiles et extérieures	52
B. Création des trois Écoles de Santé	54
1. Le rapport de Fourcoy	54
2. Le décret du 4 Décembre 1794	55

3.	L'École de Santé de Paris	56
a.	Les élèves	56
b.	L'enseignement	57
c.	L'École Pratique de Dissection	59
d.	Les examens	59
4.	Les formations parallèles	60
C.	La Loi du 10 mars 1803	62
1.	Une réforme nécessaire	62
2.	Création de deux catégories de praticiens	63
3.	Le charlatanisme	66
D.	La médecine hospitalière	68
1.	Réformes du système hospitalier	68
a.	Politique hospitalière	68
b.	Médicalisation des hôpitaux	69
c.	Les religieuses Hospitalières	70
2.	Création de l'Externat et de l'Internat de Paris	71
a.	L'Externat	72
b.	L'Internat	73
c.	Une formation élitiste	74
3.	La médecine militaire	75
TROISIÈME PARTIE : ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE AU		
XIXe SIÈCLE		77
A.	L'enseignement médical	77
1.	Retour de l'Université	77
2.	L'enseignement Universitaire	79
3.	La Faculté de Médecine de Paris	80

4. L'enseignement hospitalier	81
5. L'enseignement libre	82
B. L'essor médical	84
1. Les avancées médicales	84
a. La médecine anatomo-clinique	84
b. La médecine de laboratoire	87
c. L'hygiène et la santé publique	89
d. La chirurgie	90
e. La chimie	92
2. Naissance des spécialités	92
3. L'exercice médical	94
4. Autres professions médicales	96
a. Les pharmaciens et herboristes	96
b. Les sages-femmes	97
c. Les dentistes	98
5. Féminisation de la profession médicale	99
6. Diffusion des connaissances médicales	100
a. Développement de la presse médicale	100
b. Les Sociétés Savantes	101
CONCLUSION	103
BIBLIOGRAPHIE	105
ANNEXES	110

INTRODUCTION

Les origines de l'enseignement médical en France remontent à l'Antiquité.

En Mésopotamie et en Égypte Antique, des médecins-prêtres enseignent et soignent au sein de Temples. Le savoir est transmis de maître à élève, oralement ou par écrit au moyen de tablettes ou papyrus.

Dans la Grèce Antique, Hippocrate (460-377 avant J.-C. environ) fonde sa propre École à l'origine du *Corpus Hippocraticum*, ensemble d'une soixantaine de textes didactiques correspondant à son enseignement. La médecine hippocratique repose sur une base rationnelle détachée de la religion. Hippocrate développe ainsi une approche clinique transmise par apprentissage, où l'éthique est au centre de la relation avec le patient.

Une École de médecine se développe à Alexandrie sous le règne de Ptolémée II, au IIIe siècle avant JC. La réalisation de dissections humaines jusque là interdites font de l'École un centre renommé d'anatomie, dont les médecins les plus célèbres sont Hérophile et Erasistrate.

La médecine grecque est diffusée au sein de l'Empire Romain après sa création en 27 avant JC. Différents courants de pensée émergent, donnant lieu à la formation de « sectes », réunions de médecins grecs instruits.

Galien (129-216) est un des plus grands médecins de l'Antiquité. Médecin grec né et formé à Pergame en Asie Mineure, il exerce à Rome. Il réalise de nombreuses dissections d'animaux. Son œuvre immense est une synthèse de la médecine hippocratique et des acquis de l'École d'Alexandrie.

Le XIIIe siècle, durant lequel apparaissent les premières Universités, constitue un tournant dans l'enseignement de la médecine en France. Jusqu'au XVIIe siècle, la conception galiénique des maladies et ses descriptions anatomiques constituent le socle des Facultés de médecine.

La Révolution Française met à bas en quelques années la formation et la pratique médicale de l'Ancien Régime, ouvrant la voie à un système entièrement réformé.

L'expression « Ancien Régime » est utilisée à partir de 1789 par les députés de l'Assemblée Constituante pour désigner le régime socio-politique en vigueur jusqu'en 1789. Cette expression est popularisée par Alexis de Tocqueville dans son ouvrage paru en 1856, *L'Ancien Régime et la Révolution*. L'acte de naissance de l'Ancien Régime varie selon les historiens entre le XVIe et le XVIIe siècle ; selon les sources, son origine remonte au règne de François Ier (1515-1547), ou à celui de Louis XIV à partir de 1661.

Dans notre travail, nous avons utilisé les termes d'« Ancien Régime » pour désigner les cinq siècles précédant la Révolution Française, période durant laquelle la formation et la pratique de la médecine varient peu.

Ce sont les conséquences de la Révolution Française sur l'enseignement et la pratique de la médecine qui constituent le thème de ce travail, organisé en trois parties. Dans un premier temps, nous détaillerons les pratiques médicales sous l'Ancien Régime. Nous nous intéresserons ensuite aux réformes révolutionnaires, avant de conclure sur l'évolution médicale que connut le XIXe siècle.

PREMIÈRE PARTIE : LA MÉDECINE AVANT LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

A. LES MÉDECINS

1. L'Éducation médicale avant le XIIIe siècle

Après la chute de l'Empire Romain d'Occident en 476, les invasions se multiplient en Europe. On y parle alors un dialecte, mélange de plusieurs langues. Le latin est utilisé dans les textes savants mais très peu connu de la population, majoritairement illettrée.

Ce sont principalement les clercs qui maîtrisent cette langue. Relativement préservés des agressions dans les monastères, ils se livrent à une importante activité de copie des textes médicaux antiques, souvent parcellaires. Le développement du monachisme à partir du VIe siècle accentue l'isolement de la connaissance médicale à la société religieuse (1).

Durant la première partie du Moyen Age, entre le VIe et le XIe siècle, l'enseignement médical est donc essentiellement monastique, favorisé par les mesures édictées par l'Empereur Charlemagne (742-814). Cette médecine rudimentaire transmise entre moines se cantonne aux devoirs de la charité chrétienne et ne cherche pas à faire progresser les connaissances médicales. La maladie est perçue comme un châtement divin et donc une fatalité.

En thérapeutique, sont utilisées les plantes médicinales, cultivées au sein des couvents dans les « jardins de simples », les saints guérisseurs au travers des prières et des pèlerinages, ainsi que les reliques sacrées.

Dans les campagnes, la pratique médicale est entre les mains d'une multitude de guérisseurs et de médecins de fortune formés par apprentissage pratiquant à la fois médecine et chirurgie.

A partir du Xe siècle, au moment où la médecine régresse en Occident, on assiste au contraire à son développement dans les pays islamiques.

Les médecins les plus connus sont Rhazès (IXe siècle) et Avicenne (Xe siècle) en Perse, ou encore Averroès (XIIe siècle) en Espagne (2).

Ces derniers sont à l'origine d'une œuvre majeure en langue arabe, inspirée des connaissances antiques d'Hippocrate et de Galien.

Les traductions de leurs écrits en latin à partir du XIe siècle par Constantin l'Africain et Gérard de Crémone permettent la diffusion du savoir de l'Orient vers l'Occident. De nombreux médecins juifs, servant d'intermédiaire entre les mondes islamique et chrétien, transmettent à leur tour en Europe grâce à leurs transcriptions les connaissances des médecins arabes.

Les traductions de ce savoir médical arabo musulman influencent durablement la médecine occidentale du Moyen Age ; certains ouvrages sont mis au programme des premières Universités à partir du XIIIe siècle. Par l'intermédiaire de la littérature médicale arabe, l'Occident redécouvre ainsi le savoir médical antique.

L'École de Salerne, située en Italie du Sud à côté de l'abbaye du Mont Cassin, près de Naples, se développe à partir du XIe siècle et connaît son apogée au cours du XIIe siècle. Placée sous le patronage de Saint Matthieu, ce foyer intellectuel accueille de nombreux médecins et étudiants d'origine diverse, sans discrimination religieuse ni de sexe. La majorité des enseignants sont des laïcs et non des clercs.

Salerne doit sa renommée à la qualité de son enseignement, basé sur les textes antiques et arabes, et à la place tenue par la formation pratique. Les diplômes délivrés sont reconnus de façon universelle. Outre la médecine, les étudiants apprennent le droit et la philosophie (3).

Contrairement au cercle fermé des couvents, l'École de Salerne se caractérise par une grande ouverture d'esprit et se montre réceptive aux découvertes médicales. L'ouvrage majeur issu de cette École est le *Régime de santé* ou *Regimen sanitatis salernitanum* qui comprend des règles d'hygiène de vie et sera un pilier de la médecine médiévale (4).

A partir du XIII^e siècle et le développement des premières Universités, l'influence de Salerne s'estompe. L'École perdure néanmoins durant l'Ancien Régime, avant de disparaître officiellement au début du XIX^e siècle, supprimée par Napoléon en 1811 (5).

A l'exception de l'École de Salerne, le savoir médical au XII^e siècle reste essentiellement entre les mains des religieux. Dans les couvents, les clercs recopient les textes et deviennent praticiens. Certains passent de la charité chrétienne à une médecine rémunérée et acquièrent une richesse et un prestige non négligeables (6).

Dans ce contexte, l'Église interdit l'exercice de la médecine aux clercs dès le début du XII^e siècle lors de plusieurs Conciles (Clermont en 1130, Latran II en 1139, Tours en 1163) en déclarant « *Ecclesia abhoret a sanguine* » : « l'Église a horreur du sang ».

Comme nous le verrons par la suite, de telles mesures n'entraînent pas pour autant une disparition de la médecine monastique, mais facilitent l'émergence d'une médecine laïque dite scolastique, enseignée dans les Universités. Cette médecine reste durant de nombreux siècles étroitement liée à la religion et aux philosophes de l'Antiquité.

2. Naissance des Universités

Les Universités voient le jour au XII^e siècle. La première à apparaître en Europe est l'Université italienne de Bologne en 1188 (1). Les Universités regroupent quatre Facultés catholiques : théologie, droit, arts et médecine qui sont étroitement liées à l'Église.

La Faculté de médecine française la plus ancienne est celle de Montpellier, dont les premiers statuts sont édictés par le Cardinal Conrad en 1220, mais existant sous forme d'École dès le XII^e siècle (7). L'Université proprement dite regroupant l'École de droit, la Faculté des arts et la Faculté de médecine, est officialisée en 1289.

L'Université de Paris est organisée en 1215 par le Pape Innocent III sous le règne de Philippe Auguste, et initialement dédiée à la théologie et aux arts. La Faculté de Médecine y est individualisée en 1274 (8).

On distingue deux vagues de créations d'Universités ; une première au cours des XIIIe et XIVe siècles, et une deuxième vague aux XVe et XVIe siècles sous l'influence monarchique avec la création notamment de Bordeaux et Nantes (9).

A la veille de la Révolution on dénombre 35 Universités dont 22 Facultés de médecine mais toutes n'ont pas une activité continue durant l'Ancien Régime.

A sa création en 1461, l'Université de Nantes compte 42 étudiants en théologie, 27 en droit, 4 en arts et 4 en médecine. Entre 1571 et 1643, l'Université de Nantes a formé 86 juristes, 53 théologues et 32 médecins (10).

Les Universités de Paris et Montpellier ont une excellente renommée et attirent des étudiants de la France entière. Quelques Universités de province sont réputées au niveau régional, notamment Toulouse, mais la plupart ne délivrent qu'un enseignement de qualité médiocre et irrégulier. Certaines ne proposent qu'une seule branche, par exemple le droit à Dijon et Pau. D'autres ont une existence uniquement théorique et les cours y sont inexistantes (11).

Au XIIIe siècle, les étudiants sont des clercs. Jusqu'en 1452, les médecins portent la tonsure et ont obligation de célibat. A partir du XIVe siècle, les religieux sont progressivement remplacés par des laïcs, et l'enseignement est petit à petit interdit aux prêtres. Néanmoins, l'Église garde le contrôle exclusif de la Faculté. Pour s'inscrire, les élèves doivent présenter leur certificat de baptême et être de religion catholique. Tous les non catholiques et les femmes sont exclus de la médecine.

3. Les Études Médicales

a. Les examens

Pour entreprendre des études médicales sous l'Ancien Régime, il faut être très instruit et suivre un cursus long et coûteux.

La durée des études, le contenu de l'enseignement et des examens varient énormément d'une Faculté à l'autre. Le cursus médical détaillé ci dessous est celui de la Faculté de Paris au XVIIIe siècle. La Faculté de Montpellier, dont le cursus varie peu, se distingue toutefois de sa rivale parisienne par la qualité de sa formation pratique. Elle dispose à partir de 1551 d'un amphithéâtre d'anatomie. L'enseignement y est plus ouvert que dans la capitale et l'emprise de l'Église moindre.

Ces deux Facultés sont les principaux lieux du savoir médical en France sous l'Ancien Régime.

L'ouverture des Facultés de Médecine se fait le 18 Octobre, jour de la Saint Luc, Saint Patron des médecins. L'année universitaire est répartie sur deux semestres. Les professeurs, nommés « docteurs-régents », exercent leurs fonctions par périodes de deux ans. Ils sont peu nombreux, sept ou huit pour Paris.

Les cours portent sur la pathologie, les matières médicales, la physiologie, la pharmacie, l'anatomie.

Dans un premier temps et par manque de locaux, les cours ont lieu dans l'Église des Mathurins ou à Notre-Dame de Paris, puis à partir de 1470 et jusqu'à la Révolution, la Faculté s'installe rue de la Boucherie, sur la rive sud de la Seine (12).

Pour entrer en Faculté de Médecine, il faut être en possession d'un diplôme de maître-ès-arts obtenu après l'étude de la philosophie ou des humanités pendant au minimum deux ans.

Les grades délivrés et obtenus successivement sont le baccalauréat, la licence et le doctorat. Les épreuves pour y parvenir sont longues, compliquées et très formelles. Elles donnent lieu à des cérémonies fastueuses, que Molière tournera en ridicule.

Lors du passage de chaque grade, les étudiants soutiennent des thèses. Celles-ci sont de deux sortes : *quodlibétaires* (composées de questions choisies au hasard devant être résolues par l'affirmative ou la négative) et *cardinales* (portant sur une matière majeure et nommées ainsi en mémoire du cardinal d'Estouteville qui les instaura en 1452). Ces thèses sont rédigées en latin et imprimées. Elles ne comportent parfois que quelques pages.

Lors des examens, les thèses sont débattues oralement devant le jury durant plusieurs heures. Le passage de chaque examen se termine par un buffet aux frais du candidat. Les sujets de thèse portent sur quatre thèmes principaux : hygiène, physiologie, thèse médico-chirurgicale et thèse pratique. La plupart des sujets sont sans grand intérêt scientifique, souvent répétitifs et parfois même fantaisistes.

Comme le souligne Charles Coury, « les interrogations aussi bien que les thèses représentaient moins un exposé des connaissances du candidat qu'une manifestation plus ou moins brillante d'éloquence latine, confinée dans les limites figées de la doctrine traditionnelle » (13).

- Le baccalauréat :

L'étudiant peut se présenter à l'examen du baccalauréat après quatre années d'étude. Dans un premier temps, le candidat passe une série d'épreuves orales sur quatre jours et portant sur des questions de pathologie, hygiène et anatomie. Puis a lieu le passage des thèses ; celles-ci sont soutenues durant deux matinées. Le futur médecin argumente devant le doyen, les docteurs-régents examinateurs et les autres étudiants. Une fois reçu, le candidat prête serment et reçoit son diplôme de bachelier (14).

- La licence :

Le grade de la licence donne le droit d'entrer dans la corporation et d'exercer la médecine (certaines villes universitaires exigent néanmoins le grade de docteur pour exercer).

La licence se passe trois ans après le baccalauréat. Durant ces trois années, le bachelier donne des cours le matin aux étudiants plus jeunes, tout en poursuivant lui même sa formation théorique l'après-midi.

Comme pour le baccalauréat, l'examen de licence consiste en la présentation de thèses. Une fois reçus et en attendant la consécration par le chancelier, les étudiants sont appelés *licentiades*.

Le dimanche suivant l'examen a lieu *l'acte du paranymphe*. Il consiste en un discours d'éloge dans les locaux de la Faculté et représente symboliquement l'union du licencié à la Faculté. Après ce discours, les étudiants se rendent le lendemain au palais archiépiscopal pour recevoir la licence et la bénédiction apostolique. Les cérémonies se terminent par un banquet offert aux examinateurs.

L'étudiant a maintenant le droit d'exercer la médecine mais est totalement dépourvu de connaissances pratiques ; il doit donc accompagner durant deux ans des docteurs dans leur activité hospitalière ou dans leurs visites afin de se former aux cas pratiques (15). L'examen de licence a lieu tous les deux ans, et un faible nombre d'étudiants est reçu durant la période de l'Ancien Régime.

- Le doctorat :

Il s'agit d'un grade nécessaire pour devenir membre de la Faculté et y enseigner. On distingue le doctorat dit « *de grand ordinaire* » détaillé ci dessous et le doctorat « *de petit ordinaire* », plus facile à obtenir et valable uniquement en dehors des villes universitaires.

L'examen du doctorat se passe après les deux années de formation pratique et se déroule en plusieurs étapes.

La première est l'*acte de vespéries*, qui consiste en une argumentation sur une après-midi face à un docteur régent ayant au moins dix ans de doctorat.

Une grande cérémonie d'intronisation devant l'ensemble des docteurs et des étudiants conclut ensuite l'examen. Elle commence par l'*acte de régence* durant lequel le candidat présente une thèse *quodlibétaire*.

Puis le nouveau docteur procède à l'*acte pastillaire* dans lequel il se livre à une nouvelle argumentation avec un candidat pendant que le public se voit offrir des dragées.

La cérémonie se termine par les serments à la Faculté, les remerciements et l'octroi du bonnet carré. Le docteur nommé au « *grand ordinaire* » devient ainsi docteur-régent. A partir de là, il siège pendant dix ans au banc des jeunes avant d'être autorisé à passer au banc des anciens.

Le costume officiel porté lors des examens et autres occasions officielles est composé d'une longue robe noire à grandes manches, une épitoge (bande de satin rouge sur l'épaule gauche), et un bonnet carré de drap noir à houppe cramoisie (15).

b. L'enseignement

L'invention de l'imprimerie par Gutenberg au XVe siècle permet la diffusion des livres de médecine. Toutefois ceux-ci restent rares et l'enseignement demeure majoritairement oral. Cela tient à la méthode d'enseignement dite scolastique qui consiste à apprendre, répéter et argumenter un nombre limité de textes.

Cette dernière comporte plusieurs temps : la leçon (*lectio et quaestio*) et la dispute (*disputatio*). La scolastique se résume à une présentation et discussion d'écrits sans apports de connaissances nouvelles (16).

Jusqu'à la fin du XVIIe siècle, la Faculté de Médecine, figée dans un conservatisme religieux, suit peu l'évolution médicale et refuse la nouveauté. Quelques ouvrages classiques gréco-latins et judéo-arabes sont reconnus comme la référence incontestée. Pendant des siècles le savoir médical stagne dans les Universités et toute découverte est condamnée.

L'enseignement se fait en latin et reste entièrement théorique. Les docteurs, habiles orateurs mais très peu efficaces, se refusent à tout acte manuel. L'enseignement pratique est quasi inexistant. Pour les étudiants, il n'y a ni réalisation de dissection ni soins aux patients. Les cours pratiques d'anatomie se résument à des dissections publiques réalisées par le prosecteur sous la direction du magister. Lorsqu'il n'y a pas assez de cadavres disponibles, l'anatomie est enseignée sur planches.

Sous l'Ancien Régime, les études médicales coûtent cher, le coût variant selon les Facultés. On estime qu'il faut déboursier entre six mille et sept mille livres pour un doctorat parisien à la fin du XVIIIe siècle. Les étudiants en médecine sont donc issus majoritairement de familles aisées (médecins, monde judiciaire ou du notariat).

Tout aussi renommée que Paris, la Faculté de Montpellier propose un cursus moins onéreux. Les Facultés de province dont la formation est médiocre sont également à moindre coût et un certain nombre d'étudiants choisissent d'y être diplômés après avoir fait leurs études dans la capitale. De manière générale, peu d'étudiants accèdent au doctorat, une dizaine par an à Paris jusqu'à la Révolution (3).

La Faculté de Médecine de Paris est autonome financièrement, ses revenus provenant de donations et des droits de réception des candidats au doctorat. Sa situation financière est néanmoins précaire, accentuée par le fait qu'un grand nombre d'étudiants choisissent de passer leurs examens en province.

4. La Pratique Médicale

a. Répartition géographique

Sous l'Ancien Régime, la répartition du corps médical est très inégale. Les praticiens s'installent majoritairement en milieu urbain, avec des différences importantes selon la taille des villes. Ces dernières exercent un effet un pouvoir d'attraction sur le plan économique et social et constituent un moyen sûr de se constituer une patientèle régulière.

Les villes sièges d'Université sont celles dans lesquelles on dénombre la plus forte concentration de médecins avec Paris et Montpellier en tête. Cette dernière est la seule Faculté de Médecine du sud de la France et concentre les étudiants de la moitié du pays. Très renommée, elle attire aussi des étudiants de l'ensemble du territoire.

Au XVIIIe siècle, Nantes compte entre 8 et 12 médecins.

Dans les villes sièges de Faculté, il est quasiment impossible de s'installer si on n'y a pas fait ses études, à moins de se faire « recevoir » par les docteurs régents. Ceux ci ont ainsi le double monopole de l'enseignement et de l'exercice médical dans la ville.

Parmi les villes ne possédant pas de Facultés de médecine, les plus importantes comptent en revanche à partir du XVIIIe siècle des Collèges de médecins, véritables « Facultés officieuses ». Ce sont des réunions de praticiens délivrant l'autorisation d'exercer la médecine au sein de la ville. Ils assurent un enseignement régulier mais sans délivrer de diplômes. Pour se faire connaître et exercer dans la cité, un nouveau venu n'a d'autre choix que d'être accepté au sein d'un Collège, souvent après passage d'un examen.

Pierre-François Blin et Guillaume Laënnec (l'oncle de René Théophile Laennec qui inventera le stéthoscope), formés à Montpellier, durent attendre deux ans et déboursier 2400 livres pour repasser le doctorat afin de s'installer à Nantes.

Les populations rurales ont très peu affaire au médecin. Celui ci coûte cher et est rarement implanté en dehors des villes. Les gens font principalement appel au chirurgien, plus proche sur le plan social et culturel, ainsi qu'aux nombreux rebouteurs et guérisseurs, très présents à cette époque.

Sur le plan géographique, le taux de médicalisation est plus faible au Nord qu'au Sud. A cette époque, les étudiants reviennent majoritairement exercer dans leur région d'origine ; l'implantation plus ancienne de la structure universitaire médicale dans le Sud pourrait être un des facteurs expliquant cette répartition (17).

b. L'exercice de la médecine

Avant la Révolution, la médecine est donc majoritairement urbaine. Le médecin consulte à son cabinet et se déplace en visite au sein de la cité, ou de façon plus rare dans les villages environnants. Il peut également faire des consultations à distance et délivrer des ordonnances sans voir le patient, se basant sur les descriptions rapportées par l'entourage. Les honoraires sont très variables selon le lieu et l'époque mais ne suffisent généralement pas à faire fortune.

Les méthodes d'examen sont basées sur l'interrogatoire du malade et de son entourage et l'observation du corps. Le médecin s'intéresse aux urines dont il apprécie la couleur et le goût. A l'exception de la prise du pouls, il n'y a pas d'examen manuel du corps.

Saignées, lavements et purges, bien que peu efficaces, restent jusqu'à la Révolution les thérapeutiques principales. On y associe des règles hygiéno-diététiques, principalement des régimes alimentaires et des diètes.

Les médecins ont à leur disposition une pharmacopée essentiellement végétale, avec nombre de sirops, potions et autres remèdes préparés par les apothicaires.

Cette pharmacopée s'enrichit au XVIIIe siècle avec l'expansion coloniale ramenant en Europe de nouvelles plantes. Parmi elles, l'écorce de quinquina importée d'Amérique du Sud est utilisée pour soigner les fièvres intermittentes. L'ipéca extrait de l'ipécacuanha a des vertus anti diarrhéiques.

c. Les différentes carrières médicales

La plupart des praticiens exercent de façon libre, mais il existe des médecins au service de l'autorité et des communes. Ils sont sollicités pour des missions sanitaires, préventives ou légales (visites des pauvres à l'hôpital, renforts en cas d'épidémies). Ces médecins bénéficient de nombreux avantages en nature, notamment l'exemption de guet.

A Nantes, les médecins des épidémies sont chargés d'inspecter les navires à leur arrivée et à leur départ.

Certains médecins ont un rôle particulier. C'est le cas du premier médecin du Roi. Aussi nommé archiatre, il a un rôle très important à la cour. En charge de la santé du souverain, il lui prête serment de fidélité.

Le médecin du Roi est diplômé de la Faculté de Médecine de Paris ou Montpellier. Il supervise l'équipe médicale de la cour, qui comprend le médecin ordinaire du roi (remplaçant éventuel de l'archiatre), et huit médecins par quartiers, ainsi que des consultants. L'archiatre a un poste à très haute responsabilité, mais en contrepartie largement rémunéré avec de nombreux avantages en nature.

Les médecins hospitaliers sont inégalement répartis selon la taille et l'importance des établissements. La rémunération est faible, voir inexistante, les hôpitaux n'ayant que de faibles revenus. Toutefois, pour ces médecins ayant une activité libérale en parallèle, le bénévolat en hôpital est un bon moyen de gagner la confiance et l'estime de la population.

5. Evolution au XVIIIe siècle

Même s'il faut attendre la Révolution Française pour assister à une refonte du système, on note à partir de la fin du XVIIe siècle un intérêt croissant pour l'enseignement et la pratique de la médecine. Une partie du monde médical prend conscience des faiblesses de l'enseignement et de la nécessité de réformes. L'intérêt de la monarchie se traduit par une série de mesures visant à réformer le système médical.

a. Les avancées de la Renaissance

Au cours des dix siècles que dure le Moyen Age, la médecine évolue peu et reste dominée par la théorie galiénique des humeurs.

La Renaissance, période de renouveau culturel et intellectuel, met en place les fondements de la médecine moderne. La diffusion des connaissances est favorisée par la découverte de l'imprimerie et l'ouverture de nouvelles voies maritimes. L'anatomie se développe du fait de l'implication d'artistes tels Léonard de Vinci, Raphaël ou encore Michel-Ange qui réalisent de nombreuses dissections pour étayer leurs œuvres.

Andréas Vesal, dit Vésale (1514-1564), père de l'anatomie moderne, conteste les travaux de Galien dans son ouvrage majeur *De humani corporis fabrica* (*De la fabrique du corps humain*) paru en 1543. Ce dernier est divisé en sept parties consacrées successivement aux os, aux muscles, à l'appareil vasculaire, au système nerveux, aux organes de l'abdomen et du thorax et à l'anatomie du cerveau (2).

Renversant un véritable dogme, Vésale est l'objet de virulentes critiques. Ses travaux marquent la naissance d'une école anatomique ; à la fin du XVI^e siècle, la quasi-totalité de ce savoir est constitué.

Le XVII^e siècle est marqué par les découvertes du médecin anglais William Harvey (1578-1657) qui démontre le mécanisme de la circulation sanguine en 1627. Il remet ainsi en question la théorie de Galien selon laquelle le sang circule directement d'un ventricule à l'autre (18).

b. Une volonté de réformer l'enseignement : l'Édit de Marly

Au XVIII^e siècle, Paris et Montpellier restent les deux Universités de référence et sont les seules avec celle de Strasbourg à assurer un enseignement régulier et complet. La qualité de la formation des Facultés de province est souvent médiocre, et les diplômes y ont peu de valeur. Seul le doctorat délivré par la Faculté de Paris est reconnu dans la capitale et l'ensemble du royaume.

Sous le règne de Louis XIV, l'Édit de Marly promulgué en 1707 a pour but de réglementer et d'unifier l'enseignement médical. Les articles portent sur la codification des études et des examens, l'assiduité aux cours des étudiants et des professeurs, l'obligation d'enseigner l'anatomie et la lutte contre le charlatanisme, très répandu à l'époque.

Néanmoins, cet Édit est très peu appliqué en province et à la veille de la Révolution, l'enseignement et la pratique médicale restent inégalitaires dans le pays. L'écart est majeur entre les docteurs-régents des villes de Faculté, ceux rattachés à un collège de médecins, et le reste des docteurs et les simples licenciés.

c. L'enseignement extra-universitaire

Le XVIII^e siècle est marqué par un état d'esprit novateur influencé par le mouvement des Lumières visant à remplacer l'étude des textes de l'Antiquité par une médecine clinique centrée sur le malade. La Faculté de Médecine n'a plus le monopole de l'enseignement ; le développement de la presse médicale et la multiplication des enseignements libres favorisent l'ouverture d'esprit. Certains médecins commencent à remettre en cause la formation classique purement théorique.

Les institutions nationales extra-universitaires dépendant du pouvoir royal assurent des cours publics et gratuits. Ces institutions laïques permettent l'enseignement de disciplines ignorées à la Faculté dont elles sont les principales rivales.

Un des premiers organismes est le *Collège Royal* ; fondé en 1530 par François Ier, il propose un enseignement de l'anatomie, de la chirurgie, de la pharmacie et de la botanique.

Le Jardin du Roi créé en 1630 comprend un jardin botanique consacré à la culture des plantes médicinales ; il devient en 1793 le Muséum National d'Histoire Naturelle. En 1671, des chaires de pharmacie, d'anatomie et de chirurgie y sont créées. En 1675, les enseignants du *Jardin du Roi* reçoivent de Louis XIV l'autorisation d'y enseigner la doctrine harveyenne, malgré l'opposition de la Faculté.

Les cours libres se développent à la fin du XVII^e siècle ; des professeurs parisiens dispensent, souvent à leur domicile, un enseignement privé payant qui attire de nombreux étudiants. Les cours, orientés sur la pratique et mieux organisés que ceux de la Faculté, portent sur la chirurgie, l'anatomie, la botanique.

Dans les villes où il n'existe pas de Facultés, des Collèges de médecins assurent un enseignement souvent de bonne qualité et délivrent l'autorisation d'exercer la médecine, même si la Faculté garde le monopole de la délivrance des grades universitaires.

d. La Société Royale de Médecine

En 1776, la Société Royale de Médecine est créée sur l'initiative de Joseph Marie François de Lassone, médecin de Louis XVI, et Félix Vicq d'Azyr, qui en sera le secrétaire perpétuel.

Félix Vicq d'Azyr (1748-1794), personnage majeur du monde médical du XVIII^e siècle est un docteur régent de la Faculté de médecine de Paris et professeur d'anatomie au Jardin du Roi. De part l'importance de ses travaux, il est élu membre de l'Académie Française en 1788 et devient médecin de la Reine Marie-Antoinette l'année suivante.

Vicq d'Azyr est l'auteur de nombreux écrits notamment le « *Dictionnaire anatomique* » de l'Encyclopédie méthodique. Œuvrant jusqu'à sa mort en faveur d'une réforme de l'enseignement médical, il est à l'origine du *Nouveau Plan de Constitution pour la Médecine en France* en 1790, dont nous détaillerons l'importance plus loin.

Le but premier de la Société Royale de Médecine est l'étude des épidémies et épizooties grâce à un réseau de correspondants disséminés sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit d'avoir une meilleure connaissance des maladies pour prévenir leur apparition et faire baisser la mortalité (19).

Des questionnaires portant sur les conditions climatiques (température, précipitations, pression atmosphérique et autres données météorologiques) ainsi que sur les maladies observées selon les saisons sont envoyés aux médecins provinciaux (20). Ceux ci sont nombreux à répondre et ce sur plusieurs années permettant un vaste recueil de données.

Rapidement, la Société dépasse son but premier et devient une institution de formation permanente permettant la diffusion de nouvelles méthodes médicales. La Société publie entre 1776 et 1789 dix volumes intitulés « *Histoire et Mémoires de la Société Royale de Médecine* » (21).

A la veille de la Révolution, c'est au sein de la Société Royale de Médecine, qui regroupe de jeunes praticiens ouverts à l'innovation que l'on réfléchit aux possibles réformes de l'enseignement décadent et rigide de la Faculté.

B. LES CHIRURGIENS

1. La chirurgie avant la Confrérie de Saint Côme

Au début du XIII^e siècle, l'Église interdisant aux médecins le travail manuel, on assiste à la séparation des médecins, chirurgiens et apothicaires, ces trois professions étant auparavant confondues.

Désormais, tout ce qui concerne la pratique médicale, aussi bien le rasage que l'amputation relève de la chirurgie. On fait alors appel au « barbier », qui tient le rôle de chirurgien, barbier, coiffeur, dentiste (15). Avant la création de la Confrérie de Saint Côme, il n'y a donc pas de distinction entre barbiers et chirurgiens.

A cette époque, les futurs chirurgiens se forment par apprentissage chez un maître. Il n'existe pas d'écoles de chirurgie.

Jean Pitard, premier chirurgien de Saint Louis, demande la réunion des chirurgiens au sein d'une confrérie réglementée ; ceci marque la création de l'Ordre de Saint Côme et Saint Damien, du nom de deux frères médecins martyrs du III^e siècle.

2. La Confrérie de Saint Côme et Saint Damien

La date de la création de la Confrérie de Saint Côme et Saint Damien diffère selon les sources, entre 1255 et 1268.

Les premiers édits officiels mentionnant son existence sont ceux de Philippe le Bel en novembre 1311. Le texte précise que personne ne peut se livrer à l'art chirurgical sans avoir été examiné par les chirurgiens-jurés du roi placés sous l'autorité de Jean Pitard et reçu le grade de maître (4). Le terme de Collège Saint Côme apparaît à partir du XIV^e siècle.

Il s'agit initialement de la réunion des chirurgiens parisiens les plus instruits voulant transmettre leur savoir et se rapprocher du statut universitaire des médecins. Dès sa formation, des médecins étrangers rejoignent la Confrérie.

Parmi eux, on peut citer Guy Lanfranc, élève de Guillaume de Salicet. Originaire de Milan et ayant eu une formation à la fois médicale et chirurgicale, Lanfranc est l'auteur de plusieurs ouvrages de chirurgie. Il compte parmi ses élèves Henri de Mondeville, futur chirurgien du Roi qui, avec Guy de Chauliac, est un des chirurgiens les plus célèbres du Moyen Age.

Guy de Chauliac, médecin chirurgien formé à Montpellier et à Bologne, fut le chirurgien du Pape Urbain V. Il est l'auteur de la *Grande Chirurgie*, ouvrage majeur qui restera une référence en la matière jusqu'aux écrits d'Ambroise Paré au XVIe siècle.

Pour se distinguer des barbiers, les membres de la Confrérie prennent le nom de chirurgiens de robe longue, ou maîtres chirurgiens-jurés. Ils portent la robe longue et bonnet carré. Leur enseigne comporte trois boîtes d'argent sur fond azur, les bannières des deux Saints Côme et Damien et la devise « *consilioque manuque* » (« *par l'habilité et la main* »). Une fleur de lys est rajoutée à partir du XVIIe siècle (15).

La Confrérie appartient au Corps royal des Arts et Métiers ; comme toutes les professions corporatives existant sous l'Ancien Régime, la structure est très réglementée et hiérarchisée (à l'inverse des métiers dits libres, donc non incorporés). La corporation est dite « jurée » car pourvue de lettres patentes royales. On y trouve des compagnons et apprentis, et à leur tête des « maîtres jurés », élus par leurs pairs. Chaque règle de fonctionnement est définie dans un règlement. C'est une profession manuelle et l'enseignement y est dès le début centrée sur la pratique, s'opposant à la formation purement théorique des médecins.

3. Les études chirurgicales

Après la création de la Confrérie, l'enseignement chirurgical reste pendant plusieurs années peu organisé. Comme pour l'enseignement de la médecine, il existe des disparités entre les villes et les campagnes.

Les chirurgiens sont d'abord apprentis puis compagnons et enfin maîtres. Ce sont des artisans regroupés en communautés. On trouve des communautés dans près de quatre cents villes du royaume.

Au XVIII^e siècle, les régions ayant le plus de communautés sont l'Île de France, la Normandie et la Champagne. A l'inverse, la Picardie et le Centre sont très peu pourvus. A leur tête se trouve le lieutenant du premier chirurgien du Roi (22).

Au cours du XIV^e siècle, l'enseignement de la chirurgie s'organise mais ne deviendra réellement codifié qu'au cours du XVIII^e siècle. Il faut noter qu'à partir de 1544, les examens se déroulent en latin comme pour les médecins.

En 1731, les « *Statuts et règlements généraux pour les maîtres en chirurgie des provinces du royaume* » uniformisent l'enseignement et la pratique chirurgicale (15). Le but de cet édit est d'améliorer la formation chirurgicale et de développer une chirurgie rurale de qualité. Néanmoins, il persiste une inégalité importante dans la qualité des soins entre la ville et la campagne, conséquence de la différence de formation des praticiens.

La formation diffère selon le futur lieu d'exercice de l'apprenti. On distingue trois possibilités : exercer dans une ville avec une communauté de chirurgiens, une ville sans communauté ou dans un village ou en campagne.

Dans les trois cas, l'étudiant entre très jeune en apprentissage chez un maître qu'il suit dans ses consultations. Ce dernier doit avoir au moins quatre années d'expérience pour former un apprenti. Après son apprentissage, de durée variable, le candidat est présenté à la licence.

A partir de 1772, l'apprentissage chez un maître est remplacé par une formation théorique dans les Collèges ou Écoles publiques de Chirurgie. La durée, entre un et trois ans, varie selon le futur lieu d'exercice.

Avant de passer le grade suivant, la maîtrise, plusieurs années de travail sous la tutelle d'un maître ou dans un hôpital sont exigées. La durée varie entre deux et quatre ans selon le futur lieu d'exercice de l'aspirant chirurgien.

A l'issue de cette formation, le futur chirurgien doit subir l'examen de maîtrise, qui se décline sous plusieurs formes :

S'il se destine à exercer dans une ville avec une communauté de chirurgiens et à devenir chirurgien dit « *interne* », le futur chirurgien doit passer le « *grand chef d'œuvre* », ou « *examen de grande expérience* ». Cette épreuve, se rapprochant de part sa complexité et son coût du doctorat en médecine, est composée d'une série d'examens s'échelonnant sur plusieurs mois (15) :

- Un premier interrogatoire : la tentative ou *examen sommaire*.
- Puis l'*entrée en semaine* ou *examens centraux* : une série d'épreuves portant sur la pratique des saignées, les maladies des os, l'anatomie et autres principes chirurgicaux.
- Enfin le dernier examen dit l'*examen de rigueur* est un acte public ressemblant à une thèse médicale sans en porter le nom. L'examen a lieu devant l'ensemble de la communauté de chirurgiens.

L'aspirant est ensuite nommé maître et prête serment devant le lieutenant du premier chirurgien du roi.

S'il se destine à exercer dans une ville sans communauté, le chirurgien sera dit « *externe* », ou « *de petite expérience* ». L'examen de maîtrise consiste en « *l'examen de légère expérience* ». Les épreuves sont moins nombreuses.

Enfin, pour les futurs chirurgiens de bourgs, villages et campagnes, l'examen dure trois heures, et est souvent une formalité.

Il existe des formations particulières ; les garçons-chirurgiens (ou premiers compagnons) sont des apprentis chirurgiens réalisant leur formation au sein des hôpitaux et non chez un maître. Après six ans de travail, ils passent un examen pour obtenir leur maîtrise. Ce sont les premiers internes des hôpitaux.

D'autres chirurgiens, dit « gagnants maîtrise » acquièrent le grade de maître sans passer d'épreuve s'ils acquièrent une expérience suffisante dans les hôpitaux ou dans l'armée. Apparus en 1676, ils disparaissent au moment de la Révolution.

4. Querelles entre barbiers, chirurgiens et médecins

De part leur durée et complexité, nous ne détaillerons ici que les principaux repères des querelles entre médecins, barbiers et chirurgiens sous l'Ancien Régime.

Par opposition aux chirurgiens de Saint Côme, on appelle les barbiers les chirurgiens de robe courte ou barbiers chirurgiens. Cette appellation apparaît à la fin du XVe siècle. Les premiers statuts officiels des barbiers sont publiés en 1371.

En octobre 1372, les Lettres Patentes royales donnent l'autorisation aux barbiers d'exercer de la petite chirurgie, à savoir en plus des saignées de s'occuper de plaies non vitales, abcès et furoncles (15).

Au XVe siècle, les barbiers se placent sous la coupe de la Faculté de médecine, qui leur délivre des cours d'anatomie et de chirurgie en français. Instruire les barbiers est un moyen détourné pour les médecins, jaloux de leurs privilèges, d'affaiblir les chirurgiens. Les compétences accrues des barbiers leur permettent d'empiéter sur la Confrérie de Saint Côme. En 1505, apparaît le nom de corporation des barbiers-chirurgiens ou chirurgiens de robe courte. Ceux-ci dépendent de la Faculté de médecine.

Ambroise Paré en est le plus célèbre. Né en 1510 à Laval, il suit une formation de barbier-chirurgien puis devient maître en chirurgie en 1544 et intègre le Collège Saint Côme. Il participe à de nombreuses campagnes militaires et est le chirurgien de quatre rois. Il meurt en 1590 ; ses publications, inspirées de l'œuvre hippocratique, influencent la chirurgie pendant plusieurs siècles. On lui doit notamment la technique de la ligature vasculaire en remplacement de la cautérisation.

Les chirurgiens cherchent donc à se démarquer des barbiers et se rapprochent à leur tour de la Faculté pour accroître leurs connaissances médicales théoriques. Ils suivent alors les cours des docteurs régents. En contrepartie, la Faculté espère limiter le pouvoir d'action des chirurgiens et tente de mettre la Confrérie sous tutelle, en prenant part aux examens des chirurgiens.

Durant la Renaissance au XVI^e siècle, le roi François Ier favorise les chirurgiens. Une chaire de chirurgie est créée au Collège de France en 1530. Les Lettres Patentes de 1544 octroyées au Collège des Chirurgiens de Paris confirment leurs privilèges. L'objectif du Roi est de créer une Faculté de chirurgie au sein de l'Université, mais ce projet ne verra jamais le jour (15).

Le 1^{er} Octobre 1655, un contrat d'union est signé entre les chirurgiens et les barbiers. Refusant cette fusion, la Faculté de Médecine intente un procès qui va durer trois ans. L'arrêté qui en découle en 1660 confirme l'union des deux professions mais soumises à la Faculté ; les chirurgiens se retrouvent au niveau des barbiers et perdent leurs grades de bacheliers, licenciés et docteurs. Le Collège de Saint Côme est dissout (23).

A partir de 1668, le poste de premier barbier du roi est occupé par le premier chirurgien. Celui ci règne sur l'ensemble de la profession. Le premier à ce poste est Charles-François Félix, rendu célèbre par l'opération réussie de la fistule anale de Louis XIV, puis Mareschal et La Peyronnie. Leurs compétences inspirent confiance aux souverains qui œuvrent ainsi en faveur de l'essor chirurgical.

La séparation officielle définitive entre barbiers et chirurgiens a lieu en 1691 avec la publication d'un édit royal, confirmée en 1743, qui officialise la création de la communauté des barbiers-baigneurs-étuvistes-perruquiers (24).

En dépit de ce texte, les chirurgiens de province continuent à exercer la profession de barbiers. La séparation ne sera complète dans les villes ayant une communauté de chirurgiens qu'au XVIII^e siècle.

En 1699, un nouvel édit royal précise les conditions d'exercice de la chirurgie dans la capitale ; les maîtres chirurgiens se rapprochent à nouveau des médecins.

5. Evolution au XVIIIe siècle

Marqué par plusieurs édits majeurs, le XVIIIe siècle voit l'essor de la chirurgie. Au cours de cette période, la place des chirurgiens dans la société devient comparable à celle des médecins. L'enseignement se modernise, et les chirurgiens se séparent définitivement des barbiers.

Comme détaillé précédemment, les études sont uniformisées en 1731, avec l'apparition de trois niveaux d'exigence selon le futur lieu d'exercice du chirurgien. A partir de 1772, une formation supplémentaire dans les Collèges de Chirurgie est exigée.

En 1743, une Déclaration Royale rétablit un statut des chirurgiens identique à celui en place avant 1655. Le grade de maître-ès-arts est de plus exigé pour commencer les études chirurgicales dans les grandes villes. La chirurgie est considérée comme un art libéral, et les maîtres chirurgiens sont interdits d'exercer le métier de barbier. Cela est précisé dans l'article VI : « *Après que la profession de barbier-chirurgien aura été ainsi totalement éteinte, ordonnons que la barberie appartienne exclusivement à la Communauté des Maîtres barbiers-perruquiers-baigneurs-étuvistes, lesquels ne pourront exercer aucune partie de la chirurgie.* » (23)

A partir de 1756, la maîtrise-ès-arts est exigée en province également, mais bon nombre de chirurgiens de campagne formés par apprentissage ne la possèdent pas.

En 1731 est créée sous le règne de Louis XV, la Société Académique de Chirurgie de Paris, qui deviendra en 1748 l'Académie Royale de Chirurgie. Elle est présidée par le chirurgien La Peyronie.

Inauguré le 27 avril 1775, le Collège Royal de Chirurgie de Paris qui remplace l'ancien Collège Saint Côme assure une formation complète et de qualité.

Couplé à une École Pratique de Dissection et un Hospice de Perfectionnement, le Collège de Chirurgie privilégie l'enseignement au lit du patient.

L'École Pratique de Dissection, fondée le 4 juillet 1750, délivre un enseignement novateur assuré par quatre professeurs.

Ceux-ci sont placés sous l'autorité du premier chirurgien du Roi. À partir de 1768, l'École, non plus ouverte à tous, devient réservée à une sélection des meilleurs élèves choisis par les professeurs. Installée à partir de 1775 dans les locaux de l'Académie Royale de chirurgie, elle fonctionnera sur ces bases jusqu'en 1793 (25).

Au cours de la première moitié du XVIII^e siècle, une quinzaine de Collèges ou Écoles de Chirurgie publiques sont créées dans les plus grandes villes, comme Toulouse ou Montpellier. Ces Écoles permettent d'assurer la partie théorique de la formation des chirurgiens.

L'École de Chirurgie de Nantes est créée en 1741.

À la veille de la Révolution, la séparation entre médecins et chirurgiens s'est légèrement estompée. Certains étudiants en médecine, davantage réceptifs à la nouveauté que leurs aînés, fréquentent les Écoles de chirurgie et les hôpitaux. À partir de 1732, la Faculté de Montpellier offre à ses étudiants la possibilité de préparer un double doctorat en médecine et chirurgie (26).

C. LES AUTRES ACTEURS DU MONDE MÉDICAL

1. Les empiriques

L'empirisme est une pratique plus ou moins efficace de la médecine se fondant sur l'expérience et non sur une formation officielle. Il est déclaré illégal au début du XVIIIe siècle.

L'empirisme est très répandu, notamment en milieu rural. En dehors des villes, les médecins sont rares et les croyances et superstitions sont profondément ancrées dans les mœurs.

Confondus au XVIIIe siècle avec les charlatans, les empiriques regroupent de multiples catégories ; guérisseurs, colporteurs, rebouteurs, et par définition ne possèdent aucun diplôme. Certains sont spécialisés : les inciseurs ou lithotomistes opèrent les calculs urinaires. Les oculistes réalisent l'abattement du cristallin en cas de cataracte. Néanmoins, la plupart de ces empiriques sont généralistes et exercent de père en fils.

Mal vus par la médecine officielle, certains d'entre eux ont néanmoins une bonne expérience clinique et sont aussi efficaces que les médecins. Comme le souligne Gérard Bonn, « entre le clinicien de village et l'empirique la différence ne porte pas sur la pratique mais sur l'appartenance ou non à la médecine officielle » (14). Sédentaires ou itinérants, ils se produisent dans les fêtes foraines et vendent des remèdes, dont des remèdes dits « secrets ». La pharmacopée de ces empiriques se rapproche en fait beaucoup de la pharmacopée officielle.

L'édit de Marly publié en 1707 tente de lutter contre l'empirisme en le déclarant illégal à travers l'article 26 : « *Nul ne pourra sous quelque prétexte que ce soit exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement dans les villes et bourgs de notre royaume, s'il n'a obtenu le degré de licencié dans quelque'une des facultés de médecine qui y sont établies, conformément à ce qui est porté par notre présent édit, à peine de cinq cents livres d'amende, applicable moitié à nous et l'autre moitié à la faculté ou agrégation la plus prochaine du lieux où ceux qui ne sont pas gradués auront exercé la médecine* » (27).

2. Les apothicaires

Au Moyen Age les apothicaires sont des moines chargés de récolter les plantes et préparer les remèdes pour soigner les malades. Puis cette fonction se laïcise et dépasse le cadre des couvents (28). Comme les chirurgiens, ce sont des artisans formés par compagnonnage auprès d'un maître.

Pour devenir apothicaire à Paris, sont requis quatre ans d'apprentissage chez un maître, six ans de service comme garçon ou compagnon et un examen final composé de trois épreuves. Les étudiants suivent des cours à la Faculté de médecine et au Jardin du Roi.

Chaque apothicaire fabrique ses mélanges selon ses propres critères et en fonction des traditions locales. Il n'y a pas de codification de la préparation des médicaments, ni de contrôle par quelque autorité.

Ils sont séparés des épiciers en 1484 grâce à un Édît de Charles VIII puis deviennent pharmaciens à la fin du XVIIIe siècle avec la création en 1777 du Collège de Pharmacie, qui assure l'enseignement théorique.

3. Les sages-femmes

Jusqu'au XVIe siècle, ce sont les « matrones » qui s'occupent des accouchements. Le savoir, réservé aux femmes, se transmet de mère en fille. La profession de sage-femme n'est pas officiellement réglementée.

A partir de 1560, les sages-femmes de Paris sont admises officiellement au sein de la communauté des chirurgiens. Elles doivent dorénavant justifier d'un apprentissage de trois ans auprès d'une sage femme avant de se présenter à l'examen leur accordant le droit d'exercer.

A la Renaissance, des sages femmes siègent au tribunal du Châtelet à Paris. Présentes en qualité de ventrières ou de matrones jurées, elles ont un rôle d'expert notamment dans les affaires de viol (29).

Au cours du XVII^e siècle, l'apprentissage des sages femmes continue à s'organiser ; il est créée une formation payante dispensée par la maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris, mais celle ci ne concerne que très peu d'étudiantes. La plupart des accouchements, particulièrement en campagne, restent donc l'affaire des matrones. Celles ci doivent néanmoins passer un examen de moralité devant le curé de la paroisse pour exercer.

A partir de 1731, les futures sages femmes doivent être reçues par la communauté de chirurgiens la plus proche. Comme pour ces derniers, les conditions varient selon le futur lieu d'exercice (30):

- Si la sage femme se destine à travailler dans la ville même de la communauté, elle doit réaliser un apprentissage de deux ans, puis passer un examen devant un jury de maîtres chirurgiens. L'examen consiste en deux épreuves orales portant sur la théorie et la pratique.

- Pour travailler dans une ville sans communauté, l'apprentissage est identique mais l'examen ne comporte qu'une seule épreuve évaluée par un unique maître chirurgien.

- Enfin, les sages femmes de bourgs et campagnes ne passent qu'une simple épreuve à type de formalité.

En 1745, la Faculté de médecine de Paris s'empare de la formation théorique des sages-femmes en proposant un cours à leur intention, tandis que la formation pratique a lieu à l'Hôtel-Dieu, et par certains chirurgiens dispensant des cours privés. En province, la formation se poursuit de manière corporative auprès d'une sage-femme plus ancienne.

En 1755, Marguerite du Coudray, une sage-femme formée dans la capitale, obtient l'autorisation royale de délivrer une formation d'accouchement publique itinérante à l'usage des chirurgiens et des sages-femmes. Elle confectionne elle même un mannequin approuvé par l'Académie de Chirurgie en 1758 représentant un bassin de femme et un fœtus. Marguerite du Coudray effectue durant vingt cinq ans trois circuits en France, permettant ainsi la formation de plus de 5000 sages-femmes.

La chirurgie obstétrique commence à être mentionnée au XVI^e siècle avec les écrits d'Ambroise Paré. En 1621, Jacques Guillemeau, chirurgien élève d'Ambroise Paré, publie « *De la grossesse et de l'accouchement des femmes* ».

Le nombre de chirurgiens obstétriciens augmente au XVIII^e siècle mais restent souvent cantonnés aux cités. Jusqu'à la Révolution, les matrones restent donc majoritaires dans les campagnes.

D. LES HÔPITAUX

1. Les hôpitaux civils

Sous l'Ancien Régime, le terme hôpital désigne à la fois un lieu de refuge, d'asile, et parfois même d'enfermement. Les soins aux malades ne représentent qu'un rôle minoritaire. On dénombre une grande variété d'établissements, tant par leur taille que leur fonction. Il en existe environ 1500 dans des villes de plus de 5000 habitants avant la Révolution. Ils sont majoritairement concentrés au Nord Est, dans la région Parisienne et dans la Vallée du Rhône.

On distingue schématiquement trois catégories parmi les 1500 hôpitaux civils : les Hôtels Dieu (397 soit environ 20 %), les hôpitaux généraux (177 soit 9 %) et le reste regroupant hospices, asiles et autres petits établissements (940) (10).

Les hôpitaux sont réservés aux plus pauvres, les classes sociales aisées bénéficiant souvent de soins à domicile.

L'origine des hôpitaux et des Hôtels Dieu remonte au début du Moyen Age et à l'influence de la charité chrétienne. Les infirmeries au sein des monastères deviennent des établissements plus ou moins vastes selon l'importance du couvent. A la fois infirmerie et hôtellerie, les lieux chargés d'accueillir les malades, les voyageurs et les pèlerins sont appelés des « *Hôtels-Dieu* ». En dehors des couvents, des structures similaires sont fondées dans les villes, dont le rôle de secours des démunis prédomine sur la thérapeutique.

Au XVIIIe siècle, les Hôtels Dieu sont les structures hospitalières les plus médicalisées et les seules chargées de soigner les malades et d'assurer un enseignement. Les postes hospitaliers sont majoritairement occupés par les chirurgiens. Quelques docteurs en médecine y assurent des vacations mais il s'agit souvent de bénévoles, la rémunération dépendant des faibles revenus des hôpitaux.

Les conditions d'hygiène y sont déplorables et la mortalité très importante.

Une description de l'Hôtel Dieu de Paris est donnée dans l'Encyclopédie, Vol VIII, p319-320 : « *C'est le plus étendu, le plus nombreux, le plus riche, et le plus effrayant de tous nos hôpitaux (...) Qu'on se représente une longue enfilade de salles contiguës, où l'on rassemble des malades de toute espèce, et où l'on entasse souvent trois, quatre, cinq et six dans un même lit ; les vivants à côté des moribonds et des morts ; l'air infecté des exhalaisons de cette multitude de corps malsains, portant des uns aux autres les germes pestilentiels de leurs infirmités ; et le spectacle de la douleur et de l'agonie de tous côtés offert et reçu. Voilà l'hôtel-Dieu. (...) On a proposé en différents temps des projets de réforme qui n'ont jamais pu s'exécuter, et il est resté comme un gouffre toujours ouvert, où les vies des hommes avec les aumônes des particuliers vont se perdre* ». (17)

Les hôpitaux généraux, peu nombreux, sont créés plus tardivement au cours du XVIIIe siècle. Ils ont pour rôle d'enfermer une population pouvant porter atteinte à l'ordre social et moral.

L'Hôpital général de Paris, créé en 1656 par Mazarin, est divisé en deux hospices, la Salpêtrière pour les femmes et Bicêtre pour les hommes (31). Les hôpitaux généraux étant surchargés, le Roi crée des dépôts de mendicité en 1767 où sont enfermés mendiants, vagabonds, prostituées.

La troisième catégorie d'hôpitaux regroupe une multitude de petits établissements sans vocation médicale tentant de faire face à la pauvreté. D'origine religieuse, ces structures gardent une tradition charitable importante. Ils accueillent malades, enfants, vieillards, invalides sans distinction. Leur but est d'assurer l'assistance sous toutes ses formes, y compris à domicile au sein de la paroisse où ils sont situés (32).

A côté des hôpitaux, plusieurs structures de secours à domicile existent pour venir en aide aux plus pauvres, notamment les charités paroissiales (33). Des structures laïques de bienfaisance se développent au XVIIIe siècle.

A la fin du XVIIIe siècle, la ville de Nantes, peuplée de 80 000 habitants, dispose de deux hôpitaux : Le Sanitat créé en 1534 servant surtout de prison, et l'Hôtel-Dieu construit en 1656.

A la veille de la Révolution, de plus en plus de voix dans le monde médical s'élèvent pour réclamer une réforme des hôpitaux. Plusieurs rapports, dont celui de Tenon en 1786, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, soulignent en effet l'état sanitaire catastrophique et le manque d'efficacité des établissements de soins. Tenon écrit « *L'Hôtel-Dieu est le plus insalubre et le plus incommode de tous les hôpitaux et sur neuf malades, il en meurt deux* ». Des ébauches de réformes sont engagées ; une ordonnance royale de 1781 interdit par exemple de mettre plus d'un malade par lit.

Comme pour l'enseignement et la pratique médicale, il faut attendre la Révolution pour que les changements se mettent en place.

2. Les hôpitaux militaires

Le premier hôpital militaire de campagne apparaît en 1597 à Amiens mais le Service de santé des armées est créé officiellement par Louis XIV en janvier 1708 (14).

Soixante dix hôpitaux militaires permanents sont créés dont les principaux sont Metz, Lille et Strasbourg. A côté des hôpitaux fixes, il existe des hôpitaux militaires ambulants qui suivent les armées ainsi que des hôpitaux mixtes qui reçoivent à la fois civils et militaires. *L'Hôtel Dieu de Nantes est un établissement mixte.*

Il existe également des hôpitaux thermaux militaires, permettant de soigner sous contrôle médical les blessures de guerre grâce au thermalisme. Le premier hôpital thermal militaire fondé est celui de Bourbonne en 1702 (34).

Le personnel médical est dirigé par un médecin-chef (médecin-major) et un chirurgien-major.

L'enseignement dispensé aux médecins et chirurgiens militaires qui forment le corps des officiers de santé est dispensé dans les hôpitaux militaires de Lille, Metz et Strasbourg, transformés en hôpitaux d'instruction en 1747. Ils sont réorganisés en 1775 avec le rajout d'amphithéâtres d'anatomie, d'où leur nom d'« hôpitaux-amphithéâtres ».

Les hôpitaux militaires disposent de huit professeurs, quatre médecins et quatre chirurgiens. Les cours portent sur la médecine, la chirurgie et la pharmacie. L'enseignement, centré sur la pratique, est de meilleure qualité que dans le civil. La formation des futurs officiers de santé dure généralement trois ans.

3. La médecine navale

C'est à Louis XIV que l'on doit la création d'une véritable marine de guerre permanente en France. Son origine est ancienne et remonte à l'apparition des Galères. A Marseille où il existe un hôpital et une école des Galères, il existe des chirurgiens des Galères. Ce sont des fonctionnaires méditerranéens nommés par concours et navigant six mois de l'année. Les six mois restant peuvent être dédiés à la pratique médicale civile. On les retrouve jusqu'à la disparition du corps des galériens en 1748 (35).

A partir de 1673, les trois principaux ports de guerre, Brest, Rochefort et Toulon, disposent d'un médecin et d'un chirurgien-major désignés par le roi.

C'est en 1689 que le Service de Médecine Navale, ou Service de Santé Naval est fondé, suite à une ordonnance du secrétaire d'état à la marine Jean-Baptiste Antoine Colbert (36). Ce Service regroupe les Hôpitaux de la Marine, ou hôpitaux navals, situés dans les ports de Rochefort, Toulon, Brest et Marseille. L'ordonnance de 1689 précise : « *Au XVIII^e siècle, le personnel de port comprend : un premier et un second chirurgien ; un chirurgien-major de port, qui a la direction directe des autres chirurgiens ; un chirurgien aide-major ; un aide-chirurgien ; des chirurgiens ordinaires affectés, en dehors de leur embarquement, dans les différents services de l'hôpital* » (37).

Les officiers de santé militaire de marine, ou chirurgiens de marine, sont formés dans les trois Écoles de Santé Navale, situées dans les villes de Rochefort, Brest et Toulon.

L'École de Rochefort est la plus renommée et la première à être créée en 1722, suivie de Brest en 1735 et Toulon en 1755.

Comme pour les hôpitaux militaires terrestres, l'enseignement au sein des Écoles, de très bonne qualité, est centré sur la pratique et dispensé à l'hôpital ; les chirurgiens formés en leur sein ont bonne réputation.

De manière générale, le personnel formé par les trois Écoles de Santé Navale est en nombre insuffisant, et ce particulièrement en période de guerre et d'épidémie. Pour compléter les effectifs, des chirurgiens volontaires sont alors recrutés sur examen. La marine de guerre est l'occasion pour nombre de ces chirurgiens dits « navigans », encore en formation, d'acquiescer le grade de maître.

Présents dès le XVI^e siècle, ils deviennent obligatoires sur les navires de la Marine royale en 1689. A partir de 1767, c'est sur les navires civils destinés aux longs voyages qu'un chirurgien est obligatoire, et deux si l'équipage excède cinquante hommes. Les chirurgiens navigans disparaissent sous Louis XVIII.

En 1748, avec la disparition des Galères, les chiourmes sont répartis entre les trois ports de guerre ; les officiers de santé soignent les marins, mais également les bagnards des chiourmes, dans lesquels la mortalité est très élevée, ce qui permet la pratique de dissections.

En 1789, un règlement stipule que les chirurgiens de Marine doivent être titulaires du doctorat de médecine, et donc étudier à la Faculté. Cette décision peu réaliste est supprimée en 1793 devant la nécessité d'augmenter les effectifs du fait de la guerre.

4. L'enseignement hospitalier

Avant la Révolution, les ressources pédagogiques des hôpitaux sont totalement négligées par les Facultés de médecine. Les hôpitaux des grandes villes constituent néanmoins à petite échelle des centres de formation indépendants de l'Université pour les futurs médecins et chirurgiens.

Les origines de l'enseignement hospitalier sont anciennes ; celui-ci se développe de manière similaire aux corporations et compagnonnages du Moyen Âge, avec des maîtres et des apprentis.

Dès le XVII^e siècle, on retrouve à l'Hôtel-Dieu de Paris des étudiants en chirurgie : on distingue les compagnons internes, ou garçons-chirurgiens et les apprentis externes. Sous la direction d'un chirurgien-chef, ils s'occupent des soins aux malades et assurent un service de garde. Ils peuvent obtenir le grade de maître en passant un examen au bout de six ans de travail.

Au cours du XVIII^e siècle, l'enseignement hospitalier se développe, toujours indépendamment de la Faculté de médecine. De plus en plus d'étudiants chirurgiens et médecins se forment dans les hôpitaux, où des cours sont proposés.

A l'origine de cet essor, on retrouve deux praticiens parisiens : un médecin, Louis Desbois de Rochefort (1750-1786) et un chirurgien Pierre-Joseph Desault (1738-1795).

Desbois, fils de médecin parisien, est considéré comme un des fondateurs de l'enseignement hospitalier moderne. Il délivre à partir de 1780 à l'Hôpital de la Charité des cours d'enseignement clinique orientés vers la thérapeutique. Desbois meurt à l'âge de 36 ans le 26 janvier 1786 et c'est son élève Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) qui lui succède.

Corvisart, nommé médecin de l'Hôpital de la Charité en 1788, est connu pour établir la première école clinique médicale à Paris. Se consacrant plus spécifiquement aux maladies cardiaques, il devient médecin de Napoléon en juillet 1804. Il publie un unique ouvrage, *les Maladies du cœur*, en 1806.

A l'Hôtel-Dieu où il est à la tête du service chirurgical depuis 1785, Desault enseigne de manière didactique la chirurgie, attirant de nombreux étudiants. Travailleur infatigable passant près de quatorze heures par jour à l'hôpital, il consacre sa vie aux patients et à l'enseignement, exigeant des étudiants des rapports quotidiens sur la santé des malades. Desault est un des pères de la médecine d'observation.

Desault à l'Hôtel-Dieu et Corvisart à La Charité deviendront lors de la création des Écoles de Santé en 1794 respectivement professeurs de clinique externe et clinique interne.

Le développement de l'enseignement hospitalier n'est pas spécifiquement parisien. Dès 1716 à Angers, les professeurs de la Faculté donnent des cours à l'hôpital. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, le chirurgien Marc-Antoine Petit délivre une formation inspirée de son maître Desault. A Caen, il existe depuis 1786 une chaire de médecine pratique.

Les dernières décennies du XVIIIe siècle, marquées par l'essor de l'enseignement clinique hospitalier, constituent les prémices des réformes révolutionnaires à venir.

DEUXIÈME PARTIE : LES BOULEVERSEMENTS DE LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

A. LA DISPARITION DE L'ANCIEN RÉGIME

1. Une Révolution à plusieurs niveaux (38), (39), (40)

a. Politique

Nous ne détaillerons ici que les principaux éléments politiques ainsi que ceux servant de repères à la compréhension des changements sur le plan médical.

A la veille de la Révolution, la France compte vingt huit millions d'habitants, dont les deux tiers au nord d'une ligne Bordeaux-Metz. C'est à l'exception de la Russie, le pays d'Europe le plus peuplé. Seul un quart de sa population a plus de quarante ans. La population est rurale et vit de l'agriculture à 85 %.

La Révolution débute en 1789, avec la rédaction des cahiers de doléance et l'ouverture par Louis XVI des États Généraux le 5 mai, une première depuis 175 ans.

Les médecins sont membres du Tiers État et font partie de la petite bourgeoisie ; les cahiers de doléance rédigés par le corps médical laissent entrevoir un désir de réformes de leur profession : transformation de l'enseignement, médicalisation des campagnes, lutte contre le charlatanisme sont les principales requêtes.

Le Tiers se proclame Assemblée Nationale, qui devient l'*Assemblée Nationale Constituante* le 9 juillet 1789. Le pouvoir du Roi est désormais surpassé par celui de l'Assemblée.

Cette dernière adopte la Constitution en septembre 1791, créant une Monarchie Constitutionnelle : le pays est dirigé par le Roi et une Assemblée. L'Assemblée, devenue *Législative* le 1^{er} octobre 1791, élabore les lois, contrôle les ministres et vote les impôts. Le roi dispose d'un droit de veto et décide de la politique guerrière.

Le 9 Août 1792, le Roi est emprisonné ; l'Assemblée devient la *Convention* le 21 septembre et abolit officiellement la royauté. La Convention détient les pouvoirs législatif et exécutif.

Cette dernière proclame la Première République le 22 septembre, définissant 1792 comme « l'An Un ». Louis XVI est guillotiné le 21 janvier 1793.

Les années 1793 et 1794 sont marquées par la Terreur, qui prend fin le 27 juillet 1794 avec la mort de Robespierre.

A la Révolution succèdent le Directoire (1795-1799) puis le Consulat (1799-1804). Le coup d'État du 9 novembre 1799 (18 Brumaire) permet à Napoléon Bonaparte de devenir consul.

b. Territorial et administratif

Sous l'Ancien Régime, la France est découpée en provinces et comtés ; ceux-ci laissent place à 83 départements administrés par un conseil général élu et divisés en districts (six à neuf), ainsi que 44 000 municipalités, créées le 11 novembre 1789.

Les départements sont en lien avec l'Assemblée ; avec les districts ils gèrent l'assistance, l'école et les impôts. Les communes sont responsables de l'ordre et de la gestion locale.

Sur le plan juridique, un tribunal est créé par département, ainsi qu'une cour d'appel pour quatre départements.

c. Religieux

Classe sociale privilégiée, le clergé est très durement affecté par la Révolution. Avec l'abrogation des privilèges le 4 août 1789, le clergé perd les dîmes et se retrouve sans ressources. Le 2 novembre de la même année, l'Assemblée décrète que les biens de l'Église seront mis à la disposition de la Nation et vendus sous le nom de « biens nationaux » pour combler le déficit budgétaire.

L'année 1790 est marquée par de nouveaux coups durs pour l'Église avec la proclamation d'un décret le 13 février interdisant les vœux monastiques et supprimant les ordres religieux, à l'exception des établissements d'enseignement et d'assistance. Le 3 avril, l'Assemblée refuse de reconnaître le catholicisme comme religion d'État.

L'Assemblée vote le 12 juillet 1790 la *Constitution Civile du Clergé*, texte majeur de la Révolution. La nouvelle division administrative du pays différant de la division religieuse, il est décidé de simplifier la carte des diocèses et de placer un évêque par département, soit 83 (au lieu de 117 précédemment), et dix « évêques métropolitains » remplaçant les 18 archevêques précédents. Près de 4000 paroisses sont supprimées.

Le point sensible de cette constitution est le changement de statut des ecclésiastiques : élus par des électeurs laïcs (les évêques par les élus du département et les curés par les électeurs du district), ils sont dorénavant logés et payés par l'État donc fonctionnaires publics, et doivent prêter serment de fidélité, « à la Nation, à la Loi et au Roi ».

Ce serment divise l'Église entre les prêtres « jureurs » favorables à la Constitution et les « réfractaires » s'y opposant. Par endroits, des sœurs hospitalières choisissent de démissionner plutôt que de travailler sous l'autorité spirituelle de prêtres ralliés à la Constitution.

Le pape Pie VI ne condamne le texte qu'en avril 1791, laissant la situation dégénérer. La violence s'installe, notamment dans l'Ouest, où comme nous le détaillerons plus loin, une véritable guerre civile éclate.

Le 18 août 1792, les congrégations religieuses sont interdites, accusées de soutien aux prêtres réfractaires : dans les hôpitaux et maisons de soins, les religieuses et aumôniers doivent quitter leurs fonctions. Néanmoins, les sœurs hospitalières sont autorisées à poursuivre leurs soins aux malades à titre individuel, sans leur uniforme religieux. Celles qui refusent de se rallier à la Constitution sont expulsées.

A cette période, on compte à Nantes trente établissements religieux.

Pendant la Terreur, une véritable politique de déchristianisation est menée ; à travers le pays, on assiste aux pillages d'églises, destruction de livres saints, et destitution de nombreux prêtres.

En octobre 1793, un calendrier révolutionnaire visant à laïciser le temps est créé : l'année commence le jour anniversaire de naissance de la République, le 22 septembre. Les mois, toujours au nombre de douze, s'intitulent désormais *nivôse* (janvier), *pluviôse*, *ventôse* pour l'hiver, *germinal*, *floréal*, *prairial* pour le printemps, *messidor*, *thermidor*, *fructidor* pour l'été, et *vendémiaire*, *brumaire*, *frimaire* pour l'automne. Ce calendrier sera supprimé en 1806, soit treize ans après sa création.

Ce n'est qu'au début du XIXe siècle et la signature du concordat le 15 juillet 1801 (26 messidor an IX) que le clergé est progressivement reconstruit.

d. Éducation

Jusqu'au début du XIXe siècle, la majorité des adultes sont analphabètes. L'enseignement primaire, sous la coupe du clergé, est dispensé au sein des écoles de la paroisse et majoritairement réservé aux garçons. L'enseignement secondaire, qui concerne une minorité d'élèves issue de la noblesse et bourgeoisie, est délivré par des maîtres particuliers ou au sein de collèges d'humanités.

Entre 1792 et 1793, la structure enseignante est totalement balayée avec la suppression des ordres enseignants, des confréries, des Académies et sociétés littéraires, et des Universités.

L'enseignement se réorganise avec la prise en charge par l'État de l'instruction publique. Entre 1794 et 1795, la Convention crée des *écoles primaires* pour la formation élémentaire, des *écoles centrales départementales* remplaçant les collèges pour les lettres, les sciences, le droit et les langues et des *écoles spéciales* pour les sciences politiques et les arts.

A Paris sous le Directoire, de grandes Écoles apparaissent tandis que les anciennes structures sont restaurées : École Normale Supérieure en 1795 puis 1808, École Centrale et École des Travaux Publics (future Polytechnique) en 1794.

Le Jardin du Roi devient le Muséum d'Histoire Naturelle. Le Conservatoire des Arts et Métiers accueille les collections de machines confisquées au Roi.

L'Institut de France, créé en octobre 1796 est le centre de la recherche ; il comprend trois classes : sciences physiques et mathématiques, sciences morales et politiques et celle de Littérature et Beaux-arts.

A Nantes, une École Centrale succède au Collège de l'Oratoire et ouvre en octobre 1795.

2. Réorganisation de la profession médicale

a. Proposition de la Société Royale de Médecine en 1790

Entre 1790 et 1791, de nombreux projets de réforme de la profession médicale sont discutés à l'Assemblée Constituante, qui compte dix sept médecins. Le plus marquant de ces projets est celui proposé par la Société Royale de Médecine par l'intermédiaire de Félix Vicq d'Azyr, son secrétaire perpétuel.

Durant ces deux années, plusieurs Comités sont créés par l'Assemblée, afin de débattre des questions médicales et sociales. Ces Comités spécialisés sont chargés de la rédaction des projets de décret devant être soumis au vote des députés.

Le *Comité de Constitution*, présidé par Talleyrand, est chargé des affaires d'instruction publique. Nous détaillerons sa contribution plus loin.

Le 21 janvier 1790, le *Comité de Mendicité* présidé par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt voit le jour. Sur ses douze membres, on compte un seul médecin et cinq hommes d'Église. Ce comité tend à résoudre la question du paupérisme grandissant.

Conséquence de la crise agricole et industrielle, on assiste en effet à un effondrement de l'économie en 1789, renforcé par les événements politiques. La misère devient donc une préoccupation de premier plan.

Liancourt, né en 1747, est député de la noblesse. Vicomte de Rennes, il est riche, instruit et philanthrope. Pour lui, le paupérisme des campagnes est responsable de nombreuses maladies et peut être vaincu grâce à une meilleure organisation sociale. Il défend le rôle de l'assistance comme service public financé par l'État, en lieu et place de la charité religieuse.

Cette assistance doit exister sous trois formes ; l'assistance par le travail réduit le nombre de mendiants en leur fournissant un emploi, notamment au sein des ateliers nationaux. L'assistance à domicile et le maintien du malade dans son milieu familial sont pour Liancourt supérieures à l'assistance par les hôpitaux, « *qui ne font que redoubler le malheur des pauvres* » (33).

En désaccord avec la vision de Liancourt, le docteur Joseph-Ignace Guillotin réussit à faire créer le 12 septembre 1790 un nouveau Comité nommé initialement *Comité de santé chargé de la salubrité publique* puis rebaptisé *Comité de Salubrité*.

Guillotin (1738-1814) est originaire de Saintes et a fait ses études à Paris. Sous l'Ancien Régime, il donne des cours d'anatomie à la Faculté de Paris et fréquente les cercles politiques.

Contrairement au Comité de Mendicité, le Comité de Salubrité compte dans ses rangs autant de médecins que de non-médecins. Son rôle est détaillé dans l'article deux du décret fondateur : « *Ce Comité s'occupera de ce qui est relatif à l'enseignement et à la pratique de l'art de guérir, des établissements salutaires dans les villes et dans les campagnes (...) et généralement de tous les objets qui peuvent intéresser la salubrité publique* » (41)

Ces deux Comités défendent des visions opposées de la médecine et des hôpitaux. Liancourt perçoit la maladie comme une fatalité, dont l'issue est décidée par la nature. Les hôpitaux, décrits comme une « *institutionnalisation de la misère* », ne seraient pas nécessaires dans une société riche et heureuse, où les patients feraient appel en cas de besoin aux médecins à domicile.

Cette théorie utopiste rejoint la philosophie de Diderot qui écrivait dans l'Encyclopédie en 1757, qu'« *il serait beaucoup plus important de travailler à prévenir la misère qu'à multiplier des asiles aux misérables* » et qu'« *il ne doit y avoir de pauvres dans un État bien gouverné* » (17)

Liancourt souhaite donc restreindre le nombre d'établissements, en gardant des hospices pour les enfants abandonnés, vieillards pauvres et infirmes, et des hôpitaux pour les maladies graves ou nécessitant une intervention chirurgicale.

Guillotini à l'inverse défend les progrès et le développement des soins ; les hôpitaux sont pour lui nécessaires pour les avancées scientifiques.

Devant la discordance entre les Comités, l'Assemblée Constituante demande à la Société Royale de Médecine un rapport sur une réforme de la médecine.

Félix Vicq d'Azyr présente alors le 15 novembre 1790 un volumineux rapport de 160 pages intitulé « *Nouveau Plan de Constitution pour la Médecine en France* », dans lequel il détaille de nombreuses propositions pour réformer l'enseignement médical qu'il juge « *presque partout vicieux ou nul* » (16).

A propos des études médicales, Vicq d'Azyr propose la création de cinq Collèges de médecine à Paris, Montpellier, Bordeaux, Nantes et Strasbourg. Les cours seraient en français à la place du latin, et l'enseignement théorique pur supprimé au profit de leçons cliniques.

Le cursus, d'une durée de six ans, serait commun aux médecins et chirurgiens, réunis sous le titre unique de « Médecin ». Cette formation serait double, l'une pratique et limitée pour répondre aux besoins des campagnes, l'autre plus complète et destinée à former des praticiens compétents pour l'ensemble du pays (42).

Concernant les examens, trois sortes d'épreuves sont prévues : la première sur les sciences fondamentales (anatomie, physiologie, chimie, botanique), la deuxième sur la pathologie et la thérapeutique et la dernière sur la médecine pratique avec dissections de cadavres (14). La thèse serait supprimée et remplacée par un mémoire.

Les professeurs, au nombre de dix dans chaque Collège et sélectionnés par concours parmi les meilleurs médecins et chirurgiens, seraient rétribués par les élèves.

Ces propositions, très novatrices, n'aboutissent à rien de concret. Le rapport est même jugé trop révolutionnaire par certains. Il sera cependant repris quatre ans plus tard lors de la création des Écoles de Santé.

En septembre 1791, deux nouveaux projets sont présentés devant l'Assemblée. Le « *Rapport sur l'Instruction Publique fait au nom du Comité de Constitution* » par Charles-Maurice de Talleyrand-Périgord, évêque d'Autun, reprend les grandes lignes des propositions de Vicq d'Azyr.

Talleyrand souhaite la création de quatre collèges de Médecine à Paris, Montpellier, Bordeaux et Strasbourg, établis dans l'enceinte des hôpitaux ou à proximité, mettant ainsi l'accent sur la formation pratique.

Les leçons seraient obligatoirement en français. Les exercices pratiques comporteraient des démonstrations anatomiques effectuées par les professeurs, et des dissections anatomiques par les étudiants, ainsi que des conférences au lit du malade (43).

Les étudiants pourraient choisir leurs cours, ainsi que le nombre d'années d'études, du moment qu'ils réussissent l'examen final, à la fois pratique et théorique.

Par ailleurs, il est proposé la création d'une « *espèce d'École Secondaire placée dans l'hôpital le mieux organisé du département* » destinée « *aux jeunes gens peu favorisés de la fortune* » afin qu'ils débutent leur instruction médicale avant de la poursuivre dans un Collège (44).

Guillotín expose à son tour au nom du Comité de Salubrité un « *Projet de Décret sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir* » dans la lignée des projets précédents avec comme points majeurs la réunion de la médecine et de la chirurgie et le développement de l'enseignement clinique.

Ces différents projets n'aboutissent à aucune décision concrète et les comités sont dissous en septembre 1791. L'Assemblée Constituante, accaparée par la situation politique, ne tranche pas la question de la réforme de l'enseignement médical avant sa dissolution le 30 septembre 1791.

C'est l'Assemblée Législative qui lui succède le 1^{er} octobre ; trente sept médecins y siègent. Elle crée un *Comité des Secours Publics*, qui remplace les Comités précédents, mais ne réussit pas à proposer de réforme satisfaisante.

b. Suppression de l'enseignement médical et Loi Le Chapelier

Impuissante à réformer l'enseignement médical, l'Assemblée instaure en revanche une liberté totale d'exercice à travers deux lois majeures de l'année 1791, le décret « d'Allarde » et la Loi Le Chapelier.

Le décret dit « d'Allarde », du nom du député à l'origine du projet, publié les 2 et 17 mars, supprime l'ensemble des corporations, jurandes et maîtrises, soit toute la structure corporative héritée du Moyen Age.

Par ailleurs, la liberté d'installation devient totale, en contrepartie d'une patente : *« A compter du 1^{er} avril prochain, il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon ; mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente, d'en acquitter le prix, et de se conformer aux règlements de police qui sont ou pourront être faits »* (15).

La Loi Le Chapelier publiée le 14 juin confirme la disparition des corporations et interdit les assemblées d'un même état ou profession, supprimant ainsi les grèves. *« L'anéantissement de toute espèce de corporations des citoyens du même état ou profession étant l'une des bases fondamentales de la Constitution française, il est défendu de les rétablir de fait, sous quelque prétexte et sous quelque forme que ce soit »*.

Désormais, n'importe qui peut, sans faire d'études ni passer d'examen, se déclarer médecin, chirurgien ou apothicaire, à condition d'en payer le prix. La médecine, comme les autres professions, échappe à tout contrôle officiel et le nombre de charlatans explose.

La désorganisation du système de soins se poursuit avec une série de lois supprimant l'enseignement officiel entre 1792 et 1793 :

Le 18 août 1792, ce sont les congrégations enseignantes et hospitalières ainsi que les confréries qui disparaissent. La Faculté de Médecine de Paris, qui n'avait pas reçu de docteurs depuis 1788, est ainsi fermée jusqu'à sa réouverture sous le nom d'École de Santé le 4 décembre 1794 (45).

Le 8 août 1793, un nouveau décret ordonne la suppression des Académies et sociétés littéraires, jardins botaniques, cabinets, muséums et bibliothèques. Sont concernées la Société Royale de Médecine et l'Académie Royale de Chirurgie.

Enfin le 15 septembre 1793, la Convention ordonne la suppression des Facultés, Collèges et Écoles.

La suppression de la formation légale et la forte demande en personnel du fait des guerres entraînent rapidement une pénurie de soignants.

c. Guerres civiles et extérieures

La Révolution Française marque le début d'une période de guerres civiles et étrangères qui vont durer plus de vingt ans.

Le 20 avril 1792, l'Assemblée Législative, avec l'appui de Louis XVI, vote la déclaration de guerre au Roi de Bohême et de Hongrie. Cette guerre ne s'achèvera qu'avec la chute de Napoléon en juin 1815.

Dans le même temps, la Guerre de Vendée secoue le pays. Elle commence en mars 1793 et ne se termine que trois ans plus tard. Les Républicains « Bleus » s'opposent aux Vendéens royalistes « Blancs ».

L'armée royale qui compte 150 000 hommes en 1791 passe à 600 000 en octobre 1793, tandis que le nombre de médecins militaires est de 1400 en 1792 (10).

Dans un premier temps et portés par l'enthousiasme du début de la guerre, de nombreux médecins et chirurgiens civils de tout âge se portent volontaires pour servir dans les armées. Parmi eux, on retrouve des étudiants, dont la formation a été interrompue par la fermeture des Facultés de médecine.

En mars 1793, un appel est lancé par l'Assemblée : « *toute personne ayant une quelconque expertise en santé est invitée à secourir les blessés et mourants au service de la défense de la patrie* » (16).

Pour compléter les effectifs, des réquisitions forcées ont lieu parmi le personnel médical civil. Le service de santé passe ainsi à 10 000 hommes en 1795, mais du fait des licenciements et du manque de personnel remplaçant les départs, n'en compte plus que 2400 en 1797.

A Nantes, l'afflux important de blessés durant la guerre de Vendée entraîne l'ouverture d'une dizaine d'hôpitaux militaires provisoires, et d'hôpitaux-prisons. Entre 1793 et 1796, Nantes compte jusqu'à 13 hôpitaux militaires, 4 hôpitaux réservés aux prisonniers vendéens malades et 17 prisons.

B. CRÉATION DES TROIS ÉCOLES DE SANTÉ

1. Le rapport de Fourcroy

L'année 1794 est marquée par la chute de Robespierre et la fin de la Terreur. Il apparaît nécessaire pour la Convention et ses 49 médecins de mettre enfin en place une nouvelle organisation médicale. Les structures officielles ont été supprimées, le charlatanisme est omniprésent, et il est impératif de former rapidement du personnel médical compétent notamment pour les armées.

C'est Antoine-François Fourcroy (1755-1809) qui est à l'origine de cette réforme. Fils de pharmacien, il est docteur en médecine et chimiste, professeur de chimie au Jardin du Roi. C'est un ancien bibliothécaire de la Société Royale de Médecine et disciple de Vicq d'Azyr.

Suite à l'assassinat de Marat en 1793, Fourcroy, alors député suppléant, intègre la Convention. Il est également membre des Comités d'Instruction Publique et de Salut Public. A l'origine de la Nouvelle École des Mines et de l'École Polytechnique, il continue sous Napoléon à s'occuper de l'enseignement supérieur en étant Directeur de l'Éducation Publique.

Fourcroy présente le 27 novembre 1794 (7 frimaire an III) un rapport à la *Convention nationale au nom des Comités de Salut Public et d'Instruction Publique*.

Selon lui, la nécessité de fournir du personnel médical aux armées justifie cette réforme : « *La Convention apprendra avec sensibilité que plus de six cents officiers de santé ont péri depuis dix-huit mois au milieu et à la suite même des fonctions qu'ils exerçaient ; si c'est une gloire pour eux, puisqu'ils sont morts en servant la patrie, c'est un besoin pour la République de réparer cette perte* » (23).

Le rapport de Fourcroy, inspiré des rapports précédents de Vicq d'Azyr et Guillotin, reprend les grands principes maintes fois proposés : réunion de la médecine et de la chirurgie « *la chirurgie et la médecine sont deux branches d'une même science* », importance de l'enseignement pratique, lutte contre le charlatanisme.

Ces préceptes sont résumés en une formule qui restera célèbre : « *peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement* ».

L'enseignement pratique, si cher à Vicq d'Azyr, devra donc être la base de ce nouvel enseignement : « *Ce qui a manqué jusqu'ici aux écoles de médecine, la pratique même de l'art, l'observation au lit de malades, deviendra une des principales parties de cet enseignement* » (16).

Pour ce faire, Fourcroy propose la création d'Écoles de Santé, destinées à former rapidement les officiers de santé nécessaires aux hôpitaux militaires et de marine. Il s'inspire pour cela de l'École Centrale de Travaux Publics qui vient d'être créée, destinée aux futurs ingénieurs militaires.

2. Le décret du 4 Décembre 1794

La Convention officialise le projet de Fourcroy dans le décret du 4 Décembre 1794 (14 frimaire an III).

Trois Écoles de Santé sont créées à Paris, Montpellier et Strasbourg, qui deviendront Facultés en 1808. Elles sont prévues pour accueillir respectivement 300, 150 et 100 élèves, formés en trois années à être « Officiers de Santé », sans distinction de médecin et chirurgien. L'instruction est gratuite et les élèves sont rémunérés durant leur formation. Les professeurs sont au nombre de douze à Paris, huit à Montpellier et six à Strasbourg.

Le but de cette réforme est de réunir théorie et pratique, médecine et chirurgie, écoles et hôpitaux, ces derniers devenus laïcs accueillant les élèves.

Ce décret qui marque la naissance de la clinique instaure donc pour la première fois une réelle coopération entre la médecine universitaire et hospitalière.

L'article 6 du décret précise : « *Chacune des écoles aura une bibliothèque, un cabinet d'anatomie, une suite d'instruments et d'appareils de chirurgie, une collection d'histoire naturelle médicale. Il y aura, dans chacune, des salles et des laboratoires destinés aux exercices pratiques des élèves dans les arts qui doivent assurer leur succès* » (46).

Les étudiants doivent se former à la pratique en réalisant des dissections anatomiques et des opérations chirurgicales, ainsi que des expériences de chimie.

Il est prévu que les Écoles de chirurgie des trois villes choisies soient supprimées et refondues avec les nouvelles Écoles de Santé. Le décret de la Convention crée également des hôpitaux d'instruction maritime à Brest, Rochefort et Toulon, et militaires à Metz et Lille.

3. L'École de Santé de Paris

L'École de Santé de Paris ouvre ses portes en janvier 1795. Située dans les locaux de l'ancienne Académie de Chirurgie et le proche couvent des Cordeliers, elle est présidée par Michel-Augustin Thouret (1748-1810). Fils d'un notaire de Caen, médecin formé à Paris, Thouret est un ancien membre de la Société Royale de Médecine. Il deviendra doyen de l'École de Paris en 1806.

a. Les élèves

Initialement, l'École de Santé de Paris accueille 300 « Élèves de la Patrie » formés en trois ans pour être Officiers de Santé dans les armées. Parmi les premiers étudiants inscrits, on retrouve Guillaume Dupuytren (1777-1835), qui deviendra un des principaux chirurgiens du début du XIXe siècle.

Âgés de dix sept à vingt six ans, les étudiants sont sélectionnés dans chaque district selon leur civisme et leurs connaissances, et répartis dans les trois écoles en fonction de leur lieu d'origine (ceux du Nord Ouest à Paris, ceux de l'Est à Strasbourg et ceux du Sud à Montpellier). Ils doivent prêter le serment révolutionnaire, dont le contenu évolue au fil des années.

Au sein des écoles, les élèves sont répartis en trois classes selon leur niveau : les *Commencants*, les *Commencés* et les *Avancés*. La discipline est militaire, des attestations de présence doivent être signées à chaque cours.

Les étudiants sélectionnés sur la base de leur civisme manquent souvent de connaissances et de motivation ; leur sélection évolue donc rapidement.

Pour remplacer les élèves absents ou incorporés aux armées, c'est dorénavant par concours que les nouveaux étudiants sont sélectionnés, permettant ainsi d'éliminer les élèves aux connaissances trop faibles.

En 1797, l'École de Paris ouvre son enseignement aux étudiants dits « libres », afin de former des médecins pour la société civile. Le nombre d'élèves est alors de plus de mille. Pour les étudiants libres, il n'y a pas de durée définie pour les études, et aucun diplôme n'est délivré. Les élèves peuvent quitter l'École dès que leur niveau est jugé satisfaisant pour exercer la médecine.

A partir de floréal an VI, l'École supprime le régime d'Élèves de la Patrie et ne reçoit plus que des étudiants libres non rémunérés (16).

b. L'enseignement

Les professeurs sont quatre docteurs-régents et huit professeurs chirurgiens de l'ancienne Académie de Chirurgie. Nommés et rémunérés par le Comité d'Instruction Publique, ils sont employés à plein temps. Chaque professeur titulaire est doublé d'un adjoint, avec qui il se partage le travail.

Fourcoy exige de « *prendre ces professeurs parmi les citoyens les plus éclairés dans chacune des sciences qui doivent être enseignées* » (47). Il fait lui-même partie des douze professeurs titulaires en enseignant la chimie médicale et la pharmacie.

Douze chaires d'enseignement sont individualisées : neuf chaires théoriques enseignant en alternance par des cours magistraux, divisés en semestre d'hiver et semestre d'été : Anatomie et physiologie, chimie médicale et pharmacie, physique médicale et hygiène, pathologie externe, pathologie interne, histoire naturelle médicale, médecine opératoire, accouchements, médecine légale et histoire de la médecine.

Et trois chaires cliniques dont l'enseignement est continu tout au long de l'année : Clinique externe, clinique interne et clinique de perfectionnement (13).

Les cours magistraux sont donnés dans les locaux de l'ancienne Académie de Chirurgie, disposant d'un amphithéâtre, de collections d'anatomie et d'une bibliothèque renfermant plus de quinze mille volumes.

Les cours pratiques, notamment dissections et expériences de physique et chimie ont lieu dans le couvent des Cordeliers (48). Les cours d'anatomie comprennent des dissections sur des cadavres, mais également des démonstrations sur des modèles en bois ou en cire, car moins onéreux.

L'enseignement clinique a lieu dans trois hôpitaux parisiens : l'Hôpital de la Charité (Hospice de l'Unité) pour la clinique interne, l'Hôtel-Dieu (Hospice de l'Humanité) pour la clinique externe et l'Hôpital des Cliniques, ancien hospice de l'Académie de Chirurgie (Hospice de l'École ou Hôpital de l'Observance) pour la clinique de perfectionnement, c'est à dire les cas rares et compliqués, à la fois médicaux et chirurgicaux.

Les élèves y effectuent trois stages obligatoires de quatre mois chacun.

Les professeurs de clinique sont Corvisart, futur médecin de Napoléon, pour la chaire de clinique interne et Desault pour la clinique externe, tous les deux exerçant déjà avant la Révolution. Desault meurt en 1795 et est remplacé par Pelletan.

Desault fonde un périodique en 1791, *Le Journal de Chirurgie*, qui a un grand succès auprès du monde médical, y compris en Europe. Ce journal vise à transmettre ses connaissances comme le décrit Bichat, son élève et éditeur : « *Il entreprit (...) un ouvrage périodique, où l'exposé de sa doctrine, confirmé par les résultats de sa pratique, présenta une suite de faits et de préceptes, qui méthodiquement rassemblées devaient former un jour les bases d'un traité plus complet* » (49).

Un enseignement pratique concernant les blessures de guerre est prévu, l'École disposant d'un sabre, d'une baïonnette et d'un fusil délivrés par l'Armée (47).

c. L'École Pratique de Dissection

L'École Pratique de Dissection est fondée en 1750. Elle est initialement rattachée au Collège Royal de Chirurgie.

Jusqu'en 1793, l'enseignement reste similaire à celui qu'il était avant la Révolution et offre une formation de qualité, axée sur les dissections. Les cours sont réservés à une sélection des meilleurs étudiants en chirurgie, choisis par les professeurs. L'École dispose l'hiver d'un droit officiel sur les cadavres provenant de la Salpêtrière permettant d'assurer des dissections régulières.

Entre 1793 et 1797, malgré la dissolution de l'Académie Royale et du Collège Royal de Chirurgie, l'École Pratique continue à fonctionner en recevant des aides du gouvernement (25).

A partir du 19 brumaire an VI, les élèves de l'École Pratique, au nombre de 120, sont recrutés par concours parmi les élèves en première année de l'École de Santé de Paris et divisés en trois classes ; les étudiants passent une année dans chacune des classes.

L'enseignement se diversifie et devient pluridisciplinaire. Des professeurs libres intègrent le personnel, apportant des idées nouvelles.

Les cours sont divisés en semestre d'hiver et d'été et portent notamment sur l'anatomie, la chirurgie, la pharmacie et la physiologie. Les élèves apprennent à disséquer, poser des bandages et l'art des accouchements. A la fin de chaque année, un examen a lieu dans chaque classe, permettant de décerner des prix aux meilleurs étudiants.

L'École Pratique de Dissection perdure au sein de l'École de Santé de Paris jusqu'en 1871.

d. Les examens

Jusqu'en 1797, il n'y a pas d'examen pour les étudiants des trois Écoles, le décret du 14 frimaire an III n'ayant en effet pas prévu d'examens de réception conférant le droit d'exercer la médecine (47).

Des examens publics sont établis à partir de septembre 1797 (fructidor an V). Les élèves ayant réussi trois examens facultatifs dont la soutenance d'une thèse reçoivent des certificats de capacité provisoires (45). Ces derniers ne sont nullement obligatoires pour exercer la médecine. Cette pratique perdure jusqu'à la loi du 19 ventôse an XI, qui réglemente l'exercice de la profession.

La première thèse soutenue depuis 1793 est à Montpellier le 18 décembre 1798 (28 frimaire an VII). Il y aura 406 thèses rédigées, dont seulement six en latin, entre l'an VII et l'an XI qui marque le rétablissement des grades (50).

A partir du 9 nivôse an V, un cours pour les élèves sages-femmes d'une durée de trois mois est mis en place à l'École de Santé de Paris.

En vertu de la loi dite Daunou du 25 octobre 1795 (3 brumaire an IV) relative à l'organisation de l'instruction publique, les trois Écoles de Santé deviennent des Écoles Spéciales de Médecine. Cette loi n'entraîne pas de modification de l'organisation ni de l'enseignement.

4. Les formations parallèles

A côté de l'enseignement dispensé dans les trois Écoles de Santé, il existe de nombreuses formations parallèles, la plupart apparues après les suppressions de la Révolution.

Un enseignement non officiel est dispensé dans certains hôpitaux de province, préparant l'entrée dans une École de médecine ou formant directement des officiers de santé. Connues sous le nom d'Écoles départementales ou Cours d'Instruction Médicale, ces formations ne délivrent aucun grade.

Ces établissements sont reconnus à partir de 1806 comme « Écoles Secondaires de Médecine », alimentées par un budget municipal ; c'est le cas de Besançon, Amiens, Poitiers, Angers et Grenoble. En 1820, il en existe dix huit.

Malgré l'importance donnée à la formation pratique, les étudiants des Écoles de Santé restent mal formés en clinique. Les Écoles sont surchargées, les cours à l'École Pratique de Dissection sont réservés à un petit nombre d'élèves, et les visites à l'hôpital sont peu instructives du fait du trop grand nombre d'étudiants.

Un certain nombre d'élèves a donc recours à des cours privés donnant la possibilité de pratiquer des dissections. Les cours privés permettent également l'enseignement de matières ignorées du programme d'études, celui ci présentant de nombreuses lacunes.

Une autre possibilité d'acquérir une formation pratique est de devenir assistant d'un médecin libéral extra hospitalier et de le suivre dans son activité.

C. LA LOI DU 10 MARS 1803

1. Une réforme nécessaire

Adopté dans un contexte d'urgence, le décret du 14 frimaire montre rapidement ses limites. Comme le décrit Jacques Bescond, « Il existe une confusion pédagogique et une grande difficulté de passer d'un état provisoire motivé par l'urgence à une organisation cohérente et définitive visant à la formation des médecins » (44).

Le décret se voulait une réforme en profondeur des études médicales avec l'application des deux grands principes chers à Vicq d'Azyr : la réunion de la médecine et de la chirurgie, et un cursus d'enseignement complet orienté vers la pratique.

En pratique, ce programme tarde à se mettre en place et l'exercice de la profession comme l'enseignement ont du mal à s'organiser. La tradition classique et l'influence de Galien et Hippocrate sont encore omniprésentes.

Les étudiants ne sont pas toujours très assidus, et certains quittent l'École en cours d'année. Un grand nombre d'élèves, incapables d'assumer le coût de la vie parisienne, démissionnent la première année. Le programme des cours est rarement suivi, les professeurs étant mal payés, et les conditions matérielles sont précaires avec des locaux mal chauffés.

Aucun examen de fin d'études ou diplôme spécifique n'est exigé pour exercer la médecine, et n'importe qui en vertu de la loi d'Allarde peut soigner ; le charlatanisme reste omniprésent. Comme le souligne Fourcroy dans un rapport présenté le 7 germinal an XI : « *Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont point la moindre notion. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. Aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée* » (51).

L'exercice médical nécessite donc de nouvelles réformes et les débats reprennent au Conseil des Cinq-Cents.

Thouret, directeur de l'École de Santé de Paris, publie en 1796 un « *Nouveau Plan de Constitution pour la Médecine en France* », dans lequel il propose des améliorations de l'enseignement au sein des Écoles.

Pierre-Jean Georges Cabanis (1757-1808) est un autre personnage marquant de cette époque. Fils de juriste du Sud-Ouest, il est diplômé de la Faculté de Médecine de Paris en 1783. Avant la Révolution, il fréquente les philosophes des Lumières.

Très actif sur le plan politique et médical, il publie un « *Rapport sur l'organisation des Écoles de Médecine* » en novembre 1798 qui propose des améliorations de l'enseignement au sein des Écoles. Il réaffirme l'importance de réunir la médecine et la chirurgie et la place de l'enseignement pratique ; « *Ce n'est pas dans les livres, mais au lit du malade, que se fait l'apprentissage véritable du jeune médecin* » (51).

Ces différents rapports aboutissent à la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), une des principales du XIXe siècle, défendue par Fourcroy et Thouret.

2. Création de deux catégories de praticiens

Destinée à réglementer l'exercice de la médecine, la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) régit l'enseignement médical jusqu'en 1892. Elle met fin à la liberté d'exercer la médecine sans diplôme et abolit la différence entre médecins et chirurgiens.

La loi individualise deux catégories de praticiens différant par la formation et l'exercice médical :

Les Officiers de santé :

Médecins de seconde classe, les officiers de santé sont destinés à être formés rapidement pour soigner les populations rurales, supposées souffrir de maladies plus simples que les citadins.

Trois sortes d'accès à la profession sont possibles :

- Trois années d'études dans une École de Médecine, pouvant être remplacées par
- Six ans d'assistanat auprès d'un médecin installé ou
- Cinq années d'activité dans un hôpital civil ou militaire, ou une École Secondaire de Médecine (après leur création).

Les officiers obtiennent leur diplôme après trois examens en français devant un jury départemental composé de deux médecins du chef-lieu et d'un professeur de médecine de l'École de Médecine la plus proche.

Seuls les candidats reçus au premier examen peuvent se présenter au deuxième, de même au deuxième pour le troisième. Chaque examen coûte entre soixante et soixante dix francs (52). Les épreuves portent sur l'anatomie, les éléments de la médecine, la chirurgie et les connaissances de base en pharmacie.

L'exercice des officiers de santé présente plusieurs particularités : ils ne peuvent soigner que dans le département où ils ont été reçus, et ont interdiction de pratiquer des opérations chirurgicales importantes. Les actes chirurgicaux mineurs sont possibles mais doivent être effectués sous la supervision d'un docteur. Enfin, leurs honoraires sont inférieurs à ceux des médecins.

L'enseignement des officiers de santé est modifié en 1854 puis 1883 : le nombre d'années d'études passe de trois à quatre, et le programme se rapproche de celui des futurs docteurs. L'Officiat de Santé est aboli en 1892 ; il inspirera à Flaubert le célèbre personnage de Charles Bovary.

Les Docteurs en médecine ou chirurgie :

Exerçant en ville, ils sont formés en quatre ans au sein des Écoles. La formation a lieu en français. Aucune qualification préalable n'est exigée avant l'inscription.

Les examens ont lieu à la fin de la dernière année et comportent cinq épreuves orales et écrites ainsi qu'une thèse pouvant être rédigée en français ou en latin.

Les épreuves portent sur (47) :

Première épreuve : anatomie et physiologie

Deuxième épreuve : pathologie et nosologie

Troisième épreuve : matière médicale, chimie et pharmacie

Quatrième épreuve : hygiène et médecine légale

Cinquième épreuve : clinique interne ou externe, selon la future spécialité.

A la fin des études, les étudiants choisissent en effet de s'orienter vers la médecine ou la chirurgie, mais le cumul des deux diplômes est possible. Le doctorat commun aux médecins et chirurgiens n'est créé qu'en 1892. A partir de cette date, il n'existe qu'un diplôme unique et obligatoire, celui de docteur en médecine.

La loi du 19 ventôse modifie les dispositions d'admission dans les Écoles de Santé : les futurs étudiants doivent présenter un certificat de bonnes vies et mœurs, et justifier d'un cours complet d'études dans un lycée. A défaut, un examen préliminaire permet de vérifier leurs connaissances de base. Les frais d'inscription coûtent entre 100 et 140 francs selon les années d'études.

La loi statue également sur l'ensemble des praticiens exerçant au moment de sa création en 1803 :

Les praticiens sans diplômes s'étant déclarés eux-mêmes médecins et chirurgiens depuis la suppression des structures d'enseignement en 1792 deviennent officiers de santé : « *Les médecins ou chirurgiens, établis depuis la suppression des universités, facultés, collèges et communautés, sans avoir pu se faire recevoir, et qui exercent depuis trois ans, se muniront d'un certificat délivré par les sous-préfets de leurs arrondissements (...) ce certificat, qui constatera qu'ils pratiquent leur art depuis l'époque indiquée, leur tiendra lieu de diplôme d'officier de santé* » (53). Cette disposition controversée est accusée en quelque sorte de légaliser le charlatanisme.

Les personnes ayant fait leurs études dans les trois Écoles instituées par la loi du 14 frimaire et bénéficiant d'un certificat provisoire de capacité, donc ayant passé des examens, peuvent réclamer un diplôme de docteur.

Enfin, les médecins et chirurgiens diplômés sous l'Ancien Régime deviennent docteurs. Il s'agit d'une grande valorisation pour les chirurgiens, ces derniers étant auparavant pour la plupart simples chirurgiens de légère expérience.

En 1805, on retrouve 20 % de docteurs diplômés en médecine toutes époques confondues, 50 % de docteurs en chirurgie et anciens maîtres chirurgiens, et 30 % d'officiers de santé. Les médecins sont néanmoins plus présents dans la moitié nord du pays qu'au sud (10).

La loi du 19 ventôse prévoit également l'ouverture de six Écoles spéciales de médecine : Paris, Montpellier et Strasbourg existent déjà, les trois autres sont créées à Gènes, Turin et Mayence au sein des départements annexés et disparaîtront en même temps que l'Empire (16).

La loi du 19 ventôse est rapidement l'objet de contestations. On lui reproche d'individualiser deux ordres de médecins différents par leur degré d'instruction et leurs droits. En dépit des critiques, ces dispositions régissent la profession médicale jusqu'à la fin du XIX^e siècle.

3. Le charlatanisme

A compter de la loi de 1803, le diplôme d'Officier de Santé ou de Docteur devient obligatoire pour exercer la médecine. L'article un de la loi précise en effet que « *nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé sans être examiné et reçu comme il sera prescrit dans la présente loi* » (26).

Les praticiens doivent faire enregistrer leur diplôme au niveau des autorités administratives civiles et judiciaires. L'exercice illégal de la médecine n'est cependant qu'une simple infraction passible d'amende dont le montant n'est pas précisé dans la loi.

Au cœur des campagnes résistantes à la médicalisation, les empiriques restent très populaires. On retrouve des charlatans itinérants, vendeurs de remèdes miracles, et des guérisseurs, plus ou moins spécialisés.

Comme l'explique Jacques Léonard « *L'opinion publique au XIXe siècle refuse de faire coïncider le diplôme et la faculté de guérir (...). Dans le peuple, ce n'est pas le titre, c'est la réussite qui fait la différence* » (54).

L'auteur avance plusieurs théories pour expliquer ce recours à l'empirisme, notamment la forte influence religieuse qui fournit aux fidèles objets bénis et autres livrets d'oraison censés délivrer du mal.

Une autre explication se retrouve dans le coût financier des médecins et officiers de santé, hors de portée de la grande majorité de la population, et l'éloignement social des docteurs. Avec le développement des services de soins gratuits dans la deuxième moitié du XIX siècle, on assiste alors à une diminution du charlatanisme.

La frontière est parfois floue entre la médecine officielle et illégale, certains docteurs collaborant avec des empiriques, adressant par exemple des patients à des rebouteux renommés.

Cette médecine parallèle reste fortement ancrée dans les mœurs au cours du XIXe siècle.

D. LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

1. Réformes du système hospitalier

a. Politique hospitalière

A la fin de la Convention, la situation financière des hôpitaux est catastrophique. La plupart des établissements sont au bord de la faillite et criblés de dettes. Faute de moyens pour assurer l'entretien, les locaux sont dans un état de délabrement avancé.

Cette situation est la conséquence des différentes mesures de nationalisation et d'aliénation des biens hospitaliers durant la Révolution.

La nationalisation des biens de l'Église en 1789 prive les établissements hospitaliers des nombreux dons versés régulièrement par les institutions religieuses. Un décret de décembre 1790 supprime le financement des hôpitaux par le Trésor Public. Nombre de privilèges financiers accordés aux établissements disparaissent, comme les dîmes, ce qui aboutit à leur ruine.

Le 11 juillet 1794 (23 messidor an II), la Convention décide la nationalisation des biens des hôpitaux. Cette décision, destinée à rapporter de l'argent dans les caisses vides des villes, est peu efficace, et donc de courte durée, prenant fin en août 1795 (fructidor an III) avec la restitution aux hôpitaux de leurs biens non vendus (41).

Le Directoire marque le renouveau des hôpitaux, en réorganisant leur gestion. Ces derniers retrouvent peu à peu un équilibre budgétaire, financés par la charité privée et les pouvoirs publics.

La loi du 7 octobre 1796 (16 vendémiaire an V) instaure un hôpital public par commune, dirigé par une commission indépendante de citoyens présidée par le maire. La gestion administrative et financière des hôpitaux est désormais aux mains des municipalités.

En 1801, est fondé à Paris par Chaptal le Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils. Présidé par le préfet de la Seine, ce nouveau cadre administratif permet d'unifier la direction et l'administration des établissements hospitaliers et des secours à domicile parisiens (55). A la même époque, se créent un bureau des admissions et une pharmacie centrale.

b. Médicalisation des hôpitaux

Traditionnellement refuges de miséreux, les hôpitaux deviennent au cours du XIX^e siècle des établissements de soins, au cœur des progrès de la médecine. Comme l'écrit Serge Borsa, « *l'hôpital se déconfessionnalise et se professionnalise* » (56).

Conséquence de la politique hospitalière du Directoire, de nouveaux établissements sont créés et les anciens hôpitaux sont améliorés et agrandis. Leur répartition est néanmoins très anarchique avec de fortes disparités selon les régions.

Des établissements spécialisés apparaissent ; l'Hôpital des Vénériens en 1794, l'Hôpital Saint-Louis spécialisé dans les maladies de peau en 1799. Le premier hôpital réservé aux enfants est l'hôpital des Enfants-Malades créé à Paris en 1802.

Sous l'Ancien Régime, on isole déjà au sein des hôpitaux des catégories de malades comme les fiévreux. Au XIX^e siècle, la spécialisation se poursuit des salles spécialisées qui deviennent réservées à certaines classes de patients, notamment les accouchées.

Une démarcation est établie entre les hôpitaux médicaux, les hospices et les établissements à but carcéral. La loi du 7 août 1851 relative à l'organisation des secours hospitaliers officialise la distinction théorique entre hôpital, lieu de soins réservé aux malades, et hospice, établissement d'assistance. Cette démarcation reste néanmoins théorique pendant de nombreuses années ; l'hôpital, gratuit, restant de manière général réservé aux pauvres (56).

Le développement de l'assistance à domicile contribue à soulager les hôpitaux de l'afflux de miséreux. Cette assistance s'exerce au moyen d'œuvres privées à caractère confessionnel et d'institutions publiques, les bureaux de bienfaisance.

c. Les Religieuses Hospitalières

Les religieux, chassés des hôpitaux au début de la Révolution, sont réintégrés progressivement sous le Consulat et le début de l'Empire.

Ce retour est un soulagement car le personnel laïc ayant remplacé les sœurs religieuses n'a aucune formation médicale, et fut préjudiciable pour le bon fonctionnement des hôpitaux. On apprécie le zèle et le dévouement des sœurs hospitalières, qui acceptent des conditions de vie souvent très dures. En 1878, on dénombre 20 000 sœurs de charité réparties en 225 congrégations (57).

Durant la première moitié du XIX siècle, les sœurs hospitalières sont indispensables aux hôpitaux, gérant à certains endroits la partie administrative et la comptabilité.

Sur le plan médical, un décret du 9 pluviôse an X (29 janvier 1802) les autorisent à préparer pour les hospices et les soins à domicile « *les tisanes, les potions huileuses, les potions simples, les loochs simples, les cataplasmes, les fomentations, les médecines et autres médicaments magistraux semblables dont la préparation est si simple qu'elle n'exige pas des connaissances pharmaceutiques bien étendues* » (54).

En dehors des hôpitaux, les religieuses sont très appréciées dans les campagnes, où l'influence de l'Église reste forte : « *le succès populaire des religieuses vient de ce qu'elles sont et d'Église et femmes* » (54). Proches du peuple et dévouées, effectuant des tournées régulières, les sœurs sont la plupart du temps appelées avant le médecin.

Cette influence conduit parfois à des querelles entre religieuses et médecins, ces derniers les accusant d'empiéter sur le domaine médical, de faire preuve d'obscurantisme et d'incompétence. En dépit de ces quelques conflits, il existe néanmoins une réelle alliance professionnelle entre ces deux professions, le corps médical acceptant le partage de compétences.

La laïcisation du personnel hospitalier se fait progressivement à partir de la fin du XIXe siècle, avec en parallèle la création d'écoles d'infirmières. Deux de ces écoles sont créées en 1878 à la Salpêtrière et à Bicêtre.

On retrouve toutefois des religieuses au sein des hôpitaux jusqu'au XXe siècle.

2. Création de l'Externat et de l'Internat de Paris

La Révolution distingue deux voies d'enseignement médical : la voie universitaire, officielle et ouverte à tous et la voie hospitalière, indépendante des Facultés et réservée aux meilleurs étudiants, sélectionnés par concours. Ces deux enseignements, fonctionnant longtemps en parallèle l'un de l'autre seront fusionnés au cours du XXe siècle.

Le XIX siècle marque l'essor de la médecine hospitalière. Les grands hôpitaux se modernisent et deviennent des centres d'enseignement et de recherche, indispensables à une bonne formation médicale. La disparition de la censure religieuse sur les hôpitaux et Facultés facilite les innovations médicales, les médecins pouvant exprimer en toute liberté leurs théories. Les découvertes médicales se multiplient.

Sous l'impulsion de Jean Antoine Chaptal (1766-1832), médecin et ministre de l'Intérieur sous Napoléon Bonaparte, la loi du 23 février 1802 (4 ventôse an X) instaure l'Externat et l'Internat de Paris.

Il s'agit de deux concours instaurant une « *division des élèves en externes et internes, deux degrés dont on n'atteindra le second qu'après avoir franchi le premier* » (13).

Les épreuves sont difficiles, particulièrement celles de l'Internat, réservées à une minorité d'étudiants en médecine et dont le programme est indépendant de l'enseignement de la Faculté.

Seuls les externes peuvent se présenter au concours de l'Internat. A partir de 1807, les candidats à l'Internat doivent présenter un certificat justifiant de leur assiduité et de leur bonne conduite en tant qu'externes.

a. L'Externat

Les candidats à l'Externat doivent être inscrits en Faculté de médecine et avoir au minimum dix huit ans. Ils sont autorisés à passer le concours à partir de la deuxième année d'études médicales.

Jusqu'en 1867, le concours de l'Externat comporte un écrit et un oral, remplacés par deux épreuves orales à partir de 1868, à leur tour remplacées par des épreuves écrites en 1924. Les candidats à l'Externat sont interrogés sur « *les préliminaires de l'art de guérir, sur les généralités de l'anatomie, de la médecine à la chirurgie* ». (55)

L'Arrêté du Conseil général des hospices du 5 juin 1803 définit les fonctions des externes : « *Les externes subordonnés aux internes sont leurs aides et leurs suppléants au besoin, et ils les remplacent provisoirement en attendant le concours de l'internat. Ils suivent les visites des chefs et se conforment à leurs ordres comme les internes* ». (58)

En plus de leurs devoirs hospitaliers, la préparation du concours de l'Internat occupe une grande partie du temps des externes. La plupart des cours qu'ils suivent pour préparer le concours sont donnés en dehors du cadre de la Faculté, par des conférenciers libres, internes en fin d'études ou médecins des hôpitaux.

La durée de l'externat est de trois ans, pouvant être prolongée de trois ans en cas d'échec au concours de l'Internat. L'étudiant peut tenter le concours au bout d'un an d'externat.

Les hôpitaux provinciaux sièges de Facultés ou Écoles de médecine instaurent rapidement à leur tour un concours d'externat, assez similaire au concours parisien. Néanmoins, les externes provinciaux souhaitant devenir internes à Paris doivent auparavant passer le concours d'Externat parisien.

L'Externat et l'Internat de Nantes sont créés en 1808, en même temps que l'École de Médecine de Nantes (Cours d'Instruction Médicale). Entre 1808 et 1834, Nantes compte 47 internes en médecine, tous ayant passé le doctorat parisien. Six d'entre eux deviennent professeurs à l'École de Nantes.

b. l'Internat

Le concours de l'Internat est difficile et sa préparation occupe une majeure partie du temps des externes. Seul un faible pourcentage d'entre eux le réussit. Le programme du concours, très vaste, porte sur l'anatomie et la pathologie médicale et chirurgicale. Les candidats sont interrogés sur « *les connaissances théoriques nécessaires aux futurs internes pour profiter de l'instruction pratique qu'ils recevront dans les hôpitaux* » (59).

La durée de l'internat est de quatre ans ; les internes s'orientent librement vers la médecine ou la chirurgie et sont répartis dans les différents hôpitaux parisiens selon leur ordre de classement : Hôtel-Dieu, la Charité, Saint-Louis, Vénériens, Enfants-Malades, Saint-Antoine, et les deux hospices la Salpêtrière et Bicêtre.

Les meilleurs internes peuvent concourir pour une Médaille d'Or, récompense permettant de prolonger l'internat d'une cinquième année. Durant leur formation hospitalière, ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine libérale en ville (60).

L'Internat ouvre la voie à une formation médicale théorique et pratique renommée de très grande qualité. Le titre d'« *ancien Interne des Hôpitaux de Paris* » est longtemps inscrit par les médecins sur leur plaque.

Les internes, logés, nourris et blanchis, sont subordonnés aux médecins et chirurgiens-chefs mais dotés de nombreuses responsabilités, notamment la prescription de traitements.

François Louis Poumiès de la Siboutie, cité par Othmar Keel, décrit dans ses *Souvenirs d'un médecin de Paris*, le quotidien d'un interne au début du XIXe siècle : « *Les avantages de l'internat sont immenses. L'interne voit les malades à leur arrivée dans le service, rend compte de leur état, exécute ou dirige les pansements les plus importants, surveille les externes pour les pansements les plus ordinaires, recueille et rédige les observations les plus intéressantes, fait la visite du soir. C'est une immense source d'instruction.* » (58). On retrouve ici l'origine de la « contre visite » exécutée aujourd'hui encore.

Au fil des années, de nombreux internats se créent dans les villes de provinces, mais celui de Paris reste le plus prestigieux, attirant des étudiants de l'ensemble du pays. Les internes parisiens du XIXe siècle sont ainsi aux trois quarts originaires de province.

c. Une formation élitiste

Les internes et les externes sont rémunérés par l'administration centrale des hôpitaux. Contrairement au reste des étudiants en médecine, ils sont dispensés des stages de spécialité imposés par la Faculté.

Les 24 premiers internes parisiens sont reçus par concours six mois après sa création, le 13 septembre 1802 (26 fructidor, an X), et les premiers externes l'année suivante. Au cours du XIXe siècle, le nombre de places d'externes et d'internes augmente régulièrement ; en 1908, on compte environ 1000 externes et 250 internes dans les hôpitaux parisiens pour plus de 5000 étudiants à la Faculté de médecine (13).

En dépit de cette ouverture, les concours de l'Externat et de l'Internat Parisien restent jusqu'au XXe siècle des concours de prestige réservés à une élite minoritaire.

A l'hôpital, en plus de leur formation théorique et pratique et de leurs responsabilités, les internes et externes sont au cœur de la médecine moderne et des innovations.

Les autres étudiants, simples stagiaires, bénéficient d'une formation souvent insuffisante. L'enseignement de la Faculté reste en effet obsolète et insuffisamment tourné vers la pratique.

Comme le souligne L Pasteur Vallery Radot cité par Jacques Poirier : « *L'étudiant qui s'est contenté d'être stagiaire, sans passer l'externat des hôpitaux, bien souvent quitte la faculté insuffisamment instruit pour examiner et traiter les malades. A l'inverse, les anciens externes des hôpitaux sont dans l'ensemble de bons praticiens dès leur sortie de faculté* ». (16)

De nombreuses critiques s'élèvent pour réclamer la suppression des concours et généraliser une formation hospitalière de qualité à l'ensemble des étudiants en médecine.

Le concours de l'Externat est supprimé en 1969, instaurant les « étudiants hospitaliers », toujours appelés en pratique « externes ».

Le concours de l'Internat, devenu en 1983 un concours universitaire permettant l'accès aux spécialités, disparaît définitivement en 2004, au profit des Épreuves Classantes Nationales (ECN), obligeant tous les étudiants en médecine à être internes et à bénéficier d'une formation pratique hospitalière.

3. La médecine militaire

L'entrée en guerre de la France en 1792 provoque une augmentation importante des effectifs de l'armée, et la nécessité de repenser la médecine militaire. Les praticiens sont insuffisants pour assurer les soins et la place manque pour les hospitalisés.

Le 7 août 1793, le ministre de la guerre crée le Conseil Central de Santé, composé de trois médecins, trois chirurgiens et trois pharmaciens, afin de s'occuper du corps de santé militaire (61). Ce Conseil, remplacé en 1794 par une Commission de Santé, ne permet pas de pallier au manque de praticiens militaires. Il est supprimé en 1796 et remplacé à son tour par une Inspection Générale de Santé.

Le décret du 14 frimaire an III crée trois Écoles de Santé dédiées à la formation d'Officiers de Santé pour les armées.

Les Écoles ne suffisant pas aux besoins des armées, un hôpital militaire d'instruction voit le jour le 19 mai 1796 ; il s'agit de la future École du Val-de-Grâce. On compte deux professeurs de médecine et deux de chirurgie. L'enseignement est théorique en amphithéâtre et pratique au lit du patient.

Dans le même but, l'Inspection Générale de Santé réorganise les hôpitaux d'instruction militaire de Lille, Metz et Strasbourg. Ceux ci, créés en 1747, sont fermés en 1850.

La formation des officiers militaires est assurée au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle par l'École du Val-de-Grâce et les Écoles de service de santé militaire de Strasbourg et Lyon, créées respectivement en 1856 et 1889 (16).

Le fonctionnement des trois Écoles de Santé Navale de Brest, Rochefort et Toulon est réorganisé le 18 pluviôse an VI (6 février 1798). Les cours, au nombre de onze, sont délivrés par des professeurs nommés par concours. Cette organisation perdure jusqu'à la Restauration (14).

TROISIÈME PARTIE : ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE AU XIX^e SIÈCLE

A. L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

1. Retour de l'Université

La Loi du 10 mai 1806 instaure l'Université Impériale de France. Le Décret d'application publié le 17 mars 1808 définit cinq ordres de Facultés, dont celle de Médecine.

Les trois Écoles de Santé de Paris, Montpellier et Strasbourg, fondées en 1794 par Fourcroy et devenues par la suite Écoles de Médecine, deviennent ainsi Facultés de Médecine. En 1806, sur les cinquante deux Facultés françaises, on en compte seulement trois en médecine.

Jusqu'au dernier tiers du XIX^e siècle, les Facultés de médecine restent au nombre de trois : Paris, Montpellier et Strasbourg. L'État en crée cinq nouvelles à la fin du XIX^e siècle : Nancy en 1874 qui remplace Strasbourg (l'Alsace Moselle ayant été annexée par l'Allemagne), Lyon et Bordeaux en 1874, Lille en 1875 et Toulouse en 1878.

En parallèle des Facultés, il existe des Écoles de Médecine, liées à des hôpitaux de province. Reconnues officiellement en 1806 comme Écoles Secondaires, elles passent sous le régime universitaire en 1820.

Les Écoles Secondaires deviennent à la suite d'une ordonnance royale du 13 octobre 1840 des Écoles Préparatoires de médecine et de pharmacie, au nombre de vingt deux, chacune comprenant six professeurs titulaires et deux adjoints (62).

En 1876, les deux plus importantes, Nantes et Marseille sont renommées Écoles de plein exercice. Les étudiants y font la totalité de leurs études avant de passer leur doctorat à Paris ou Montpellier.

En 1898, Rennes et Alger deviennent Écoles de plein exercice, portant leur nombre à quatre ; 569 étudiants au total y sont inscrits, dont un tiers à Nantes.

Les douze Écoles Préparatoires, peu fréquentées en comparaison des Facultés, regroupent 439 étudiants avec une répartition irrégulière selon les établissements (on compte un étudiant à Tours contre 65 à Angers) (10).

La majorité des Écoles Préparatoires deviennent des Facultés de médecine au cours du XXe siècle.

L'enseignement délivré au sein des Écoles Préparatoires est destiné aux futurs officiers de santé, ainsi qu'aux étudiants en médecine de la première à la troisième année, les meilleurs d'entre eux terminant leurs études dans une Faculté.

Il n'y a en effet ni passage d'examens ni délivrance de grades par les Écoles. Néanmoins, à partir de 1854, ces dernières attribuent les certificats d'officier de santé, les jurys départementaux à qui revenaient auparavant ce rôle ayant été supprimés.

En dépit des critiques sur le matériel et l'enseignement, les Écoles assurent aux étudiants provinciaux peu fortunés ne pouvant se rendre dans une grande ville une formation médicale pratique.

L'École de Médecine de Nantes, ou Cours d'Instruction Médicale, ouvert en 1808, voit son contingent d'étudiants passer à 41 en 1809. Les élèves sont répartis en élèves simples, expectants, externes et internes. Les étudiants aspirant au doctorat partent ensuite à Paris. C'est le cas des deux tiers des 347 élèves inscrits entre 1808 et 1820.

Le Cours d'Instruction Médicale est officiellement transformé en École Secondaire de Médecine le 18 mai 1820, puis en École Préparatoire de Médecine et Pharmacie en 1841, et enfin en École de Plein Exercice de Médecine et Pharmacie en 1876.

La loi du 3 mars 1954 transforme l'École de Nantes en Faculté de Médecine et de Pharmacie, transformation effective le 1^{er} janvier 1956.

La division du corps médical en trois catégories : docteurs en médecine, docteurs en chirurgie et officiers de santé perdure jusqu'à la fin du XIXe siècle.

Le 30 novembre 1892, une loi majeure réforme l'enseignement et l'exercice médical. Les officiers de santé et docteurs en chirurgie sont supprimés et un même diplôme de docteur en médecine réunit l'exercice de la médecine et de la chirurgie.

2. L'enseignement Universitaire

L'enseignement au sein des Facultés de médecine est assuré par des professeurs titulaires. Initialement recrutés par concours, ils sont à partir de 1852 fonctionnaires de l'enseignement supérieur et nommés par le ministre. A leur tête se trouve un doyen.

En plus des professeurs titulaires, le corps enseignant universitaire est constitué d'agrégés qui assistent les titulaires. L'agrégation de médecine est créée en 1823 sous la forme d'un concours ouvert à tous les docteurs en médecine entre vingt cinq et quarante ans.

Le personnel dit « auxiliaire » comprend les chefs de travaux anatomiques et les prosecteurs, responsables de l'enseignement pratique de l'anatomie, et les chefs de clinique (anciens internes des hôpitaux).

L'enseignement au sein des Écoles Préparatoires est assuré par des professeurs titulaires, professeurs suppléants et des chefs de travaux.

Au XIXe siècle, la durée des études médicales, fixée par la loi de 1803, est de quatre ans. Elle est prolongée d'une année en 1911, avant de passer à six ans en 1934.

Rares néanmoins sont les étudiants qui obtiennent leur doctorat en quatre ans ; les études sont exigeantes et leur coût contraint souvent les futurs médecins à travailler en parallèle. En 1833, on estime à environ 12 000 francs le prix à déboursier pour arriver jusqu'au doctorat (63).

Les conditions d'inscription évoluent ; la période révolutionnaire supprime la maîtrise ès-arts nécessaire sous l'Ancien Régime et aucune qualification préalable n'est exigée dès lors pour entreprendre des études médicales.

A compter de 1808, les étudiants doivent être en possession d'un baccalauréat ès-lettres, ainsi qu'un baccalauréat ès-sciences à partir de 1823. Ces deux diplômes, exigés par les Facultés, ne sont pas requis par les Écoles.

Le nombre d'étudiants en médecine augmente de façon très importante à partir de la fin de la Révolution. On compte parmi eux un certain nombre d'étudiants étrangers, attirés par la qualité de l'enseignement.

Tout au long du XIXe siècle, les programmes d'enseignement et le contenu des examens subissent de nombreuses modifications, marqués par les avancées médicales et l'accroissement du nombre d'étudiants.

Des trois Facultés de médecine, Paris est la plus importante. Strasbourg et Montpellier, de plus petite taille, offrent un enseignement moins complet.

3. La Faculté de Médecine de Paris

Rivale de la Faculté de Montpellier sous l'Ancien Régime, la Faculté de Médecine de Paris s'affirme au XIXe siècle comme le principal lieu du savoir médical en France.

Intégrée au sein de l'Université, elle en partage le prestige. L'École Pratique, les cliniques spécialisées hospitalières et l'élite d'externes et d'internes contribuent à sa renommée.

Théâtre d'une importante agitation politique, la Faculté de Médecine de Paris est fermée trois mois entre 1822 et 1823 par Louis XVIII. Lors de sa réouverture en février 1823, elle est réorganisée, portant le nombre de professeurs à vingt trois.

Les ressources financières de la Faculté de Médecine proviennent d'une part d'un budget fixe délivré par le ministère de l'Intérieur et de l'autre des inscriptions et droits d'examens (64).

Au sein des locaux existent une bibliothèque, un amphithéâtre de chimie, des laboratoires et un jardin botanique. A partir de 1813, les amphithéâtres libres de dissection parisiens sont supprimés et la Faculté héberge alors les professeurs libres d'anatomie.

A sa création en 1795, l'École de Santé de Paris compte douze chaires : neuf chaires théoriques et trois chaires cliniques, dont nous avons donné le détail précédemment.

En 1823, un décret royal porte à quinze le nombre de chaires théoriques avec le rajout notamment de la chaire de botanique, de thérapeutique et la chaire des accouchements et maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux nés.

Le nombre de chaires cliniques passe quand à lui à huit avec l'étoffement des chaires de clinique médicale et clinique chirurgicale qui passent respectivement au nombre de quatre et trois. La grande nouveauté est la création d'une chaire clinique d'obstétrique. A la fin du XIXe siècle, il existe à Paris trente cinq chaires de médecine (13).

En dépit des ajustements réguliers des programmes, il est reproché à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle à la Faculté de Médecine parisienne un retard dans l'enseignement de la physique, chimie et sciences naturelles, alors en plein essor.

Une École Pratique des Hautes Études est fondée à Paris en juillet 1868 permettant aux étudiants en médecine d'étudier au sein de laboratoires, mais ces derniers demeurent insuffisants pour assurer à l'ensemble des élèves une formation de qualité.

Une avancée est faite lors de la parution d'un décret le 20 juin 1878 visant à rendre la médecine plus scientifique en instaurant obligatoire dès la première année les travaux pratiques de physique, chimie et physiologie expérimentale (16).

Néanmoins, le manque d'intérêt de la Faculté pour les spécialités et la recherche scientifique en laboratoire entraîne une diminution du nombre d'étudiants étrangers. Jadis attirés par le rayonnement de l'École de Paris, ceux ci se tournent à partir de la moitié du XIXe siècle vers les universités allemandes qui assurent une formation physico-chimique beaucoup plus poussée.

4. L'enseignement hospitalier

Longtemps occulté des études médicales, l'enseignement clinique (du grec *klinê*, « lit ») se développe à la fin du XVIIIe siècle, avec la création au sein de l'École de Santé de trois chaires de clinique (clinique interne, clinique externe et clinique de perfectionnement), réparties dans les hôpitaux parisiens. En 1795, les étudiants y effectuent trois stages de quatre mois chacun.

Le nombre de chaires de clinique augmente au fil des années, avec la création de nombreuses chaires de clinique spécialisées. En 1813, la fonction de « chef de clinique », c'est à dire adjoint au Professeur de clinique, est créée (51).

Le stage hospitalier devient obligatoire à partir de 1841 : chaque étudiant doit, à partir de la troisième année, « *suivre la clinique hospitalière pendant un an au moins, soit en qualité d'externe, soit comme simple élève en médecine* » (13).

Un décret paru le 18 juin 1862 allonge cette durée à deux ans, tout en précisant les objectifs des stages « *Il ne suffit pas que l'élève stagiaire fasse acte de présence assidue à l'hôpital ; il doit prendre une part active et dévouée aux soins donnés aux malades (...) ; ce n'est qu'à cette condition que nos élèves pourront acquérir réellement l'expérience et l'instruction pratique qui doivent résulter de l'accomplissement du stage* » (16).

Comme vu précédemment, l'externat et l'internat assurent à une minorité d'étudiants une formation pratique de qualité.

5. L'enseignement libre

Parallèlement à l'enseignement officiel de la Faculté, se développe au cours du XIXe siècle l'enseignement libre. Celui ci joue déjà un rôle important avant la Révolution ; nous avons détaillé précédemment les rôles de Desbois de Rochefort et Desault donnant des cours de clinique dans les services hospitaliers, ainsi que les initiatives du Jardin du Roi ou de l'Académie de Chirurgie.

On distingue deux catégories de professeurs libres ; certains enseignent les matières du programme officiel, mais de façon plus novatrice. Les autres se définissent comme spécialistes et comblent les lacunes de l'enseignement de la Faculté en enseignant les disciplines émergentes ; histologie, hématologie ou encore anatomie pathologique microscopique.

Il existe des véritables professeurs libres ne dépendant ni des hôpitaux ni de la Faculté, mais la plupart sont des praticiens hospitaliers, médecins ou chirurgiens, des prosecteurs ou des chefs de travaux (65).

Dans les services hospitaliers, l'enseignement consiste en un commentaire de la visite hebdomadaire dans les salles de malades, les différents cas faisant l'objet de leçons plus ou moins détaillées.

L'École Pratique de la Faculté de Paris est un important centre de l'enseignement libre de l'anatomie et de la médecine opératoire. Durant la première moitié du XIXe siècle, Paris « *est la capitale internationale du cadavre* » (65). Cet enseignement parallèle perdure tout au long du siècle.

A la fin du XIXe siècle, les médecins hospitaliers sont autorisés à faire un enseignement libre dans une Faculté ou une École sur le thème de leur discipline.

A Nantes, il existe des cours de psychiatrie délivrés par Biauté, de Neurologie (Mirallié), d'ophtalmologie (Dianou), de laryngologie (Texier) et de Dermatologie (Bureau).

B. L'ESSOR MÉDICAL

1. Les avancées médicales

a. La médecine anatomo-clinique

Jusqu'à la fin du XVII^e siècle, la médecine reste sous l'influence du modèle hippocratique-galiénique et la maladie est perçue comme un désordre des humeurs.

Cette vision évolue au XVIII^e siècle avec les progrès de la physiologie et de l'anatomie. La médecine est alors dite nosologique et s'attache au classement des différentes maladies, en fonction des symptômes observés sur le vivant.

La première moitié du XIX^e siècle marque la naissance de la médecine anatomo-clinique. Le patient et les signes physiques de l'examen sont désormais placés au centre de la médecine. La maladie n'est plus perçue comme un désordre général du corps mais comme une lésion locale. Les lésions d'organes constatées post mortem deviennent l'entité spécifique de la maladie et sont rattachées aux signes cliniques observés (66).

François-Xavier Bichat (1771-1802) est un des fondateurs de la médecine moderne, en unissant l'observation clinique et l'examen autopsique.

Sans utiliser le microscope, il décrit macroscopiquement plusieurs variétés de membranes (tissus), leur attribuant une signification anatomo-fonctionnelle. Bichat formule le concept que les maladies n'affectent pas un organe mais les tissus qui le composent, et prône ainsi la nécessité des études physiologiques. L'anatomo pathologie devient la clé des maladies.

Bichat publie en 1800 le *Traité des membranes*, texte fondateur de la pathologie tissulaire et *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* la même année.

Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816), élève de Corvisart, est un des premiers à formuler la théorie selon laquelle la lésion est l'entité spécifique de la maladie.

Il publie en 1810 un unique ouvrage, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, dans lequel il détaille les différentes formes de phtisie. Ses travaux seront poursuivis par Laennec.

Corvisart, dont les travaux se concentrent sur les maladies du cœur, diffuse la percussion thoracique, inventée par un médecin Viennois, Auenbrugger. Ce dernier s'inspira de son père tonnelier qui percutait ses barriques pour en connaître le niveau de vacuité.

René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) est avec Bichat un des pères de la médecine anatomo clinique.

Né à Quimper, Laennec étudie la médecine avec son oncle Guillaume à l'Hôtel-Dieu de Nantes, avant de partir à Paris, où il devient l'élève de Corvisart.

Il découvre l'auscultation médiate en 1816 lors de l'examen d'une jeune femme dont le sexe et l'embonpoint ne lui permettent pas d'appliquer son oreille directement sur la poitrine (cette technique étant appelée auscultation immédiate).

La description de Laennec est la suivante : « *Je pris un cahier de papier, j'en formais un rouleau fortement serré dont j'appliquais une extrémité sur la région précordiale, et posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et distincte que je ne l'avais jamais fait par l'application immédiate de l'oreille. Je présurai dès lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile, et applicable non seulement à l'étude des battements du cœur, mais encore à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle, et peut-être de la fluctuation d'un liquide épanché dans la plèvre ou le péricarde* ». (51)

C'est la naissance du stéthoscope (du grec *stethos*, thorax). Le premier instrument est un cylindre de bois évidé, dont l'extrémité élargie est appliquée sur la poitrine tandis que l'autre extrémité plus rétrécie s'adapte à l'oreille du médecin.

Laennec est à l'origine de la séméiologie auscultatoire de la pathologie pleuro pulmonaire, notamment tuberculeuse. Il en décrit les différents aspects mais ignore son mode de transmission, ce qui lui sera fatal.

Ses recherches aboutissent à son ouvrage phare, *Traité de l'auscultation médicale ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur* en 1819.

Les quatre piliers de l'examen physique : inspection, palpation, percussion, auscultation sont ainsi établis. Dans la deuxième moitié du XIXe siècle, l'examen se raffine avec l'apparition de nouveaux signes cliniques : le réflexe pupillaire à la lumière, les réflexes ostéo-tendineux, ou encore les tests de l'équilibre (2).

Portée par les praticiens de la capitale qui constituent « l'École de Paris », la médecine anatomo-clinique permet d'énormes progrès dans la connaissance des maladies. En utilisant simplement l'examen physique et l'anatomie pathologique macroscopique, Pinel, Corvisart et bien d'autres grands noms acquièrent une renommée dépassant les frontières. De nombreux étudiants étrangers assistent aux leçons cliniques dispensées par les maîtres dans les services hospitaliers.

Bénéficiant d'une importante infrastructure hospitalière permettant de multiplier autopsies et observations, Paris devient un centre mondial de la médecine et confirme sa supériorité sur la Faculté de Montpellier.

A partir de la deuxième moitié du XIXe siècle et le développement de la médecine de laboratoire, le rayonnement de l'École de Paris décroît. En effet, les cliniciens français restent centrés sur la méthode clinique, qui à elle seule ne peut expliquer les causes des maladies. Il leur est reproché de privilégier l'anatomo pathologie au profit de la thérapeutique. Comme le remarque François-Vincent Broussais (1772-1838), un des médecins de l'École de Paris : « *Bayle ne parle jamais de guérir ; il se hâte de faire arriver ses malades à la mort afin de s'extasier sur les altérations cadavériques* ». (67)

La médecine française néglige les travaux des physiologistes et biochimistes en restant dans une orientation résolument clinique, et perd sa suprématie au profit de l'Allemagne, beaucoup plus avancée dans ce domaine.

b. La médecine de laboratoire

La médecine de laboratoire qui apparaît au XIXe siècle permet le développement de la physiologie, la microscopie et la bactériologie. Le microscope, inventé au XVIIe siècle mais de qualité médiocre jusque là, se perfectionne.

François Magendie (1783-1855) développe le premier la physiologie expérimentale, en introduisant l'usage d'animaux de laboratoire. Médecin à l'Hôtel-Dieu et Professeur au Collège de France, il conteste la médecine purement anatomo clinique et défend l'intérêt de faire des expériences pour étudier le fonctionnement des organes et des tissus.

Une partie de ses travaux concerne le système nerveux ; il démontre le rôle sensitif des racines postérieures de la moelle épinière et la circulation du liquide céphalo-rachidien. Magendie travaille également sur le mode d'action de plusieurs médicaments, dont la morphine, et publie en 1821 *Formulaire pour l'emploi et la préparation de plusieurs médicaments*.

Malgré l'importance de ses découvertes, Magendie reste occulté par son célèbre successeur, Claude Bernard (1813-1878).

Ce dernier, reçu docteur en médecine en 1843, rédige une thèse intitulée *le suc gastrique et son rôle dans la nutrition*, ce qui laisse deviner l'orientation de ses futurs travaux (4). Professeur à la Faculté des Sciences de Paris et au Collège de France, membre de l'Académie Française, Claude Bernard est le fondateur de la médecine expérimentale, dite de laboratoire, qui s'oppose à la médecine purement anatomo clinique de l'École de Paris. Ses travaux, notamment sur le système nerveux sympathique et les sécrétions du pancréas sont considérables.

Claude Bernard définit le concept de « fonction », c'est à dire le rôle que remplit chaque tissu ou organe dans la physiologie humaine pour assurer la vie ; et décrit le « milieu intérieur », cet ensemble physico-chimique qui baigne tous les tissus du corps (1).

Claude Bernard ne rejette pas le rôle de la clinique mais il l'estime insuffisante pour comprendre les maladies ; dans son ouvrage majeur paru en 1865, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, il estime qu'il « faut pousser plus loin l'investigation et analyser sur le vivant les phénomènes élémentaires des corps organisés en comparant l'état normal à l'état pathologique » (67).

Le chimiste Louis Pasteur (1822-1895) développe la microscopie et fait de la bactériologie une branche indispensable de la médecine. A l'époque où la science est à l'honneur, ses découvertes sur le lien entre « microbes » et maladies infectieuses bouleversent le diagnostic et le pronostic de celles-ci.

Les travaux scientifiques de Pasteur sont très vastes ; après avoir travaillé sur la structure des molécules, des levures et la fermentation, il concentre ses recherches sur les maladies infectieuses et l'étude des microbes. Il met fin à la théorie de la « génération spontanée » et met en lumière le rôle des germes dans la propagation des épidémies.

Pasteur découvre que des germes de choléra vieillissants ont une violence atténuée et que les injecter à des poules les protègent contre la virulence normale du microbe. Il prénomme sa découverte la vaccination, en référence à Edward Jenner (1749-1823). Ce médecin de campagne anglais réussit, en inoculant dans l'organisme humain du pus de la vaccine (aussi appelée cowpox), une maladie du pis des vaches proche de la variole, à obtenir une immunité.

En 1885, Pasteur réalise avec succès la première vaccination anti rabique chez un jeune garçon mordu par un chien enragé ; pour ce faire il lui injecte des extraits de moelle épinière d'un chien malade.

Célébré de son vivant comme encore maintenant comme un bienfaiteur de l'humanité, Pasteur ouvre la voie à la « médecine pastoriennne ». Lors des « vingt glorieuses » de la bactériologie à la fin du XIXe siècle, sont identifiés un grand nombre d'agents infectieux, notamment le staphylocoque, le streptocoque, le gonocoque, les bacilles de la typhoïde, de la lèpre, du choléra et de la diphtérie. Ces découvertes débouchent sur la création de vaccins et sérums.

L'Institut Pasteur inauguré le 14 novembre 1888 permet la poursuite des recherches. Pasteur en est le directeur jusqu'à sa mort en 1895.

c. L'hygiène et la santé publique

Les préoccupations en matière de santé publique existent dès le XVIII^e siècle. Avant l'essor de la bactériologie et la découverte des germes infectieux, on attribue certaines maladies aux conditions d'insalubrité.

Guillotin, président du Comité de Salubrité de l'Assemblée Constituante, défend une politique d'hygiène et de protection sanitaire efficace.

Les trois Écoles de Santé créées en 1794 comportent chacune une chaire d'hygiène.

Les premières mesures se concrétisent après la Révolution avec la création en 1802 du *Conseil de salubrité de la Ville de Paris* marquant le développement de l'hygiène urbaine et industrielle. Ses tâches, très variées, comprennent l'analyse des eaux, la prévention des épidémies, l'enlèvement des animaux morts, ainsi que la surveillance des enterrements, des égouts, des hôpitaux et des usines (51).

Favorisées par la révolution industrielle, des structures similaires sont créées à partir de 1822 dans certaines grandes villes.

Le mouvement hygiéniste connaît un tournant important avec la Révolution de 1848 ; la Seconde République met en place un *Comité consultatif d'hygiène publique* chargé de conseiller le gouvernement sur les mesures à prendre, ainsi qu'un réseau de conseils de salubrité sur l'ensemble du territoire. Les ouvrages de vulgarisation à destination du public fleurissent.

L'introduction des théories pastoriennes en milieu hospitalier dans la deuxième partie du XIX^e siècle se traduit par la généralisation de l'antisepsie et de l'asepsie, ainsi que par des travaux de modernisation des hôpitaux, dans le but d'améliorer les conditions sanitaires : chaque malade bénéficie d'un lit individuel, le linge est fréquemment changé, et les contagieux sont isolés.

Grace à Jenner et sa découverte de la vaccine, la lutte contre la variole franchit un pas décisif à partir de 1799, date de la première vaccination ; des campagnes de vaccination sont organisées dans les écoles et les armées. L'Église est mise à contribution en réservant l'office du dimanche à la vaccination.

Malgré les réticences d'une partie de la population, la vaccination contre la variole se répand (elle deviendra obligatoire en 1902) et la variole régresse.

Au cours du XIXe siècle, les épidémies continuent à frapper régulièrement la population ; choléra, typhoïde, typhus, dysenterie, diphtérie font des ravages, jusqu'à la mise au point en quelques années des principaux sérums (antitétanique en 1890, antidiphtérique en 1894) et vaccins (contre la rage en 1885, contre la typhoïde et le choléra en 1888).

Cette politique de santé publique se concrétise avec la loi du 15 février 1902 qui « *reconnait la nécessité de mesures préventives comme la vaccination, l'utilité de la déclaration des maladies et institue la possibilité d'enquêtes dans les communes à fort taux de mortalité* ». (67)

d. La chirurgie

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, les trois obstacles majeurs au développement de la chirurgie sont l'infection, la douleur et l'hémorragie. On opère donc le moins et le plus rapidement possible. La mortalité opératoire est très élevée.

Ces difficultés se retrouvent au sein de la chirurgie de guerre, notamment durant les batailles napoléoniennes ; l'amputation entraîne de nombreux décès par hémorragie, tandis que ce qu'un traitement conservateur expose à un risque important d'infection.

La traumatologie progresse néanmoins sur les champs de bataille et certains chirurgiens connaissent des heures de gloire ; c'est le cas de Dominique Larrey (1766-1842) qui améliore la technique des amputations et introduit des « ambulances volantes » pour assurer le transport des blessés hors du champ de bataille (4).

Les trois obstacles sont levés en l'espace d'un demi-siècle, révolutionnant la chirurgie.

S'inspirant des travaux de Pasteur, le chirurgien anglais Joseph Lister (1827-1912) découvre en 1867 les propriétés désinfectantes de l'acide phénique et l'utilise pour le lavage des mains, les instruments de chirurgie et les compresses, créant ainsi l'antisepsie. Les résultats sont spectaculaires et cette méthode s'applique en France à partir de 1875.

La chirurgie connaît d'importants progrès avec la généralisation de l'asepsie à partir de 1878, c'est à dire le lavage des mains et la stérilisation des instruments chirurgicaux, des pansements et des blouses. A partir de 1890, l'apparition des gants en caoutchouc stérilisés apporte un complément à la réduction de l'infection.

La douleur atroce du geste opératoire et le supplice infligé aux patients disparaissent avec l'invention de l'anesthésie. Jusqu'au XIXe siècle, cette dernière se limitait en effet au « coup de gnôle ».

L'anesthésie générale apparaît en 1845 ; deux médecins américains, Horace Wells et John Warren, utilisent le protoxyde d'azote mais la démonstration publique est un échec. L'année suivante, avec l'aide du chimiste Charles Jackson, un chirurgien américain, William Morton, opère avec succès un malade sous anesthésie générale à l'éther. La nouvelle de cette découverte se répand rapidement et la méthode se diffuse en quelques mois en Europe.

En 1847, J. Simpson, un professeur d'obstétrique écossais, utilise pour la première fois à Édimbourg le chloroforme comme produit anesthésiant, également avec succès. Ces deux produits ayant des effets indésirables importants, c'est finalement une préparation améliorée à base de protoxyde d'azote qui sera utilisée à partir de 1864.

L'anesthésie locale est créée en 1884 par injection de la cocaïne extraite de la feuille de coca.

Les hémorragies opératoires réussissent à être contrôlées grâce à l'invention des pinces hémostatiques dont les plus connues, notamment celles de Theodor Kocher (1841-1917), sont encore utilisées de nos jours. Les instruments chirurgicaux s'enrichissent : les drains évacuent les sécrétions, le champ opératoire est éclairé à l'aide d'un scialytique.

e. La chimie

La pharmacopée s'enrichit au cours du XIXe siècle avec les progrès de la chimie analytique dite extractive. Les chimistes tentent d'extraire la substance active des végétaux employés depuis des siècles comme médicaments.

En 1806, la morphine est isolée de l'opium. Pierre Pelletier (1788-1842) et Joseph Caventou (1795-1877) isolent en 1820 la quinine et l'émétine, active dans la dysenterie amibienne (16).

En 1830, la salicyline est extraite de l'écorce du saule, marquant la naissance de l'aspirine. De très nombreux produits sont ainsi extraits de végétaux, avant que la chimie de synthèse ne se substitue peu à peu à la chimie extractive.

L'invention de la seringue par Charles Pravaz (1791-1853) permet les injections sous-cutanées, intramusculaires et par la suite intraveineuses. Les médicaments se diversifient avec la création des comprimés, gélules et suppositoires.

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, les prélèvements veineux se font par scarification ; l'invention de l'aiguille à plateau en 1898 marque le développement des analyses chimiques du sang.

2. Naissance des spécialités

Les progrès médicaux favorisent la naissance des spécialités médicales et chirurgicales, les praticiens prenant peu à peu l'habitude de se consacrer à une partie ou fonction de l'organisme. La maladie n'étant en effet plus considérée comme un désordre général d'ordre humoral, mais une affection localisée à divers organes.

Portée par la médecine anatomo-clinique, cette spécialisation est dans un premier temps hospitalière. Quatre établissements parisiens sont officiellement reconnus spécialisés au début du XIXe siècle : l'hôpital des Enfants malades, l'hôpital Saint-Louis pour les maladies de peau, l'hôpital des Vénériens et la Maternité.

La spécialisation apparaît également au sein des services hospitaliers, généralement en fonction du domaine de recherche des chefs de service.

Un Bureau Central d'admissions répartit les malades dans les différents hôpitaux en fonction de leur pathologie.

L'enseignement officiel des spécialités au sein de la Faculté est institué tardivement, par un arrêté du 14 août 1862. Six cours supplémentaires confiés à des agrégés libres sont alors créés au sein de la Faculté de médecine de Paris : maladies de la peau, maladies syphilitiques, maladies des enfants, maladies mentales et nerveuses, ophtalmologie et maladies des voies urinaires (13).

A partir de 1877, les Chaires de Clinique spécialisées correspondantes sont créées.

Dès 1893, les étudiants en médecine ont l'obligation de réaliser une partie de leur stage hospitalier dans un des six services spécialisés.

Ces dispositions viennent renforcer l'enseignement libre spécialisé, déjà très développé en milieu hospitalier. Des cours de pédiatrie, dermatologie ou encore urologie sont délivrés par les chefs de service.

Jusqu'au milieu du XXe siècle, aucun texte officiel ne réglemente l'exercice de la médecine spécialisée, autorisant certains médecins à s'auto-désigner comme spécialistes. La création de l'Ordre des Médecins en 1943 met fin à cette situation.

Parmi les nombreuses spécialités qui émergent au cours du XIX siècle, on peut citer le cas de la psychiatrie.

Jusqu'au XIXe siècle, on ne sait pas distinguer les troubles nerveux des troubles mentaux. Un mouvement aliéniste se crée mené par Philippe Pinel (1745-1826). Fondateur de la première école psychiatrique française, il réalise un geste symbolique en libérant les malades mentaux de leurs chaînes à Bicêtre en 1793 puis à la Salpêtrière deux ans plus tard.

Pinel transforme progressivement les prisons dans lesquelles on enfermait les malades mentaux en hôpitaux psychiatriques, et introduit la thérapie occupationnelle. Il publie un grand nombre d'ouvrages dont le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* en 1801 et la *Médecine Clinique* en 1802.

Connu de nos jours principalement comme psychiatre, Pinel est aussi un interniste, professeur d'hygiène puis de pathologie interne à l'École de Santé de Paris. Il œuvre en faveur de la vaccination contre la variole.

Son disciple et successeur, Jean Esquirol (1772-1840), poursuit les mesures en faveur des malades mentaux. Dans son *Traité de maladies mentales* publié en 1818, il décrit cinq formes de maladies mentales : l'hypermanie, la manie, la monomanie, la démence et l'idiotie. Esquirol préconise de regrouper les malades mentaux par grandes catégories au sein d'unités architecturales indépendantes les unes des autres (57).

La loi du 30 juin 1838 institue la protection juridique des aliénés, et oblige chaque département à se doter « *d'un établissement public destiné spécialement à recevoir et soigner les aliénés* ».

Jean-Martin Charcot (1825-1893), qui aura parmi ses élèves Freud, crée une école de neurologie renommée et isole l'hystérie, contribuant ainsi à la séparation entre la psychiatrie et la neurologie.

3. L'exercice médical

L'exercice de la médecine est partagée au cours du XIXe siècle entre les docteurs en médecine et chirurgie d'une part et les officiers de santé de l'autre.

Au début du siècle, le terme d'officier de santé regroupe un ensemble disparate, désigné tel quel par la loi de 1803 : les personnes exerçant sans diplôme durant la Révolution, celles diplômées des Écoles de Santé et d'autres porteurs d'états de services délivrés aux armées.

Les attestations de complaisance sont fréquentes, ce qui entache leur réputation. De compétence très variable, les officiers de santé sont souvent l'objet de vive critique ; « *pauvres et crottés, incompetents et encombrants* » (68).

Ces critiques persistent au cours du XIXe siècle, même si leur formation s'améliore. Les candidats à l'officiat sont généralement ceux n'ayant pas les moyens d'accéder au doctorat, cinq à six fois plus cher.

En quelque sorte l'équivalence des chirurgiens de légère expérience de l'Ancien Régime, les officiers de santé sont très utiles dans les campagnes.

Cette profession connaît un déclin progressif au cours du XIXe siècle ; lors de la promulgation de la loi Brouardel en 1892, les officiers de santé ne représentent que 10 % du corps médical (57).

Jusqu'au début du XXe siècle, la grande majorité des médecins et chirurgiens sont généralistes, et moins d'un praticien sur dix travaille dans les hôpitaux.

Sous l'Ancien Régime, les médecins hospitaliers sont bénévoles, exerçant en parallèle dans un cabinet de ville. La fonction hospitalière rejoint la charité chrétienne et permet au médecin d'acquérir un certain prestige social et de fidéliser une clientèle libérale. Dans les hôpitaux, les médecins sont donc rarement présents, se contentant souvent de visites rapides au chevet des patients.

Avec le développement de la médecine hospitalière au XIXe siècle, les médecins sont tenus d'être présents tous les matins pour la visite, et de mettre par écrit leurs prescriptions.

Durant la majeure partie du XIXe siècle, les médecins ne sont consultés que par une fraction réduite de la population. Entre les officiers de santé, les guérisseurs et l'automédication, la concurrence est rude. Certaines régions traditionalistes comme la Bretagne se montrent particulièrement hostiles à la médicalisation (68).

Néanmoins, la reconnaissance sociale des médecins s'établit peu à peu.

Le médecin généraliste s'installe en ville ou à la campagne, généralement dans son canton d'origine. Le cabinet est attenant à son domicile, qui traduit son niveau d'aisance. Les consultations à heure fixe sont très peu utilisées, surtout en dehors des villes où les visites occupent la majorité du temps des praticiens.

Le médecin de campagne fournit souvent lui même les remèdes, qu'il achète au pharmacien ou issus de plantes médicinales cultivées dans son propre jardin. Il est souvent amené à réaliser de la petite chirurgie et des accouchements. Malgré le développement de la pharmacopée et des techniques, le praticien demeure impuissant devant un grand nombre d'affections.

La nature et le montant des honoraires restent très variable selon les patients. Certaines consultations ne sont pas réglées ou alors en nature en produits de la ferme.

Il s'agit d'un exercice difficile, surtout pour le médecin de campagne, dont Jacques Léonard résume ainsi la teneur : (...) *le médecin de province chevauche par tous les temps, entre une dysenterie et une variole, du château à la chaumière, du lit de l'enfant moribond à celui du vieillard grabataire* » (69).

4. Autres professions médicales

a. Les pharmaciens et herboristes

Les apothicaires deviennent pharmaciens en 1777 avec la création du Collège de Pharmacie, qui assure la formation théorique.

La loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) crée trois Écoles de Pharmacie à Paris, Montpellier et Strasbourg. Celles ci ne sont pas intégrées dans l'Université lors de sa création en 1806 mais uniquement à partir de 1840.

En 1920, les trois Écoles de pharmacie deviennent officiellement des Facultés (16).

De manière similaire à la loi du 19 ventôse séparant docteurs en médecine et officiers de santé, la loi du 21 germinal institue deux catégories de pharmaciens (70) :

Les pharmaciens dits de première classe ont le choix entre une formation pratique de huit ans, ou une formation mi-théorique mi-pratique de trois ans chacune. Il n'y a pas de doctorat mais un diplôme obtenu dans l'une des trois Écoles de pharmacie et donnant l'autorisation d'exercer sur l'ensemble du territoire.

Les pharmaciens dits de deuxième classe sont formés localement et reçus par les jurys départementaux, de la même manière que les officiers de santé. Les épreuves pour obtenir le diplôme sont identiques à celles proposées aux pharmaciens de première catégorie mais à un moindre coût. Leur exercice se limite à l'échelle d'un département.

Un décret du 25 thermidor an XI définit la profession d'herboriste, dont les seuls droits sont la vente des herbes et plantes médicinales. L'herboristerie est enseignée dans les Écoles de médecine, et perdure jusqu'en 1943.

Le diplôme d'herboriste s'obtient par un simple examen portant sur la dessication et la conservation des plantes, passé devant un jury restreint.

L'installation d'une officine reste libre au cours du XIX^e siècle, mais celle-ci doit théoriquement être soumise à un contrôle annuel d'un jury médical.

Toutefois, la législation reste vague sur de nombreux points, notamment la vente de remèdes dits « secrets ». Pharmaciens et herboristes sont en effet loin d'être les seuls à se partager la vente de médicaments.

L'article 33 de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) affirme : « *les épiciers et droguistes ne pourront vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique, sous peine de 500 francs d'amende. Ils pourront continuer de faire le commerce en gros de drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal* » (57).

En pratique, les épiciers et droguistes proposent un grand nombre de traitements usuels, tout comme les guérisseurs et les médecins, mais la concurrence la plus importante vient des religieuses, notamment hospitalières qui en font un véritable commerce.

b. Les sages-femmes

La loi du 19 ventôse an XI réglemente la profession en créant un cours d'accouchement au sein des Écoles secondaires, ainsi qu'un stage pratique de six mois. A Paris, les cours sont donnés à l'Hôpital de la Maternité de Port Royal, au sein duquel une École de sages-femmes existe depuis 1801.

A partir de 1893, la formation s'effectue en deux années, la première dans une École préparatoire agréée, et la seconde dans une Faculté de médecine, seule habilitée à délivrer le diplôme de sage-femme (13).

Comme pour les pharmaciens, les sages femmes sont de première ou deuxième classe. Seules la première catégorie est autorisée à exercer sur l'ensemble du territoire.

c. Les dentistes

Avant le XVIII^e siècle, les soins dentaires sont quasiment inexistant ; les pathologies dentaires sont traitées par des avulsions, réalisées par les barbiers, les charlatans ou des artisans possédant les outils adéquats.

L'Édit de 1699 réglementant la profession de chirurgien définit le titre « d'expert », qui comprend les oculistes, les lithotomistes, et les futurs dentistes, dits « experts pour les dents ». Ces derniers doivent réaliser deux ans d'apprentissage chez un maître, puis passer un examen pratique et théorique.

A partir de 1768, les experts pour les dents sont formés dans les Collèges de chirurgie. Néanmoins, peu d'experts effectuent cette formation, par ailleurs de qualité insuffisante, et les charlatans arracheurs de dents restent les principaux acteurs de l'art dentaire dans la première moitié du XIX^e siècle (13).

La Révolution rend l'enseignement de l'art dentaire entièrement libre à partir de mai 1791, et ce jusqu'en 1892. En effet, la loi du 19 ventôse an XI reste muette sur la profession. Au XIX^e siècle, on trouve donc trois catégories exerçant l'art dentaire : les docteurs en médecine, les officiers de santé, et ceux exerçant sans diplôme.

La loi du 30 novembre 1892 dite Brouardel crée un diplôme de chirurgien-dentiste ouvert aux femmes, réglementant ainsi la profession. Néanmoins, les dentistes n'ont pas l'exclusivité de l'art dentaire comme le stipule l'article 2 de la loi : « *Nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste* ». La durée des études est fixée à trois ans. L'enseignement est dispensé par les Facultés et Écoles de médecine habilitées à le faire (67). La stomatologie apparaît en 1894.

5. Féminisation de la profession médicale

Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle que les femmes commencent à être acceptées en médecine. Dans une société où l'on estime que la place de la femme, considérée intellectuellement et physiquement inférieure à l'homme, est au foyer, cette décision provoque de nombreuses contestations et polémiques.

La première femme autorisée à s'inscrire à la Faculté de Médecine de Paris est Madeleine Brès (1842-1922) en 1866. Veuve et mère de trois enfants, elle soutient sa thèse en 1875.

L'arrêté du 17 janvier 1882 autorise les femmes à se présenter au concours de l'Externat Parisien : *« les femmes étudiant la médecine, qui remplissent les conditions déterminées par le Règlement sur le Service de Santé, seront admises à prendre part au concours de l'Externat, sous la réserve formelle qu'elles ne pourront en aucun cas se prévaloir de leur titre d'élèves externes pour concourir à l'Internat »* (60)

Deux femmes sont reçues externes en 1884, l'anglaise Blanche Edwards et l'américaine Augusta Klumpke. Ces deux pionnières continuent à défendre leur cause, et obtiennent par l'arrêté préfectoral du 31 juillet 1885 l'autorisation pour les femmes de passer le concours de l'Internat parisien. Augusta Kumpke devient ainsi la première femme Interne des Hôpitaux de Paris.

La première femme interne à l'École de Médecine de Nantes est Mme Ribard en 1876.

Jusqu'au début du XXe siècle, la majorité des étudiantes en médecine sont étrangères (101 sur 108 inscrites en 1886), et celles réussissant à obtenir leur doctorat s'orientent le plus souvent vers les soins aux enfants ou la gynécologie.

Avec la première guerre mondiale, le nombre de femmes inscrites en médecine passe de 3 à 20 %. Elles occupent des postes de médecin dans les hôpitaux et d'enseignantes dans les Écoles.

6. Diffusion des connaissances médicales

a. Développement de la presse médicale

L'apparition de l'imprimerie au XVe siècle permet la diffusion des ouvrages de médecine ; les écrits anciens commentés des médecins grecs et arabes côtoient les nouvelles publications médicales. Les ouvrages d'anatomie sont illustrés par les artistes.

La presse médicale connaît son essor au XIXe siècle. Le journalisme médical est présent dès le XVIIe siècle, où l'on retrouve quelques périodiques, souvent publiés de façon éphémère comme *Le Journal des savants* en 1665 et *Le Journal de médecine* entre 1683 et 1686 (4).

Jusqu'au début du XIXe siècle, les périodiques médicaux restent très peu nombreux en France. Un des plus anciens, le *Recueil Périodique d'Observations* (futur *Journal Général de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*) créé en 1754, est traduit en allemand et en italien.

Certains perdurent de nombreuses années comme *La Gazette d'Epidaure* apparue en 1761. Elle devient *Gazette de Santé* en 1773 puis *Gazette médicale de Paris* en 1829. D'autres n'ont qu'une courte existence à l'image du *Journal de Chirurgie* fondé par Desault en 1791.

On compte une trentaine de journaux médicaux réguliers en 1844 et plus de 200 à la fin du siècle. Cette première presse professionnelle qui s'exprime en français et non en latin se spécialise au fil des années, favorisant la diffusion des travaux médicaux du XIXe siècle. En 1815, sont ainsi publiées les *Annales de Physique et chimie*, en 1823 les *Archives Générales de la Médecine*, et en 1830 le *Journal de médecine et chirurgie pratique* (10).

La presse médicale s'enrichit dans la deuxième moitié du XIXe siècle des publications issues des Facultés.

b. Les Sociétés Savantes

La Révolution supprime l'ensemble des Académies et Sociétés, créées pour la plupart au XVIII^e siècle. La réorganisation de l'enseignement médical au début du XIX^e siècle favorise dans le même temps la multiplication des sociétés médicales, les médecins étant désireux de poursuivre leur formation tout au long de leur carrière.

Pour la plupart privées, les Sociétés savantes jouent plusieurs rôles dont la recherche, l'enseignement et ce que nous appelons aujourd'hui la formation médicale continue par la diffusion de leurs Bulletins, Mémoires et Annales.

Les Sociétés se créent à l'échelon national puis de manière locale, concourant à l'émulation en province (10). Nous ne détaillerons ici que les principales d'entre elles.

La Société Médicale d'Émulation créée en 1798 par Bichat et présidée par Corvisart réunit les médecins parisiens les plus influents issus de la période révolutionnaire. Elle publie de nombreux mémoires, dans la continuité du travail de la Société Royale de Médecine sous l'Ancien Régime.

La Société de l'École de Médecine fondée en 1800 par le ministre de l'Intérieur est chargée « *des recherches relatives à la topographie de la France, de la publication des anciens mémoires de la Faculté, de la Société Royale de Médecine, et de l'Académie de Chirurgie ; enfin du perfectionnement de toutes les connaissances médicales* » (67).

Regroupant à l'origine les enseignants de la Faculté, elle s'occupe également de tous les problèmes de santé publique. La Société de l'École de Médecine est supprimée en 1821 peu après la création de l'Académie Royale (puis Nationale) de Médecine.

La Société d'Instruction Médicale fondée en 1801 occupe une place à part. Il s'agit d'une société d'étudiants dont les membres sont des élèves de l'École Pratique de la Faculté. Ces derniers échangent et débattent autour d'observations recueillies auprès des malades.

Fondée le 20 décembre 1820 par Antoine Portal, l'Académie de Médecine regroupe les membres les plus éminents de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, de la biologie, de l'hygiène publique et de la médecine vétérinaire, ainsi que certains correspondants étrangers. Elle a pour but d'informer le gouvernement sur « *tout ce qui intéresse la santé publique* » (54).

En 1829, elle est divisée en onze sections : anatomie et physiologie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale, thérapeutique et histoire naturelle médicale, médecine opératoire, anatomie pathologie, accouchements, hygiène publique associée à médecine légale et à police médicale, médecine vétérinaire, physique et chimie médicale et enfin pharmacie.

Bien que n'ayant aucune action directe sur l'enseignement, l'Académie joue un grand rôle sur l'orientation de la médecine (13).

En 1850, la France compte près de deux cents sociétés scientifiques à orientation médicale, devenant spécialisées à la fin du XIXe siècle.

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons démontré l'importance du rôle joué par la Révolution Française dans l'enseignement et la pratique de la médecine telle que nous les connaissons aujourd'hui.

La formation médicale existe depuis des millénaires mais commence à se structurer en France à partir du XIIe siècle et la fondation des premières Universités.

Durant près de cinq siècles, les Facultés de médecine, hostiles à la nouveauté, restent figées dans la tradition antique. A mesure que s'accroît leur décadence, les enseignements parallèles, hospitaliers, privés et extra universitaires, prennent une importance croissante. Au XVIIIe siècle, des réformes sont envisagées mais la plupart ne dépassent pas le stade de projets.

Le monde médical sous l'Ancien Régime est le reflet de la société profondément inégalitaire de l'époque. D'un côté, les docteurs en médecine parlant le latin imprégnés de leurs longues études universitaires théoriques. De l'autre, les chirurgiens, travailleurs manuels formés par apprentissage, proches du peuple, qui luttent pour se distinguer des barbiers et acquérir la reconnaissance qu'ils méritent. Une multitude de charlatans, guérisseurs et autres empiriques complètent le tableau.

La Révolution Française « vient tout renverser, depuis le trône du Roi de France, jusqu'à l'humble chaire du professeur et la banquette de l'étudiant » (13).

Un demi millénaire d'éducation obsolète est ainsi réduit à néant en quelques années. La profession médicale est privée de formation officielle et de tout contrôle. La création des Écoles de Santé tend à rétablir une éducation structurée mais montre rapidement ces limites.

L'enseignement de la médecine se réorganise réellement au travers de deux textes majeurs du XIXe siècle, la loi du 19 ventôse an XI et la loi du 30 novembre 1892. Cette dernière, un siècle après la Révolution, réunit enfin médecins et chirurgiens sous un même titre.

Les progrès scientifiques spectaculaires du XIXe siècle permettent l'apparition d'une médecine moderne et favorisent le développement des spécialités.

De nombreuses réformes de l'enseignement de la médecine ont été adoptées au cours des XXe et XXIe siècle, et les avancées médicales sont quotidiennes.

Dans l'histoire de l'enseignement et la pratique de la médecine, la Révolution Française apparaît donc comme une étape majeure. Par le renouveau intellectuel et scientifique qu'elle provoque, elle met en place un système entièrement rénové, posant ainsi les bases de la médecine contemporaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sournia J-C. Histoire de la médecine. Paris: La Découverte; 1997. 1 vol. (358 p.). (La Découverte-Poche).
2. Gonzalès J, Ségal A. Initiation à l'histoire de la médecine et des idées médicales: comprendre pour mieux savoir. Paris, France: Heures de France, DL 2005; 2005. 190 p.
3. Amélineau J-B. Évolutions de l'enseignement de la médecine en France, et de la médecine générale à Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017. 92p.
4. Dachez R. Histoire de la médecine de l'Antiquité à nos jours. [2e éd.]. Paris: Tallandier; 2012. 1 vol. (634 p.). (Texte).
5. Comiti V-P. Histoire des universités de médecine : quelques jalons, Abstract. Trib Santé [Internet]. 26 oct 2007 [cité 6 févr 2018];(16):19-24. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2007-3-page-19.htm>
6. Perez S. Histoire des médecins: artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours. Paris, France: Perrin, impr. 2015; 2015. 469 p.
7. Verger J. Les universités au Moyen Age. Paris, France: Presses universitaires de France; 1999. 226 p.
8. Chastel C. Une petite histoire de la médecine. Paris, France: Ellipses; 2004. 127 p.
9. Berlan H, Thévenin E. Médecins et société en France du XVIe siècle à nos jours. Toulouse: Éd. Privat; 2005. 1 vol. (206 p.). (Bibliothèque historique Privat).
10. Le Néel J.C, Le Forestier D. Histoire de l'École de Médecine de Nantes, des origines à 2009. Association Histoire des Hôpitaux et du Patrimoine Santé Nantais. 2009. 83 p.
11. Brockliss L, Rogers R. L'enseignement médical et la révolution: essai de réévaluation. Hist Léducation. 1989;42:79-110.doi:10.3406/hedu.1989.3343
12. Chastel C, Cénac A. Histoire de la médecine: introduction à l'épistémologie. Paris, France: Ellipses; 1998. 239 p.
13. Coury C. L'enseignement de la médecine en France des origines à nos jours. Paris: Expansion scientifique française; 1968. 199 p.
14. Bonn G, Corvol P. Du clystère au stéthoscope: les débuts de la médecine scientifique, 1780-1830. Paris, France: Éditions Glyphe; 2015. 495 p.
15. Gatti M. La Querelle des Barbiers, Chirurgiens et Médecins (XIIIe-XVIIIe Siècles) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2014. 94p

16. Poirier J, Derouesné C. L'éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours. Paris, France: Hermann; 2017. 384 p.
17. Claude L, Jean-Pierre G, Roselyne R. Atlas de la Révolution française 7 Médecine et santé. Paris: Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales; 1993. 83 p.
18. Singer-Polignac F, André P. La médecine à Paris du XIIIe au XXe siècle. Paris: Hervas; 1984. 1 vol. (527 p.).
19. Barroux G. Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle. Paris, France: Honoré Champion; 2008. 445 p.
20. Desai J-P, Goubert J-P, Le Roy Ladurie E. Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle. Paris, France; 1972. 254 p.
21. Medic@ - État de la médecine au XVIIIe siècle — BIU Santé, Paris [Internet]. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur:
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/bichat/bichat08.php>
22. Gelfand T. Deux cultures, une profession : les chirurgiens français au XVIIIe siècle. Rev D'Histoire Mod Contemp [Internet]. 1980 [cité 10 févr 2018];27(3):468-84. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/rhmc_0048-8003_1980_num_27_3_1109
23. Bescond J. Une construction de la clinique le savoir médical au XVIIIe siècle. Paris: l'Harmattan; 2010. 1 vol. (547 p.).
24. Rabier C. La disparition du barbier chirurgien, The extinction of barber-surgeons : Analysis of a professional mutation in the 18th century. Ann Hist Sci Soc [Internet]. 28 juill 2010 [cité 18 déc 2017];65e année(3):679-711. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-Annales-2010-3-page-679.htm>
25. Imbault-Huard M-J. L'École pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822. Annu L'École Prat Hautes Études [Internet]. 1971 [cité 17 févr 2018];103(103):841-50. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/ephe_0000-0001_1970_num_1_1_5552
26. Faure O. Histoire sociale de la médecine. Paris, France: Anthropos : diff. Economica, DL1994; 1994. 272 p.
27. Pauthier C. L'exercice illégal de la médecine: 1673-1793 : entre défaut de droit et manière de soigner. Paris, France: Glyphe & Biotem éditions; 2002. 672 p.
28. Ameisen J-C, Berche P, Brohard Y, Kahn AP. Une histoire de la médecine ou Le souffle d'Hippocrate. Université Paris Descartes, éditeur. Paris, France: Université Paris Descartes : Editions de La Martinière, DL 2011; 2011. 223 p.
29. Bernard de Lajartre C. Histoire des sages-femmes. [Mémoire de sage-femme]. [France]: Université de Nantes; 1989. 88 p.

30. Lebrun F. Se soigner autrefois: médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles. Paris, France: Éd. du Seuil; 1995. 202 p.
31. Vial R. Histoire des hôpitaux de Paris en quatre cents dates: les blouses blanches de Charlemagne à Jacques Chirac. Paris, France: L'Harmattan; 1999. 254 p.
32. Jeorger M. La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime. Annales [Internet]. 1977 [cité 13 févr 2018];32(32):1025-51. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1977_num_32_5_293877
33. Rochaix M, Jean M. Les questions hospitalières, de la fin de l'Ancien Régime à nos jours contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains. Paris: Berger-Levrault; 1996. 1 vol. (497 p.). (Manuels B.-L. santé).
34. Belmas É, Nonnis Vigilante S, éditeurs. La santé des populations civiles et militaires: nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles. Villeneuve d'Ascq, France: Presses universitaires du Septentrion, DL 2010; 2010. 311 p.
35. Kernéis J-P. Les Chirurgiens navigans. Nantes, France:1984. 213p.
36. Bouhdiba S. Dans le sillage des médecins de marine: de l'Antiquité à nos jours. Paris, France: L'Harmattan; 2018. 220 p.
37. Jacob F. Histoire des médecins et pharmaciens de marine et des colonies. Pluchon P, éditeur. Toulouse, France: Privat; 1985. 430 p.
38. Beaurepaire P-Y, Marzagalli S, Balavoine G. Atlas de la Révolution française: circulations des hommes et des idées, 1770-1804. Paris, France: Éd. Autrement, DL 2010; 2010. 80 p.
39. Godechot J. La Révolution française: chronologie commentée, 1787-1799 : suivie de notices biographiques sur les personnages cités. Paris, France: Perrin; 1988. 391 p.
40. Martin J-C. La Révolution française: étapes, bilans et conséquences. Paris, France: Seuil; 1996. 61 p.
41. Sournia J-C. La Médecine révolutionnaire: 1789-1799. Paris, France: Payot; 1989. 306 p.
42. Pouliquen Y. Félix Vicq d'Azyr, les Lumières et la Révolution. Paris, France: O. Jacob, impr. 2009; 2009. 240 p.
43. Laget P-L. Le développement de l'enseignement clinique à Paris et la création de l'école clinique interne de l'hôpital de la Charité. Situ Rev Patrim [Internet]. 23 nov 2011 [cité 11 févr 2018];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/insitu/911>

44. Bescond J. Genèse et devenir de deux ordres de praticiens en France. Les officiers de santé de 1803 à 1892 [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 1998. 722p.
45. Huard P, Imbault-Huart M-J. Concepts et réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgicales pendant la Révolution. J Savants [Internet]. 1973 [cité 6 févr 2018];2(1):126-50. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/jds_0021-8103_1973_num_2_1_1281
46. Bernard J, Lemaire J-F, Larcan A. L'acte de naissance de la médecine moderne: la création des écoles de santé : Paris, 14 frimaire an III, 4 décembre 1794. Le Plessis-Robinson, France: Synthélabo; 1995. 125 p.
47. Prévost A. L'École de santé de Paris: (1794-1809). Paris, France; 1901. 175 p.
48. Legaye J. L'enseignement de la médecine sous le Révolution et l'Empire. Hist des Sciences Médicales. 2014;XLVIII(3):397-404.
49. Rabier C. Vulgarisation et diffusion de la médecine pendant la Révolution : l'exemple de la chirurgie*. Ann Hist Révolution Fr [Internet]. 1 déc 2004 [cité 6 févr 2018]; (338):75-94. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ahrf/1589>
50. Rey R. L'École de santé de Paris sous la Révolution : transformations et innovations. Hist Léducation [Internet]. 1993 [cité 11 févr 2018];57(1):23-57. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/hedu_0221-6280_1993_num_57_1_2611
51. Ackerknecht EH. La médecine hospitalière à Paris: 1794-1848. Paris, France: Payot; 1986. 296 p.
52. Lemaire J-F. Napoléon et la médecine. Paris, France: F. Bourin; 1992. 292 p.
53. Rabier C. Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire. Ann Hist Révolution Fr [Internet]. 1 janv 2010 [cité 6 févr 2018]; (359):141-59. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ahrf/11490>
54. Léonard J, Lebrun F, Peter J-P. Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle. Bénichou C, éditeur. Paris, France: Sciences en situation; 1992. 287 p.
55. Poirier J. L'externat des hôpitaux de Paris: 1802-1968. Paris, France: Hermann, impr. 2012; 2012. 394 p.
56. Borsa S, Michel C-R. La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe siècle. Paris, France: Hachette; 1985. 246 p.
57. Éveillard J-D, Huchet P. Il y a un siècle, une médecine si étrange. Rennes, France: Éditions Ouest-France; 2008. 139 p.

58. Keel O. L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750-1815 : politiques, institutions et savoirs. Montréal, Canada, Suisse: Presses de l'Université de Montréal; 2001. 542 p.
59. Vergez-Chaignon B. Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952. Lescure J-C, éditeur. Paris, France: Hachette littératures; 2002. 318 p.
60. Durand-Fardel R, éditeur. L'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris: centenaire de l'internat, 1802-1902. Paris, France: BIUM; 2009.
61. Blandin G. Médecine et médecins pendant la guerre de Vendée: 1793-1796. 49-Cholet, France: éd. du Choletais; 1990. iii+157; 24.
62. Vidal F. Les « Petites écoles » de médecine au XIXe siècle. Société Française d'histoire de l'art dentaire. 1995;4.
63. Léonard J. Les études médicales en France entre 1815 et 1848. Rev D'Histoire Mod Contemp [Internet]. 1966 [cité 16 juin 2018];13(1):87-94. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rhmc_0048-8003_1966_num_13_1_2898
64. Huard P, Imbault-Huart M-J. Structure et fonctionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1813. Rev Hist Sci [Internet]. 1975 [cité 16 juin 2018];28(2):139-68. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rhs_0151-4105_1975_num_28_2_1133
65. Huard P. L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle. Rev Hist Sci [Internet]. 1974 [cité 16 juin 2018];27(1):45-62. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rhs_0151-4105_1974_num_27_1_1046
66. Subtil É, Saudubray J-M. René Théophile Laennec ou la passion du diagnostic exact. Paris, France: L'Harmattan; 2006. 142 p.
67. Poirier J, Salaün Ramalho F. Médecin ou malade?: la médecine en France aux XIXe et XXe siècles. Paris, France: Masson; 2001. ix+321.
68. Léonard J, éditeur. La France médicale: médecins et malades au XIXe siècle. Paris, France: Gallimard : Julliard, impr. 1978; 1978. 286; 16 p.
69. Léonard J. La vie quotidienne d'un médecin de province au XIXe siècle. Paris, France: France Loisirs; 1993. 285 p.
70. Faure O. Les Français et leur médecine au XIXe siècle. Paris, France: Belin, DL 1993; 1993. 316 p.

ANNEXES



Figure 1 : Félix Vicq d'Azyr (1748-1794)



Figure 2 : Ambroise Paré (1510-1590)

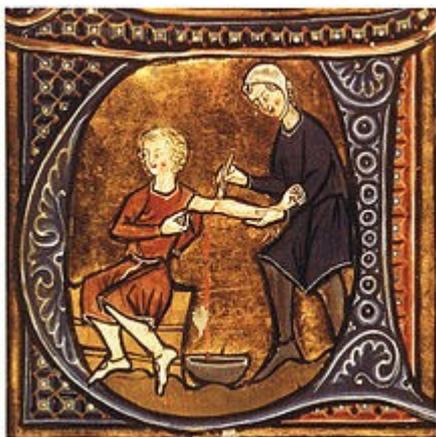


Figure 4 : Saignée, manuscrit de Aldebrandin de Sienne, fin du XIIIe siècle



Figure 3 : La leçon d'anatomie du Dr Nicolaes Tulp, Rembrandt (1632), Musée de Mauritshuis, La Haye



*Figure 5 : Antoine-François Fourcoy (1755-1809)
Portrait par Lemonnier. Paris, Musée d'Histoire de
la médecine, XIXe siècle*



*Figure 6 : Costume de Professeur de
l'École de Santé. Musée d'Histoire
de la médecine*

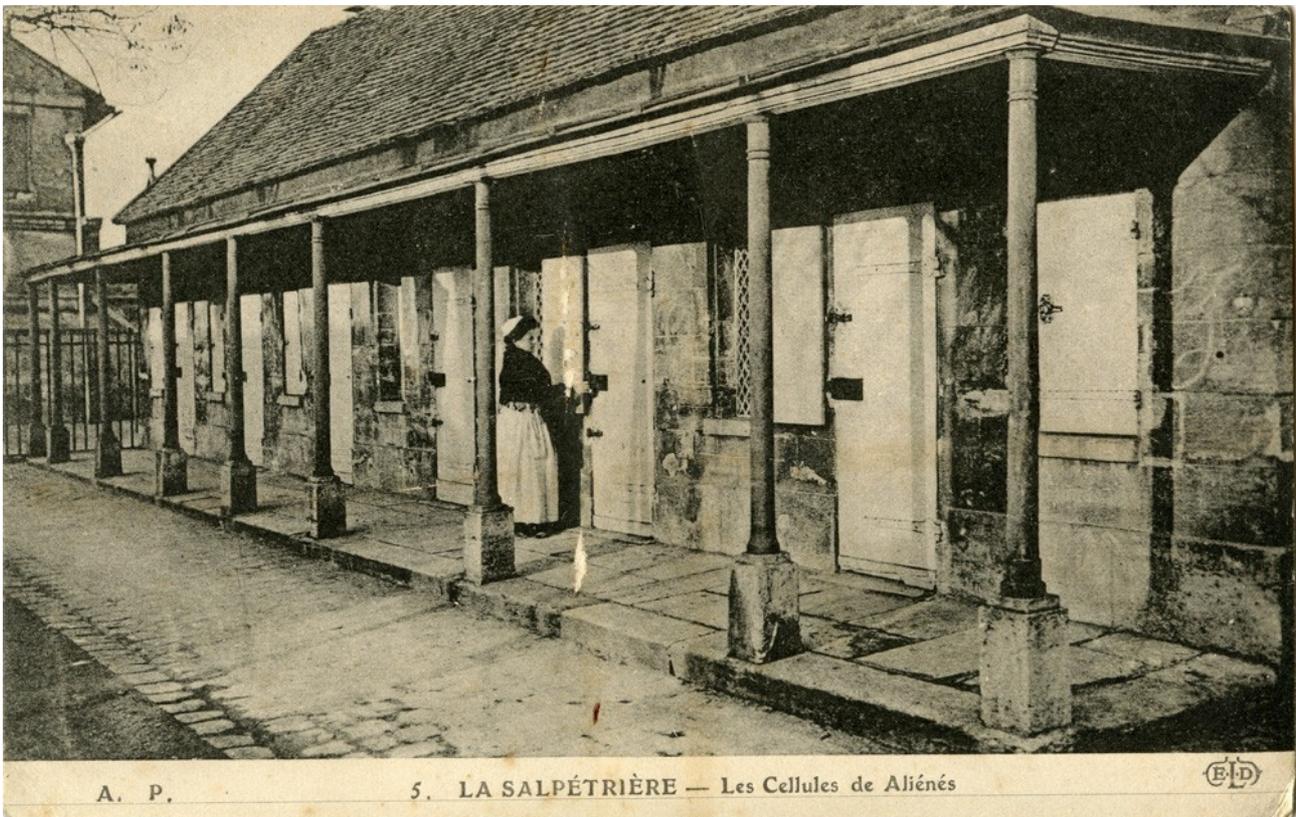


Figure 7 : Hôpital de La Salpêtrière au XVIIIe siècle



Figure 8 : Louis Pasteur (1822-1895)



Figure 9 : Stéthoscope de Laënnec



Figure 10 : Le médecine de campagne au XIXe siècle

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Félix Vicq d'Azyr (1748-1794).

Disponible sur <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/vicq.php>

Figure 2 : Ambroise Paré (1510-1590)

Disponible sur <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pare.html>

Figure 3 : La leçon d'anatomie du Dr Nicolaes Tulp, Rembrandt (1632), Musée de Mauritshuis, La Haye

Disponible sur https://fr.wikipedia.org/wiki/La_Le%C3%A7on_d_%27anatomie_du_docteur_Tulp

Figure 4 : Saignée, manuscrit de Aldebrandin de Sienne, fin du XIIIe siècle

Disponible sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Barbier_chirurgien

Figure 5 : Antoine-François Fourcoy (1755-1809). Portrait par Lemonnier. Paris, Musée d'Histoire de la médecine, XIXe siècle

Disponible sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Antoine-Fran%C3%A7ois_Fourcroy

Figure 6 : Costume de Professeur de l'École de Santé. Musée d'Histoire de la médecine.

Disponible sur <http://www.parisdescartes.fr/CULTURE/Musee-d-Histoire-de-la-Medecine/L-Academie-et-le-College-de-Chirurgie/L-Ecole-de-Sante>

Figure 7 : Hôpital de La Salpêtrière au XVIIIe siècle

Disponible sur <http://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/lhopital-general-et-la-salpetriere-aux-xviiie-et-xviiiie-siecles-par-jean-imberty-1984>

Figure 8 : Louis Pasteur (1822-1895)

Disponible sur <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/notre-histoire>

Figure 9 : Stéthoscope de Laënnec

Disponible sur <https://gallica.bnf.fr/blog/12022016/l'invention-du-stethoscope>

Figure 10 : Le médecin de campagne au XIXe siècle

Disponible sur <https://www.france-pittoresque.com/spip.php?article12501>

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy Senand

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Claude Le Néel

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale Jolliet

L'ENSEIGNEMENT ET LA PRATIQUE MÉDICALE DE L'ANCIEN RÉGIME A LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

RÉSUMÉ

L'enseignement de la médecine évolue peu durant les cinq siècles précédant la Révolution Française. La formation universitaire et le Doctorat sont réservés aux médecins. Les chirurgiens, travailleurs manuels, sont formés par apprentissage. Dans les campagnes, les soins sont entre les mains de nombreux empiriques. A l'exception des Hôtels-Dieu, les établissements hospitaliers sont peu médicalisés et servent d'hospices ou de prisons.

L'Ancien Régime est marqué par de nombreuses querelles entre les différentes professions médicales. Réformer l'enseignement médical décadent apparaît comme une nécessité au XVIIIe siècle mais il faut attendre la fin du siècle pour que de réels changements se mettent en place.

La Révolution Française réduit à néant l'organisation officielle de l'enseignement de la médecine. Pendant plus de dix ans, n'importe qui peut, sous réserve d'acquiescer une patente, prodiguer des soins et se proclamer médecin. Les trois Écoles de Santé forment à partir de 1795 des praticiens destinés aux armées mais ce n'est qu'en 1803 que la pratique médicale est réorganisée avec la création de deux catégories de praticiens de rangs distincts, les médecins et officiers de santé.

Porté par les brillants esprits de l'époque, le XIXe siècle médical voit l'essor de l'École de Paris et de la médecine anatomo-clinique. Les hôpitaux deviennent des lieux de recherche et d'enseignement. Les progrès médicaux dans de nombreux domaines favorisent à partir de 1870 l'émergence des spécialités.

La Révolution Française instaure un enseignement médical renoué, jetant ainsi les bases d'une médecine moderne dont l'évolution se poursuit de nos jours.

MOTS-CLÉS

Histoire de la médecine, enseignement médical, évolution de l'enseignement, Révolution Française, Ancien Régime, Facultés de médecine, Hôpitaux.