
Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions

Olivier Faure



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2728>

DOI : 10.4000/ccrh.2728

ISSN : 1760-7906

Éditeur

Centre de recherches historiques - EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 12 avril 1994

ISSN : 0990-9141

Référence électronique

Olivier Faure, « Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2728> ; DOI : 10.4000/ccrh.2728

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions

Olivier Faure

L'auteur s'interroge sur l'emploi, par les historiens de la santé, du concept de demande sociale qui passe depuis quelques années pour une explication essentielle du changement des comportements sanitaires depuis deux siècles. Souvent floue, appliquée à un domaine qui est loin d'être strictement marchand et employé sans nuances, la demande sociale a trop souvent été une manière excessive de réagir à l'idée, elle aussi excessive, d'une médicalisation imposée d'en haut. Pourtant, à condition de préciser les champs, les acteurs, les temps et les lieux de ces demandes sociales, l'approche en termes d'offre et de demande peut permettre d'approfondir notre connaissance des processus d'acculturation, pas seulement dans le domaine de la santé.

- 1 A côté du concept de médicalisation, largement utilisé depuis presque deux décennies, la notion de demande sociale connaît depuis quelques années (1987 ?) une grande vogue chez de nombreux historiens de la santé. Avant que la notion ne disparaisse ou ne sombre dans la banalité et le flou le plus total, il paraît temps de faire le point sur les conditions de sa naissance et les raisons ambiguës de son succès. Plus urgents sans doute sont l'examen et la mise à nu des dangers qui guettent les recherches bâties sur cette problématique. Pourtant, à condition d'être précisée, l'hypothèse de la demande comme moteur essentiel (mais pas unique) de l'évolution des comportements sanitaires peut encore déboucher sur l'exploration de questions nouvelles.

Naissance d'un concept flou

- 2 Employée pour la première fois en histoire par Furet et Ozouf¹ à propos de l'alphabétisation des Français de Calvin à Jules Ferry, la notion de demande sociale et de besoin social a mis quelque temps à se frayer un chemin dans l'histoire de la santé, mais son succès tardif n'en est que plus spectaculaire. Esquissée dans quelques articles confidentiels, l'hypothèse du rôle de la demande sociale dans le processus de médicalisation est révélée au grand jour dans un colloque international organisé par le ZIF à Bielefeld². Sans concertation préalable, trois chercheurs (C. Jones, J. Gélis, l'auteur de ces lignes) y présentent des communications qui placent toutes la demande sociale au cœur de la médicalisation. La même année, C. Jones interprète les revendications cliniques et pratiques des étudiants montpéliérains du XVIII^e siècle comme la réponse aux exigences d'une clientèle soucieuse de soins et de guérison³. Dans les années qui suivent, la notion s'introduit dans livres, thèses et articles. Après avoir été l'un des plus brillants historiens de la confiscation de l'accouchement par les hommes et les médecins, J. Gélis reconnaît dans la *Sage Femme et le Médecin* que « cette approche n'a pas toujours su éviter les interprétations rapides, parfois simplificatrices ». Mieux même, il affirme « l'intervention de l'accoucheur a donc été largement préparée dans les consciences... qu'elle n'était concevable que si les femmes y consentaient. Or, il semble bien que non seulement elles y aient consenti, mais qu'elles l'aient même sollicitée. En ce domaine comme en d'autres, la demande sociale est à l'origine de l'innovation⁴ ». Fortement mais discrètement affirmé par J. Gélis, le rôle de la demande sociale est, l'année suivante, au centre de *La médicalisation de la société dans la région lyonnaise au XIX^e siècle*⁵. Il en va de même dans la thèse toute récente qu'I. von Bueltzingsloewen a consacrée à *Enseignement clinique et médicalisation dans l'Allemagne des XVIII^e et XIX^e siècles*⁶.
- 3 Approfondissant la première, la deuxième thèse montre surtout que cette « demande médicale n'est aucunement un phénomène nouveau-né de l'industrialisation, de l'urbanisation ... et nourri par les progrès importants de la science médicale ..., mais qu'elle existe bien antérieurement » (p. 484). Pourtant, si la notion de demande sociale est l'objet de réflexions poussées et de précisions nécessaires, elle est aussi victime de son succès. Comme la médicalisation en son temps, c'est un concept menacé de banalisation et d'appauvrissement.
- 4 Plus encore qu'aux effets de mode ou de clientèle, elle le doit à ses liens avec le présent. Analyser la santé en termes de marché n'est évidemment pas plus neutre, ni moins dangereux, que de l'analyser en termes de pouvoirs, comme on le faisait il y a quelques années. Les liens avec une vision libérale du monde (redevenue très en vogue), les coïncidences avec la mort des idéologies révolutionnaires sont bien trop évidentes pour ne pas être suspectes. Par ailleurs, la notion de demande sociale côtoie sans cesse le schématisme et la caricature, ne serait-ce qu'en réaction contre une certaine vulgate post-foucauldienne trop longtemps répandue. Plus sereinement, on peut admettre que fille de son temps, l'hypothèse de la demande se nourrit aussi de l'observation du présent. L'essor persistant des consommations médicales, malgré le contingentement (limité) de l'offre, le développement concomitant des médecines « douces » et de la médecine « dure » ne peut que renforcer la tendance des historiens de la santé à explorer la clientèle et ses comportements.

- 5 Comme les autres chercheurs en sciences sociales, mais plus encore qu'eux, les historiens ne peuvent véritablement étudier la demande de santé qu'en fonction d'une offre existante. Ainsi n'est-il pas question d'évaluer la demande de soins des pauvres avant la mise en place de systèmes charitables ou d'assistance. Après, il reste évident que la demande ne s'exprime pas indépendamment de l'offre. Le libre-choix du médecin par le malade, l'existence de tarifs et de nomenclatures pèsent sur la demande, dans un sens comme dans un autre. Dans le cadre de la médecine libérale, les dangers sont encore bien plus grands. Rien ne serait plus fallacieux que de lier mécaniquement la hausse des effectifs médicaux et la croissance de la fréquentation médicale dans la mesure où l'on ignore le plus souvent les revenus médicaux et le nombre d'actes effectués par chaque praticien. Le plus souvent donc, l'historien est amené à déduire l'existence d'une demande à partir des décalages qui se manifestent entre les systèmes tels qu'ils sont définis et la manière dont ils fonctionnent en réalité. Ce raisonnement déductif est évidemment dangereux et nécessite des conclusions forcément prudentes. La première précaution à prendre est d'être conscient que l'on ne peut analyser la demande elle-même, mais seulement esquisser son rôle dans un processus forcément plus complexe, où offre et demande agissent en interaction permanente.
- 6 En France surtout, médecine et santé ne constituent pas un véritable marché au sens économique du terme. Aussi, même si l'on emploie le terme de demande, on ne parle le plus souvent que de besoin, ce qui implique déjà une nette différence sur laquelle il faudrait réfléchir plus profondément. De façon plus pragmatique, cette demande ou ce besoin social méritent d'être qualifiés et précisés. Dans ce concept protéiforme gisent côte à côte demande de soins (au sens large), demande de médecine, de médicaments, mais aussi une demande de guérison. Il est évidemment difficile, mais nécessaire de ne pas prendre l'une pour l'autre et de mesurer les parts respectives de chacune dans les messages adressés aux médecins et autres professionnels (légaux ou non) de la santé. On est aussi surpris que des historiens (je m'inclus dans le lot) par définition sensibles aux changements et aux variétés emploient si souvent un singulier abusif pour qualifier des demandes et des besoins qui sont par définition variables selon les lieux, les époques et les milieux socio-culturels. Pour survivre, et rester efficace, le concept doit être utilisé avec prudence et nuance.

Apports et prolongements

- 7 Même si ces précautions n'ont pas toujours été respectées, l'histoire de la médicalisation vue d'en-bas a déjà permis d'explorer des chemins cachés et de remettre en cause l'idée d'un processus conçu à l'avance et progressivement appliqué (voir imposé) à des cercles concentriques sans cesse plus larges.
- 8 Les différents travaux déjà cités et quelques autres sur le charlatanisme et les remèdes secrets⁷, la pharmacie⁸ et les eaux minérales⁹, la littérature de vulgarisation médicale¹⁰ (officielle ou non) ont bien montré qu'une large partie des transformations des comportements de santé échappe largement aux médecins et à leurs normes. A peine entrouvert, ce champ des pratiques quotidiennes peu médicalisées (au sens strict) mérite une quantité d'études précises sur les curistes non consultants, la vente des produits pharmaceutiques sans ordonnance, les vaccinations « sauvages », le commerce des eaux minérales et des produits de santé (dentifrices, huile de foie de morue, savon et autres), l'organisation et la diffusion d'une littérature de santé (publicités comprises). Malgré les

travaux pionniers de Jacques Léonard¹¹, le dossier de la géographie médicale n'est pas clos : raisonner sur l'évolution des taux plutôt que sur les taux eux-mêmes permet d'affiner la notion de réceptivité à la médecine¹² ; ajouter les autres professions de santé aux seuls médecins amène à découvrir les facettes complémentaires d'un processus plus complexe que le ralliement aux médecins ; analyser simultanément les soignants reconnus et les illégaux montre la vanité de frontières longtemps sévèrement gardées.

- 9 L'étude des systèmes de santé non marchands (hôpital, assistance et mutualité) est en train de renverser des hypothèses longtemps admises. Sous réserve d'études contradictoires, on y voit des médecins hostiles à l'extension de leur clientèle (opposition à la mutualité et à l'assistance) des malades réclamant des soins et des remèdes¹³, et des hôpitaux tâchant de refouler les pauvres (pas si pauvres que cela) qui les assaillent¹⁴.
- 10 Au total, même s'il faut faire la part des intérêts commerciaux (publicité, etc.) et des besoins non médicaux qui se reportent sur des institutions médicales (cas du vin et de l'alcool dans la médecine gratuite ; cas de l'hébergement social dans les hôpitaux), l'existence d'une volonté de guérir paraît indéniable, mais mérite d'être précisée, y compris par des questions banales.
- 11 Dès 1978, J. Léonard¹⁵ avait démontré la fragilité des corrélations entre la médicalisation et les autres éléments de la modernisation sociale (alphabétisation, enrichissement, urbanisation). Chacun dans leur domaine, J. Gélis et I. von Bueltzingsloewen montrent que la demande de soins est antérieure à la ville et à l'industrie¹⁶. On sait par ailleurs depuis longtemps que la littérature de vulgarisation naît au XVII^e siècle, que le renouveau du thermalisme et le succès des eaux minérales n'attendent pas la Révolution industrielle. Aussi tous ces travaux invitent-ils à accorder plus d'importance aux facteurs culturels, qu'aux processus économiques. Encore reste-t-il à démontrer clairement comment la laïcisation et l'alphabétisation ont pu nourrir la médicalisation¹⁷.
- 12 Indice parmi d'autres d'une précoce demande sociale de santé, la diffusion du quinquina et de l'ipécacouana pose aussi le problème de la circulation sociale de nouveaux comportements culturels. Dire que l'innovation descend spontanément et progressivement les degrés de l'échelle sociale ne rend pas compte de sauts extrêmement rapides effectués dans certains domaines¹⁸. En revanche, la diffusion de nouveaux comportements sanitaires met en valeur le rôle de groupes spécifiques qui ne sont pas définis par leur appartenance sociale, mais par d'autres discriminants. Acceptant ou réclamant une intervention plus technique pour leurs couches, jouant un rôle essentiel dans le succès ou l'échec de la vaccination, usant de l'hôpital sur un modèle plus médical, les femmes en général jouent un rôle essentiel. Parmi elles et de façon plus aisée à cerner, les sages-femmes et les religieuses sont sans doute plus que des intermédiaires neutres entre les médecins et les gens du peuple.
- 13 Plus largement, c'est l'ensemble de la sphère religieuse qui occupe une place stratégique dans le refus ou l'acceptation de modèles nouveaux. Au-delà des jésuites distribuant le quinquina et des mauristes rédigeant des traités de vulgarisation médicale¹⁹, l'ensemble du clergé soigne les corps autant que les âmes et ne néglige pas les secours terrestres. Même s'ils affrontent souvent les curés, maires et conseillers municipaux d'abord, instituteurs ensuite, jouent un rôle presque identique pour encourager, ou traduire les besoins de leurs administrés. Plus que la position sociale, c'est la fonction politique et/ou culturelle qui pousse laïcs et religieux à jouer un rôle actif.

- 14 La façon dont ce message est reçu ou suscité est encore plus difficile à étudier. Pourtant, les pistes ne manquent pas pour progresser dans la connaissance des consommations et des facteurs qui les suscitent. Carnets de médecins, registres de pharmacie (au jour le jour) gisent ça et là et attendent leurs historiens²⁰. L'assistance publique offre aussi des listes impressionnantes qui permettent de repérer des contrées consommatrices de santé et des zones abstinences²¹. La mutualité aussi fournit de nombreux supports pour étudier précisément les facteurs sociologiques de la consommation médicale.
- 15 Savoir qui consomme ne dispense pas de savoir quoi. On a plus longuement développé ailleurs l'hypothèse selon laquelle le médicament serait le véritable cheval de Troie de la médicalisation et de la transformation des comportements de santé²². Pour que la démonstration soit pleinement convaincante, il faudrait aussi étudier avec précision la diffusion de chacune des pratiques d'hygiène et de prévention sur le modèle de ce qui a déjà été tenté²³.
- 16 Loin d'être une explication par défaut et une invitation à la facilité, l'hypothèse de la demande sociale, à condition d'allier rigueur et travail, peut être féconde, dans le domaine de l'histoire de la santé et peut-être dans d'autres.

NOTES

1. François Furet, Jacques Ozouf, *Lire et écrire : l'alphabétisation des Français de Calvin à Jules Ferry*, Paris, Minuit, 1977, I, p. 70-81 et 137-52.
2. Dont les actes n'ont jamais été publiés mais dont « retentissement » a été assuré par un article de Ute Frevert dans la *Frankfurter Allgemeine Zeitung*.
3. Colin Jones, « Montpellier medical students and the médicalisation of 18th century France », in Roy Porter, Andrew Wear, *Problems and methods in the history of health*, London : Croom and Helun, 1987, p. 57-80.
4. Jacques Gelis, *La sage-femme ou le médecin*, Paris : Fayard, 1988, p. 387-90.
5. Olivier Faure, *La médicalisation de la société dans la région lyonnaise au XIX^e siècle*, thèse d'Etat, Lyon II, 1989 ; résumé dans *Information Historique*, 1 (1990), p. 7-13. Argumentation reprise (hors hôpitaux) dans *Les Français et leurs médecines au XIX^e siècle : la volonté de guérir*, Paris : Belin, 1993.
6. Isabelle von Bueltzingsloewen, *Enseignement clinique et médicalisation en Allemagne aux XVIII^e et XIX^e siècles*, thèse Lyon II, 1992.
7. Matthew Ramsey : d'abord sa trilogie sur les remèdes secrets, « Traditional Medicine and medical enlightenment : the regulation of secret remedies in the Ancien Regime », in Jean-Pierre Goubert, *La médicalisation de la société française. 1770-1830, Réflexions historiques/Historical reflections*, IX. 1 et 2 (1992) ; « Property rights and the right of health : the regulation of secret remedies in France. 1789-1815 », in WF Bynum, R. Porter, *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850*, London : Croom and Helm, 1987, p. 79-105 ; « Sous la législation de 1803, trois enquêtes sur les charlatans (1810-1818-1824) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 3 (1980), p. 485-500. Puis son ouvrage, *Professional and popular medicine in France 1770-1830*, Cambridge : Cambridge UP, 1988.
8. Article pionnier de Guy Thuillier, « Pour une histoire du médicament en Nivernais au XIX^e s. », in *Pour une histoire du quotidien en Nivernais au XIX^e s.*, Paris : Mouton, 1977, p. 463-77. Tour

d'horizon d'O. Faure, « Officines, pharmaciens et médicaments en France au XIX^e s. », *Bulletin de la Société d'Histoire moderne*, 44 (1989), p. 31-9. Voir aussi la contribution de J. Collin à ce volume.

9. O. Faure « La vogue des eaux minérales au XIX^e siècle dans la région lyonnaise et stéphanoise », in *Le Corps et la Santé*, Paris : CTHS, 1985, I, p. 245-58 ; « Le Mont-Dore au début du XIX^e siècle : du village à la station thermale », *Actes du 117^e Congrès National des Sociétés Savantes*, (1992), à paraître. Paul Gerbod, « Les fièvres thermales en France au XIX^e siècle », *Revue Historique*, 2 (1987) p. 309-34.

10. Jacques Poirier, Claude Langlois, *Raspail et la vulgarisation médicale*, Paris : Sciences en situation, 1992, et *Médecine et vulgarisation (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris : GRHEM, 1991.

11. Jacques Léonard, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris : Champion, 1978.

12. François Tonnelier, *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIX^e siècle en France*, Paris, CREDES, 1992.

13. O. Faure, « La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, Économie, Société*, 4 (1984), p. 593-608.

14. Dominique Dessertine, O. Faure, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^e et XX^e siècles*, Lyon : PPSH, 1991.

15. Cf. note 11.

16. Ouvrages cités notes 4 et 6.

17. J. Gelis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.* note 4, 3^e partie.

18. *Ibid.*, p. 305-21.

19. Mireille Laget, Claudine Luu, *Médecine et chirurgie des pauvres au XVIII^e siècle*, Toulouse : Privat, 1984.

20. Pour les carnets de médecins et leur exploitation cf. J. Léonard, *op. cit.* note 11 ; pour les registres de pharmacie, bref exemple in O. Faure, « Une pharmacie lyonnaise et ses clients à la veille de la Première Guerre mondiale », *Revue d'histoire de la Pharmacie*, 3 (1992), p. 307, 314.

21. Danièle Lacour, *Communes, assistance et médicalisation*, mémoire de maîtrise, Lyon, 1987.

22. O. Faure, « Le rôle du médicament dans la médicalisation en France au XIX^e s. », in *Maladies, Médecines et Sociétés*, Paris : l'Harmattan, 1993, II, p. 197-205, et « Le succès du médicament en France au XIX^e s. et ses significations », in Jean-Claude Beaune, (dir.), *La philosophie du remède*, Seyssel, 1993, p. 216-25.

23. Jean-Pierre Goubert, *Du luxe au confort*, Paris : Belin, 1988.

AUTEUR

OLIVIER FAURE

Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand, Centre Pierre Léon – Lyon