

LA MEDICALISATION DE LA SOCIÉTÉ  
DANS LA RÉGION LYONNAISE  
AU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE  
(1800-1914)<sup>1</sup>

A partir de l'étude des discours et des programmes médicaux, au travers de l'analyse de la fantastique ascension du personnage médical,<sup>2</sup> de nombreux travaux ont déjà décrit cette transformation essentielle de la société qui aboutit, en deux siècles, à placer la médecine et la santé au cœur des préoccupations individuelles et collectives. Envisagée à travers ce prisme, la médicalisation apparaît naturellement comme une entreprise des élites qui se diffuse progressivement dans la société, malgré la passivité ou la résistance du peuple. Elle appartient donc à la vaste entreprise de contrôle social et d'acculturation programmée que l'on repère depuis le début des Temps Modernes.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>Thèse pour le doctorat d'Etat, sous la direction d'Yves LEQUIN, soutenue le 14 janvier 1989 devant l'Université Lyon 2, dactyl., 879 + 432 p.

<sup>2</sup> Surtout ceux de Jacques LEONARD et en particulier sa grande thèse sur *Les médecins de l'ouest au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris IV, 1976.

<sup>3</sup> L'histoire de la médicalisation a été très influencée par les vigoureuses hypothèses de M. Foucault, en particulier celles développées dans *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1976. Sur le débat entre Foucault et les historiens, voir PERROT (M.), *L'impossible prison*, Paris, Seuil, 1980.

Dans le prolongement de ces travaux, on a choisi ici de privilégier systématiquement le quotidien et, autant que possible, la vision des malades et des gens ordinaires dont on a vu antérieurement de quel poids elle pouvait peser sur le destin des grands projets.<sup>4</sup>

## TERRAINS ET SOURCES

Ce choix d'une étude de terrain impose restrictions chronologiques et géographiques. Celles-ci restent la seule manière d'étudier simultanément des phénomènes souvent traités séparément (les hôpitaux, l'encadrement médical, les politiques de santé), d'étendre les investigations au-delà des seules grandes institutions, d'approcher le fonctionnement quotidien des services et de repérer les réactions ou les pressions des utilisateurs. Par chance, la micro-région étudiée (les départements du Rhône et de la Loire) rassemble sur une faible surface des milieux très divers, depuis la grande ville (Lyon) jusqu'aux isolats montagnards, en passant par les zones de grande industrie (région stéphanoise). Si cette diversité n'est pas garante d'une représentativité parfaite, elle permet de dépasser le cadre de la monographie et de poser des questions générales.

Les archives de la médicalisation sont multiples et toutes n'ont pu être utilisées. En dehors des archives classiques de la police médicale, de la bienfaisance et de l'assistance,<sup>5</sup> on a poussé les investigations dans les archives hospitalières accessibles<sup>6</sup> et, au-delà, dans celles des assemblées délibérantes locales gérant les campagnes

---

<sup>4</sup> FAURE (Olivier), *Genèse de l'hôpital moderne : les Hospices Civils de Lyon au début du XIXe siècle*, Paris, Lyon C.N.R.S. P.U.L., 1982, 269 p.

<sup>5</sup> Séries M et X des archives départementales, I et Q des archives communales.

<sup>6</sup> A côté des archives des Hospices Civils de Lyon, gérées par un service spécialisé, on a consulté les archives des hôpitaux de Saint-Etienne, Saint-Chamond et Saint-Bonnet-le-Château (déposées aux archives départementales de la Loire), celles de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône (détenues par l'établissement).

de vaccination et les services de médecine gratuite. Si toutes les archives de cette nature n'ont pu être dépouillées, elles représentent déjà une masse conséquente et lourde à gérer. Publiques, ces archives ne concernent que les pauvres auxquels s'adressent exclusivement, la charité et l'assistance. Aussi, saisit-on plus ici la médicalisation des classes populaires que celle de la société tout entière. Pour bien connaître cette dernière, il faudrait ajouter des recherches longues et massives dans les archives de l'enregistrement, de l'école, de l'armée, utiliser les correspondances privées. Il faut ici se contenter d'entrevoir la médicalisation des classes supérieures au travers de l'encadrement médical et de la création de cliniques privées. Il n'est pourtant pas évident que leur cheminement soit fondamentalement différent de celui de leurs "inférieurs".

### LES LIMITES DE LA MEDICALISATION SPONTANEE

Le début du XIX<sup>e</sup> siècle apporte à la croisade médicalisatrice déjà entamée, trois armes de poids : un arsenal législatif et règlementaire qui fournit à quelques professions un monopole sur les actes thérapeutiques; la vaccine qui donne corps aux rêves d'éradication totale de la maladie;<sup>7</sup> le choléra omniprésent qui est le meilleur argument en faveur des campagnes d'hygiène.<sup>8</sup> Héritiers de l'optimisme des Lumières, les pouvoirs publics pensent que la médecine nouvelle, tout entière préventive et hygiéniste, chassera l'ancienne, au seul spectacle de sa supériorité, que la charité des médecins et le dévouement des élites suffiront à amener chez tous les bienfaits de la vaccination, les vertus de l'hygiène et les conseils du médecin.

---

<sup>7</sup> DARMON (P.), *La longue traque de la variole*, Paris, Perrin, 1986.

<sup>8</sup> BOURDELAIS (P.), RAULOT (Y.), *Histoire du choléra en France (1832-1854)*, Paris, Payot, 1987.

Ce dernier espoir est le premier déçu. Si la mobilisation des élites est grande lorsque surgit le choléra, ou qu'apparaît la vaccine, l'enthousiasme s'émousse très vite. En distribuant remèdes et consultations médicales, la charité traditionnelle cache mal ses arrières-pensées politiques, morales et sociales, qui relèguent au deuxième plan ses intentions officielles. Par ses réseaux traditionnels de dames d'oeuvres et d'associations pieuses, elle draine dans ses institutions théoriquement médicales, plus de pauvres que de malades.<sup>9</sup>

Chargés de recruter une partie du personnel soignant et de faire respecter son monopole, les autorités politiques et médicales locales n'appliquent guère les consignes venues d'en haut. Très laxistes, les jurys médicaux reçoivent aisément de nombreux officiers de santé aux compétences douteuses et une myriade de sages-femmes, d'herboristes et de pharmaciens qui peuvent être autant des concurrents que des auxiliaires des docteurs en médecine. La tolérance envers l'exercice illégal relève plus de la complicité que de la passivité. Plus proches du peuple, plus disponibles et moins coûteux que les médecins, les charlatans et surtout les religieuses sont souvent décrits comme les indispensables instruments de la médicalisation populaire. Tout ceci montre une politique qui préfère fournir au peuple des professionnels à sa portée, plutôt que de défendre à tout prix un impossible monopole médical.

Ces déviations sont peut-être à mettre en relation avec l'accueil réservé sur le terrain aux différentes initiatives médicalisatrices. L'encadrement sanitaire global progresse rapidement et ne présente pas autant de disparités géographiques que le seul encadrement médical. Souvent, en effet, la forte présence des

---

<sup>9</sup> C'est en particulier le cas du Dispensaire Général de Lyon, fondé en 1818; dans une optique strictement médicale (consultations médicales et fournitures de médicaments).

sages-femmes ou des pharmaciens compense la rareté des médecins. A la limite, le réseau illégal est plus complémentaire que concurrent du réseau officiel, à la fois géographiquement et socialement. L'éloignement du médecin, le prix de ses services, son attitude distante sont les meilleurs pourvoyeurs de la médecine illégale qui n'est pas l'expression d'une résistance à la médecine mais le reflet d'une volonté déçue d'y avoir accès. Dans la pratique, ce que proposent les religieuses et les charlatans ne diffère pas profondément de ce qu'offrent les médecins. L'illégalité n'est pas une anti-médecine, mais plutôt un succédané et un complément de la médecine officielle.

Le phénomène est encore plus net en matière de pharmacie. Le succès du médicament dépasse ici les prévisions et les souhaits des médecins. Le réseau des officines légales est si ténu que le médicament se réfugie partout, dans les hôpitaux, les congrégations religieuses, les épiceries et autres commerces, sans oublier le remède secret, élaboré par des philanthropes ou des escrocs, qui chemine par des voies diverses jusqu'aux clients de toute condition. Le triomphe de l'illégalité traduit bien l'adhésion et non pas le refus.

L'accueil des mesures sanitaires et préventives paraît beaucoup plus réservé. Une fois faite la part des pesanteurs matérielles et financières, il apparaît que les réticences à la vaccination, par exemple, tiennent plus aux circonstances qui l'entourent et aux personnages qui la pratiquent qu'à l'opération elle-même. Prenant systématiquement le contrepied des croyances populaires (ravalées au rang de préjugés), sur le temps de la vaccination, l'origine du vaccin et l'âge des vaccinés, les médecins encouragent la passivité et font naître les soupçons. En revanche, pratiquée par les mères et les sages-femmes, la même opération peut connaître un vif engouement.

Dès les premières phases de l'offensive médicale, il n'existe pas de fossé infranchissable entre les médecins et le peuple. Les conflits et les lacunes tiennent plus à des appréciations différentes qu'à un refus déterminé ou à la résistance d'une médecine populaire radicalement différente.

## LES LABORATOIRES DE LA MODERNITE

Nulle part les effets de ces décalages ne sont aussi graves et sensibles que dans les grandes villes et les milieux touchés par l'industrie nouvelle. C'est donc là que se mettent en place des moyens nouveaux pour contourner les obstacles économiques au recours médical et transformer radicalement l'hôpital.

Bâtie sur la logique récente de l'assurance, la mutualité, qui vise aussi à réconcilier les classes antagonistes, privilégie, après 1850, les prestations médicales et pharmaceutiques. Malgré son attachement forcené à la stricte économie, elle doit étendre sans cesse ses garanties et tolérer une forte augmentation de la consommation de ses adhérents. Malgré une évidente progression hors de son milieu originel, la mutualité ne couvre qu'une minorité stable de la population modeste. A partir du milieu du siècle, quelques grandes entreprises (surtout minières), soucieuses de s'attacher un personnel stable, lui fournissent un service médical gratuit vite étendu aux familles.<sup>10</sup> Au travers de conflits souvent violents, elles expérimentent aussi une gestion paritaire des caisses de secours et de retraite officialisée en 1894.

Les hôpitaux des grandes villes constituent aussi des laboratoires où s'élaborent des schémas nouveaux. Bien avant la Révolution Pastorienne, les médecins font des grands centres

---

<sup>10</sup> Cas des Compagnies minières de la Loire dont les archives sont versées aux archives départementales de la Loire (sous-série 15 J).

hospitaliers le lieu essentiel de leur formation et de la structuration de leur profession. L'externat, l'internat, le concours de médecins hospitaliers définissent précocement une voie royale qui attire les membres les plus brillants de la profession. En corollaire, ils acquièrent dans l'hôpital un pouvoir croissant. Jusqu'aux années 1880, la médicalisation de l'institution reste ténue. Comme auparavant, elle consiste surtout à trier la clientèle et à réserver les lits d'hôpitaux aux seuls malades curables. Les chroniques, les incurables, les convalescents et les vieillards sont peu à peu relégués dans des établissements spécialisés situés à la périphérie des villes ou confiés à des institutions privées de plus en plus nombreuses.

Cette première distinction, jamais achevée, favorise la gestion de certains services (maternités, services d'enfants) ou établissements (l'hôpital des vénériens de Lyon), conformément aux critères médicaux. La clientèle ne répond que partiellement à ces exigences. Moins marginale qu'on ne le dit souvent, la clientèle hospitalière lyonnaise du milieu du siècle qui ressemble beaucoup à la population de la ville, mêle très intimement raisons sociales et raisons médicales dans son recours à l'hôpital.<sup>11</sup> Là aussi, malgré les décalages, il n'existe pas d'incompatibilité absolue entre les visées médicales et les aspirations populaires.

Sous le même nom, les hôpitaux-hospices des petites villes et des campagnes offrent une situation radicalement différente. Leur extension rapide ne traduit en effet pas une médicalisation profonde de leur milieu ambiant. Largement dirigés par les soeurs, délaissés par les médecins, ils jouent un rôle très prisé d'institutions sociales polyvalentes, associant les fonctions scolaires, l'hébergement des enfants, des vieillards, la distribution gratuite de médicaments et de

---

<sup>11</sup> Les clientèles hospitalières de Lyon et Villefranche ont été étudiées en détail dans le cadre d'une réponse à un appel d'offres du Programme pluri-annuel régional Rhône-Alpes en Sciences Humaines. Cf. FAURE (O.), DESSERTINE (D.), *Hospitalisation et populations hospitalisées dans la région lyonnaise (fin XIXe-début XXe s.)*, Centre Pierre Léon, 129 p., dactyl., 1988.

nourriture, l'organisation d'ateliers de charité. L'hôpital rural ne copie pas avec retard son homologue urbain, il traduit une autre société et se développe selon une logique propre.

Décidément, la modernité urbaine et industrielle ne peut se répandre spontanément. Jugée indispensable, son extension impose l'intervention publique.

## LES COMPROMIS DE LA FIN DU SIECLE

Avec l'instauration conjointe du pastorisme et de la démocratie, les données du problème paraissent complètement bouleversées. Pourtant, les expériences passées imposent des compromis qui définissent les grandes lignes du système dans lequel nous vivons encore.

En imposant le financement public d'une assistance médicale obligatoire réservée aux indigents,<sup>12</sup> la Troisième République paraît révolutionnaire. Elle ne fait pourtant que donner vie aux principes et aux projets des périodes antérieures. Chaussant les bottes de l'an II, elle étend et généralise les expériences de médecine facultative encouragées par le Second Empire et présentes dans la moitié des départements. Plus qu'elles, l'assistance médicale respecte scrupuleusement la médecine libérale. Le service des indigents est assuré dans des conditions de plus en plus proches de l'exercice en clientèle : libre-choix du médecin, rétribution à l'acte, indemnité de déplacement l'emportent vite sur les abonnements et les médecins cantonaux, comme cela se passe aussi dans la mutualité de la fin du siècle. En revanche, l'assistance publique emprunte à la charité son obsession de l'économie et sa hantise de l'abus individuel. A elles deux, elles inspirent une série de mesures restrictives, toujours

---

<sup>12</sup> Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.



vouées à l'échec, et une stratégie qui vise sans cesse à faire payer plus les indigents ou les adhérents.

En fournissant aux hôpitaux subventions et prix de journée, en échange du respect de certaines normes techniques ou gestionnaires, les pouvoirs publics ne brisent pas entièrement l'autonomie des hôpitaux, protégée par un financement propre et la gangue des habitudes anciennes.

Stimulée par les découvertes pastoriennes, l'hygiène ne progresse pas autant qu'on pourrait l'escompter. Soucieux de respecter la liberté des médecins et de leurs malades, l'Etat tarde à décréter l'obligation en matière de vaccination et de déclaration,<sup>13</sup> et hésite à l'imposer. Il y est encouragé par l'accueil mitigé que reçoivent les éléments proposés. Si la vaccination est de mieux en mieux admise, l'utilité de la revaccination est en général mal comprise. Très spectaculaire, la désinfection inquiète par la publicité qu'elle inflige à celui qui la subit, mais rassure par son côté conjuratoire. Les licenciements de classe, les atteintes à la vie collective, suscitent des réactions mitigées, qui tiennent plus au choix du moment qu'à l'opération elle-même. Au-delà, tout ce qui touche les comportements domestiques et quotidiens (nourriture, propreté), paraît plus à l'abri des campagnes officielles. Le respect de l'hygiène pâtit aussi du succès des soins curatifs. Comme dans toutes les expériences précédentes, c'est vers le médicament que se tourne en priorité la consommation populaire, qui triomphe imparablement des nombreux obstacles mis sur sa route.

Plus spectaculaires, les mutations de l'hôpital n'empêchent pas non plus la signature de certains compromis. Grâce à l'asepsie, l'hôpital qui devient un lieu d'opérations sûr, acquiert une nette supériorité sur les soins à domicile et attire potentiellement une

---

<sup>13</sup> Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (article 15), loi du 15 février 1902 (article 6).

clientèle nouvelle aisée à la recherche d'un "plateau technique". Des facteurs sociaux, des "stratégies" viennent ralentir le rythme proposé par la technique.

Paradoxalement, on voit parfois les médecins refuser des projets novateurs (hôpitaux d'isolement, hôpitaux nouveaux) qui risqueraient de nuire à leurs intérêts matériels immédiats. Ils veillent aussi, aux côtés des administrations charitables, à réserver l'accès de l'hôpital public aux seuls indigents, laissant les plus riches fréquenter les cliniques privées et les gens modestes attendre les cliniques mutualistes et les assurances sociales. Sur un autre front, les hôpitaux - même les plus grands - ne réussissent pas à diminuer la présence des vieillards et des incurables, même si leurs séjours relèvent de plus en plus des financements publics.<sup>14</sup> Aussi, les hôpitaux continuent-ils, sous des formes transformées, à gérer des tâches multiples.

## CONCLUSION

A la veille du premier conflit mondial, les principaux ingrédients du système de santé actuel semblent en place. Les compromis multiples passés entre la médecine libérale et la prise en charge collective entre soins et prévention, entre médecine et assistance, sont sans doute responsables du déclenchement d'une spirale inflationniste toujours à l'oeuvre. La défiance qui marque souvent la relation du peuple et des médecins a aussi sa part. Souvent limitée à un rapport purement commercial centré sur l'échange du médicament, elle privilégie une logique de consommation.

---

<sup>14</sup> Loi du 15 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables.

Prise comme exemple, l'histoire de la médicalisation montre le rôle déterminant que peuvent occuper les réactions et les aspirations du public dans le changement des habitudes culturelles. La médicalisation n'est peut-être pas le seul secteur où les modèles culturels des élites s'altèrent, à tel point qu'ils apparaissent méconnaissables, au terme de leur descente dans la société.

*Olivier FAURE*  
Centre Pierre Léon  
Université Lyon 2, C.N.R.S.