

L'apport des actes du post-mortem à la connaissance de la pratique libérale de la médecine, à Paris, au XVIIIe siècle

Isabelle Coquillard

▶ **To cite this version:**

Isabelle Coquillard. L'apport des actes du post-mortem à la connaissance de la pratique libérale de la médecine, à Paris, au XVIIIe siècle. Écrire l'histoire de la médecine : temporalités, normes, concepts, Stanis Perez, Nov 2013, La Plaine-Saint-Denis, France. hal-01315388

HAL Id: hal-01315388

https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01315388

Submitted on 13 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'apport des actes du post-mortem à la connaissance de la pratique libérale de la médecine, à Paris, au XVIII^e siècle

Isabelle Coquillard
Université Paris Ouest-Nanterre-La Défense

Résumé

Titulaires du plus haut grade décerné par la Faculté de Paris, les docteurs régents ont un quasi-monopole d'exercice de la médecine libérale dans la capitale. La demande de services médicaux se segmente entre divers soignants selon une division conventionnelle du travail n'excluant pas des transferts de prise en charge. La densité de l'offre renforce le caractère concurrentiel du marché médical et contraint à des stratégies de commercialisation des soins.

L'analyse de 700 actes notariés dressés après le trépas, répartis entre 1710 et 1792, comprenant des « frais de dernière maladie », délimite les contours sociaux et géographiques des espaces d'intervention des docteurs régents. Ne renseignant que sur un segment de la clientèle, âgée et aisée, ce corpus dévoile la composition des équipes médicales sollicitées, la nature des services rendus, le montant des honoraires et leurs temporalités de paiement.

Mots-clés : Docteurs régents, Paris, XVIII^e siècle, Inventaires après décès, actes du post-mortem, Pratique médicale libérale.

Abstract

Holders of the highest grade awarded by the Faculty of Paris, the French medical elite, namely the "doctor regents" have a quasi-monopoly of exercise of private medicine in the capital. The request for medical departments segments between various looking after according to a conventional division of work not excluding from the transfers of assumption of responsibility. The density of the offer reinforces the competitive nature of the medical market and forces medical care marketing strategies.

Analysis of 700 notarial deeds drawn up after death, distributed between 1710 and 1792, including "expenses of last disease", delimits social and geographical contours spaces of intervention of the "doctor regents". Informing only about one segment of the patients, old and easy, this corpus reveals the composition of the solicited medical teams, the nature of the done favours, the amount of the fees and their temporalities of payment.

Keywords: Doctors regents, Paris, 18th century, Inventories after death/acts of the post-mortem, exercise of private medicine.

Les docteurs régents de la Faculté de médecine de Paris, titulaires du plus haut grade décerné par la première Faculté de médecine du royaume, bénéficient du monopole d'exercice de leur art dans la capitale. Au XVIIIe siècle, la médecine est une profession dont le but lucratif tend à devenir de plus en plus perceptible. En moyenne, la profession génère 8000 à 9000 livres de revenus annuels. L'existence d'une médecine à caractère commercial, devenue principale source de revenus, marque l'entrée du docteur régent dans un système de publicité autour de son nom et de ses résultats. La « culture des apparences » contribue et encourage le nouveau souci du corps où les traces laissées par la maladie sont autant de signes à identifier et à interpréter dans l'espoir de la combattre. La santé est un sujet de préoccupation facilement évoquée dans la correspondance privée.

Souhaitant saisir une pratique professionnelle, je m'attache à l'aspect financier de la transaction médicale et aux mécanismes de l'économie de la santé, entre 1710 et 1790. Selon Kenneth J. Arrow[1], cinq spécificités autorisent à postuler l'existence d'un marché des soins : la nature de la demande, les attentes spécifiques vis-à-vis des incitations émises par les médecins, l'incertitude sur les remèdes, les conditions de l'offre de services médicaux et la manière d'en fixer les prix. Le concept de marché suppose un échange organisé entre le docteur régent et ses clients. Ainsi, quand Roy Porter[2] parle de « marché médical », il place au cœur de l'analyse les représentations, expériences et attentes du malade, libre de recourir ou non au docteur régent de son choix, autonome dans le suivi du traitement (du fait de la liberté d'interprétation des recommandations médicales). La pratique de la médecine fait l'objet d'une sévère concurrence[3]. La demande de services médicaux est segmentée entre les différents soignants que sont les docteurs régents, les docteurs en médecine, les chirurgiens, les apothicaires, les garde-malade et les empiriques (non diplômés d'une faculté de médecine). Celle-ci répond à une division conventionnelle du travail où les docteurs régents se chargent des maladies internes et les chirurgiens des maladies externes. Au total, le nombre de docteurs régents actifs à Paris, entre 1707 et 1792, est estimé à une centaine par an, en concurrence avec les autres médecins autorisés à y exercer (tels les médecins de Cour) et une frange d'empiriques dont l'importance numérique ne peut être évaluée.

La notion de « marché », bien que non énoncée de la sorte, me semble intégrée par les docteurs qui, lorsqu'il s'agit de traiter de leurs honoraires, emploient le mot « client » pour désigner leurs malades et non celui de « patient », terme absent des dictionnaires médicaux du XVIIIe siècle. Dans le cadre d'une relation médicale considérée d'un point de vue économique, malade et docteur régent sont deux acteurs, le premier endossant le rôle d'émetteur d'une demande de soins, le second revêtant le costume de prestataires de services. Chacune des parties a des devoirs envers l'autre. Le « malade-client » place sa vie sous la protection du docteur régent, auquel il s'engage à verser des honoraires. En contrepartie, le docteur régent use de toutes ses compétences afin de le guérir. La nécessité de susciter la demande du client est mise en lumière dans l'approche proposée par Laurence Brockliss et Colin Jones pour

1. K. J. Arrow, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », in *The American Economic Review*, vol. III, December 1963, no 5, p. 941.
2. R. Porter, « The Patients View: Doing Medical History From Below », in *Theory and Society*, 14-2, 1985, p. 175-198.
3. Cet aspect de la question est réintroduit par Harold Cook dans son analyse du « medical market place », à travers la figure des illégaux. Voir Cook Harold J., *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*, Ithaca, Cornell University Press, 1986. Cette frange de l'offre médicale (la « medical penumbra » de Laurence Brockliss et Colin Jones) m'échappe puisque le notaire ne peut enregistrer que la pratique légale de la médecine.

lesquels l'existence d'un « medical entrepreneurship[4] » invite à s'interroger sur les stratégies de commercialisation des soins et leur régulation.

Les mentions glanées au fil des écrits du for privé conduisent à la mise en valeur d'un docteur particulier. En revanche, la mobilisation des actes du post-mortem (que je définis comme l'ensemble des actes notariés dressés à partir du décès et jusqu'à la liquidation complète de la succession[5]) offre un bilan chiffré des consommations médicales au moment du décès. Du côté des docteurs, ces actes, dévoilant des stratégies commerciales et un rapport financier à la médecine, permettent de déterminer leur surface professionnelle et leur espace d'intervention.

À partir du dépouillement de 700 actes du post-mortem établis entre 1710 et 1792 à Paris, je voudrais étudier quelques aspects de la pratique libérale des docteurs régents et leur rôle dans le marché des soins parisiens. Après avoir reconstitué la composition de la clientèle des docteurs régents grâce à cette source, nous verrons qu'elle peut être mobilisée pour comprendre les relations professionnelles entre soignants. Enfin, nous nous intéresserons à la nature et au prix des services proposés par les docteurs.

Reconstituer la clientèle des docteurs régents grâce aux actes du post-mortem

Un premier intérêt des actes du post-mortem est leur permanence même si leur mode de rédaction évolue. En me basant sur des analyses intégrant de multiples critères (un montant de partage de succession supérieur à 100 000 livres nettes, un volume d'inventaire après décès où le seuil de quarante cotes de « papier » m'apparaît significatif, des frais de convoi supérieurs à 100 livres), j'ai pu estimer la probabilité de retrouver la présence de médecins. Toutefois, la méthode de travail retenue présente des limites. Acte non obligatoire, l'inventaire après décès est même inexistant, en cas de fortune trop faible, pour les filles sans descendance vivant encore chez leurs parents et pour les enfants, rendant alors cette partie de la demande impalpable. De plus, seules les interventions des docteurs régents se soldant par la mort du malade sont accessibles.

La nature de la pathologie et la durée du traitement sont ignorées. En général, il s'agit d'individus conscients d'être en fin de vie en raison de maladies graves ou de leur grand âge. En 1777, le docteur Marin Jacques Clair Robert fixe le début de la vieillesse à soixante ans mais l'âge moyen au décès à Paris est d'un peu plus de quarante ans[6]. Cette catégorie de clients lutte contre les infirmités liées à l'âge[7] et contre l'isolement engendré par la maladie[8]. Parmi les pathologies les affectant particulièrement

4. L. Brockliss, J. Colin, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford, Clarendon Press, 1997, p. 1-7.
5. J'ai exclu la série des scellés après décès apposés par les commissaires du Châtelet car ils ne concernent pas tous les défunts.
6. D. Roche, *La France des Lumières*, Paris, Fayard, 1993, p. 442.
7. J. M. C. Robert, *De la vieillesse*, Paris, L. Cellot, 1772, p. 1 et 4. Les vieillards ont un « désir de conservation », ils « aiment la vie pour le moins autant que les jeunes gens. Ils y paraissent même plus attachés ».
8. « La vieillesse […] est ordinairement mêlée d'infirmités qui font que nous sommes alors abandonnés d'un chacun : notre indolence et notre indifférence nous empêchent d'aller chercher ailleurs à nous délasser. Alors plus de société ; tout fuit et nous restons seuls vis-à-vis de nous-mêmes ». E.-F. Gersaint, cité in G. Glorieux, À l'enseigne de Gersaint *: Edme-François Gersaint, marchand d'art sur le Pont Notre-Dame (1694-1750)*, Paris, Champ Vallon, 2002, p. 449.

figurent, selon le docteur Robert, l'hydropisie, l'apoplexie, les maladies dermatologiques, les écoulements divers, les sérosités abondantes et les maladies engendrées par la dégénérescence des fonctions corporelles. Outre les personnes âgées, les docteurs régents interviennent auprès de clients surpris par la maladie et proposent des soins spécifiques aux femmes enceintes ou sorties de couches[9]. L'échantillon se singularise par une surreprésentation masculine (presque 63 % des clients entre 1710 et 1792). Les hommes mariés sont ceux qui investissent le plus dans la santé car, dans ce cas, la maladie d'un seul engage le destin de toute la famille. La moindre proportion de femmes (37 % entre 1710 et 1792) s'explique, en partie, par le rapport intime qu'elles entretiennent avec la médecine domestique. Cependant, leur présence manifeste une préoccupation pour leur santé car elles perpétuent la lignée et s'occupent des enfants mineurs. De plus, devenue l'objet d'un impératif social de beauté, la femme doit préserver ses qualités de grâce et être capable de plaire[10]. Il existe une pression sociale sur le corps de la femme dont la vie est scandée par les étapes de sa physiologie comme le souligne le docteur Nicolas Chambon de Montaux, en 1785, dans son ouvrage sur les *Maladies des femmes*. Les filles à marier sont l'objet de toutes les attentions. La ménopause est une étape particulière retenant l'attention du docteur Jeannet des Longrois. À quarante ans, les femmes contractent des maladies lentes et durables, les Parisiennes étant les plus exposées au « tumulte des passions, [à] la profusion des mets, [à] l'abus de parfums, de liqueurs fermentées [et à] la jouissance de milles plaisirs[11] ». La vulgarisation d'un propos médical sur la santé des femmes fait écho chez les plus disposées à y accéder et à le comprendre (les nobles et membres de la haute bourgeoisie), et les amène à se montrer plus attentives à leurs corps, à formuler un discours autonome sur celui-ci. L'important contingent de veuves (43 % de l'ensemble de la clientèle féminine entre 1710 et 1792) témoigne de la présence de la mort et de la durée limitée d'unions (de l'ordre d'une vingtaine d'années) rompues par le décès prématuré du mari[12]. Ayant déjà connu un deuil, ces femmes ont plus facilement recours au médecin. L'attitude des veufs est similaire. De sorte que le maréchal de Durfort ayant perdu sa fille en 1762 et son épouse en 1773, investit dans la santé et prend même un abonnement auprès d'un chirurgien pour ses domestiques.

Parfois, un groupe social pour lequel je pensais trouver un docteur régent, n'a pas répondu à mes attentes. Cela est lié à la nature de la pathologie (maladie externe ne relevant que de la chirurgie comme les accidents professionnels) ou à l'urgence de la situation (les chirurgiens étant plus nombreux que les docteurs régents et présents dans tous les quartiers), plus qu'au prix pratiqué. Le peu de cas répertoriés pour la période 1710-1760 est à imputer au caractère imprécis de la source notariale. Les frais médicaux restent difficiles à affecter à une frange précise de soignants quand ils sont rassemblés dans la formule globale « dus aux médecins, chirurgiens et apothicaires », mais aussi à localiser dans l'acte alors qu'ils sont mêlés aux autres dépenses. La confusion cesse dans les années 1760, les frais médicaux, mieux individualisés, acquérant une visibilité tant pour le scripteur de l'acte, leur consacrant même une rubrique dans les comptes d'exécution testamentaire (les « frais de dernières maladies »), que

9. Marie Louise Sirois, épouse d'Edme-François Gersaint, marchand bourgeois de Paris, meurt le 7 avril 1725, six semaines après avoir accouché de son quatrième enfant, à vingt-neuf ans. Ses trois autres enfants étant encore en bas-âge (moins de six ans), la famille n'hésite pas à multiplier les dépenses en matière de soins médicaux.
10. P. Perrot, *Le travail des apparences. Le Corps féminin. XVIIIe-XIXe siècle*, Paris, collec. « Points Histoire », Seuil, 1984. Parmi la production des docteurs régents sur cette question, voir, A. Le Camus, *Abdeker ou l'art de conserver la beauté*, Paris, Jérôme Million, 2008.
11. J. B. C. Jeannet des Longrois, *Conseils aux femmes de quarante ans*, Paris, Méquignon, 1787, p. 6-7.
12. S. Beauvalet-Boutouyrie, Être veuve sous l'Ancien Régime, Paris, Belin, 2001, p. 147-149 et p. 156-157.

pour le lecteur (le repérage étant facilité). La précision sans cesse accrue peut être lue comme la manifestation d'une banalisation des services médicaux dans les familles, les frais médicaux intégrant la catégorie des dépenses quotidiennes.

Les clients consacrent un véritable budget aux dépenses de dernière maladie, révélateur du prix accordé à la vie. Le docteur n'est qu'un élément au sein de la nébuleuse médicale prenant naissance autour du client. La très fine répartition des frais médicaux témoigne à la fois de la bonne identification des domaines de compétences de chaque intervenant et de la diversification des consommations médicales. Quatre ensembles peuvent être distingués : la consommation d'un service permettant de rétablir la santé, les dépenses induites par la mise en œuvre de ce service, l'investissement matériel et les frais annexes (blanchissage de la literie du malade, de ses chemises, achat de bandages…). Les budgets de santé reconstitués varient de six livres à un peu plus de 5 000 livres. La seule borne à ces dépenses est la capacité financière du client. Le budget médical de Mme Lamamye de Clairac, âgée de soixante-dix ans et probablement atteinte d'une grave pathologie, en 1773, semble illimité. Outre la vingtaine de chirurgiens s'affairant autour d'elle pour un total de 1 120 livres, elle sollicite le docteur Théophile de Bordeu (600 livres) et l'apothicaire Lacassaigne (808 livres). Finalement, elle investit 2 528 livres[13], somme d'autant plus conséquente qu'elle n'a pas recours à l'ensemble des services de soins existants. Une telle disparité interroge sur la composition de la clientèle des docteurs régents.

Pour Luc Boltanski, il existe un « code de bonnes manières d'être avec son corps[14] », partagé inconsciemment par les membres d'un même groupe social et fonction de la culture somatique de ce dernier. Cette analyse conduit à doubler l'étude économique de la pratique libérale des docteurs régents d'une analyse sociale de leur clientèle. D'ailleurs, quelques docteurs régents établissent une typologie médico-sociale de leurs patients. Joseph-Jacques Gardanne rédige un traité sur les *Maladies des créoles en Europe, avec la manière de les traiter,* en 1784. Antoine de Fourcroy, encore étudiant en médecine, publie, avec des notes et additions, l'*Essai sur les maladies des artisans* de Ramazzini, en 1787. Ce genre d'entreprise n'est pas propre aux docteurs régents, comme le montrent les travaux du docteur suisse Tissot, sur la santé des gens de lettres, en 1769, suivi de l'*Essai sur les maladies des gens du monde,* en 1770.

Les nobles et les gens de finances constituent près de 30 % de la clientèle des docteurs régents entre 1710 et 1792. Leur forte présence entre 1710 et 1760 est significative de l'entrée des docteurs régents dans la carrière libérale. La proportion de clients nobles diminue sensiblement après 1785 en raison des troubles politiques et révolutionnaires. Le monde de la marchandise occupe une position ambiguë liée à son rapport non instrumental au corps, à l'image des nobles et des officiers, et à sa culture médicale potentiellement moins développée le rapprochant des groupes inférieurs. Néanmoins, cette distorsion se traduit par une sollicitation des docteurs régents. Ce groupe connaît bien la ville en raison de sa clientèle principalement urbaine et aisée et de l'exercice de charges paroissiales ou municipales les mettant en relation avec les docteurs régents. En outre, étant en contact physique avec leur clientèle, ils se préoccupent des questions de représentation. Les mondes du droit et des talents recourent aux docteurs régents en vertu d'une proximité culturelle avec ces derniers. Comme les docteurs, ils ont suivi un cursus universitaire dans une

13. Arch. Nat., MC/ET/CXI/1225, Compte d'exécution testamentaire de Marie Marguerite Lamamye de Clairac, 2 janvier 1775.
14. L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26e année, no 1, 1971, p. 217.

faculté délivrant un grade à valeur professionnelle et exercent une activité reposant sur le don de conseils. Les docteurs régents cherchent aussi à s'attirer les marges des groupes captifs pour éviter qu'ils ne se dirigent vers les empiriques. Éloignée de la sphère culturelle des docteurs mais aussi de leur espace géographique, cette clientèle demeure relativement fidèle aux chirurgiens.

L'expression du besoin de santé, variable selon la position sociale, détermine le recours au docteur régent et sa fréquence. Les groupes partageant un même rapport au corps développent des pratiques similaires. L'ambition du docteur régent de gouverner seul son malade se heurte à la diversité de l'offre de services médicaux. N'intervenant pas de façon isolée, le docteur régent s'insère dans un tissu de relations verticales et horizontales avec les autres soignants. Les actes du post-mortem enregistrant la liste des soignants sollicités permettent d'approcher les relations professionnelles existantes entre eux.

Des actes révélateurs de la nature des relations professionnelles entre soignants

Si la collaboration commerciale entre docteurs régents, chirurgiens et apothicaires est dénoncée dans la littérature satyrique, (par exemple, par Julien Offray de La Mettrie[15]), l'étude des actes du post-mortem se conclut sur une appréciation plus nuancée. Le recours au seul docteur régent connaît un mouvement ascendant entre 1710 et 1775, date à laquelle cette situation monopolistique est remise en cause. Entre 1786 et 1792, seuls 10 % des clients font appel au seul docteur régent. La combinaison privilégiée par les clients est celle réunissant le docteur régent, le chirurgien et l'apothicaire, jusqu'en 1774. À partir de 1775, les clients privilégient l'appel aux seuls docteurs régents et chirurgiens. La présence d'une garde-malade, quelle que soit l'association de soignants retenue, est notée dans 26 % des cas sur la totalité de la période, proportion qui n'est pas surprenante au vu de la composition sociale de la clientèle. La plupart des malades disposent des ressources nécessaires pour financer des soins qualifiables de « soins de confort ». La multitude d'apothicaires présents dans le corpus doit être mise en relation avec la hausse des effectifs de cette profession passant de soixante-treize maîtres en 1740 à 140 maîtres en 1783. Toutefois, quelques apothicaires travaillent de façon préférentielle avec les docteurs régents, collaboration facilitée par l'implantation de leurs boutiques à proximité de la clientèle captive des médecins. La récurrence de certains noms s'explique par des relations sociales avec les docteurs, venant doubler les relations professionnelles. Ainsi, Matthieu Lacaissaigne, apothicaire du Commun du roi, travaille avec son fils, reçu docteur régent en 1762.

La concurrence au sein d'une même branche professionnelle existe puisque docteurs régents et non régents offrent le même type de service. Les médecins du Roi, de sa famille ou d'institutions royales ont aussi le droit de pratiquer la médecine à Paris. Ils parviennent à capter 20 % des clients susceptibles de recourir aux docteurs

15. Julien Offray de La Mettrie conseille aux docteurs régents de ménager les chirurgiens susceptibles d'orienter leurs clients dans le choix du médecin : « Cultivez principalement les Chirurgiens des grandes maisons. Si vous appuyez fortement la confiance qu'on a pour eux, ils en chasseront les autres médecins pour vous ». Une semblable attitude envers les apothicaires est recommandée, d'autant plus que, maîtrisant la réalisation des remèdes, ils peuvent aisément se substituer au docteur. J. Offray de La Mettrie, *Ouvrage de Pénélope ou Machiavel en médecine*, Paris, Fayard, 2002, « Politique des médecins », p. 263-265.

régents, sur l'ensemble de la période. Ce mouvement s'accentue à partir de 1770 avec la multiplication des Maisons des proches du Roi. Les pertes financières sont importantes pour les docteurs régents. Ainsi, en 1760, Éloy Piot du Boyron, médecin du Roi, doit recevoir 10 840 livres d'honoraires en plus des sommes encore dues par quatre-vingt-quatre clients[16].

Bien que contraires au code de déontologie du groupe, des manifestations d'une concurrence entre docteurs régents sont perceptibles. En 1772, le docteur Jean Descemet est le « prédécesseur[17] » du docteur Guillaume Fumée auprès de Nicolas Le Bègue, prêtre du diocèse de Paris. La cause de la rupture avec Descemet est sujette à débat. Descemet et Fumée appartiennent à la même promotion de docteurs régents ce qui exclut l'idée d'un surcroît d'expérience de l'un vis-à-vis de l'autre. Une aggravation de la maladie lorsque le client était soigné par Descemet peut être à l'origine de la rupture de la relation médicale. D'ailleurs, Le Bègue congédie également son chirurgien, le sieur Léger. Le renouvellement complet des équipes médicales conforte la thèse du travail en équipe (ici, dans un premier temps, le binôme « Descemet-Léger », puis dans un second temps, le groupe « Fumée-Bordenave »). Le client peut aussi agir sur les conseils de son parent également docteur régent, ce qui lui confère une légitimité pour émettre un jugement sur les conseils médicaux des différents intervenants.

En enregistrant la liste des soignants sollicités, les actes du post mortem deviennent un révélateur de la dimension concurrentielle du marché des soins. La spécificité des services offerts permet aux docteurs régents de se démarquer mais aussi d'exiger un certain niveau d'honoraires.

Nature et prix du service médical proposé par les docteurs régents

Les docteurs régents ne recueillent de leur activité libérale que leurs seuls honoraires. L'absence de tarif officiel, tenant à la difficulté à estimer la juste valeur du service médical, autorise un large éventail de montants. L'honoraire rétribue deux temps de l'action du docteur régent : en amont, l'investissement personnel en formation, en aval, le temps passé auprès du malade. Dans un peu plus de 50 % des cas, je ne possède aucun indice pouvant éclairer la nature du service rendu. L'activité médicale relève de la sphère de l'intime du malade, le notaire se limitant à l'enregistrement des sommes dues. L'usage du seul terme d'« honoraire » désigne une estimation globale de l'activité du docteur. Dans 38 % des cas, les honoraires rétribuent un service médical identifié, une visite ou une consultation.

La visite désigne l'examen par le médecin au domicile du malade. L'importance de ce service dans nos relevés est à relier au type de clientèle concernée, des clients en fin de vie, alités, ne pouvant se déplacer. Un malade peut recevoir les visites successives de plusieurs docteurs régents durant une même période de traitement. D'après notre échantillon, seul 12 % des clients font simultanément appel à deux docteurs régents entre 1710 et 1792. La visite simultanée de trois docteurs régents est une pratique marginale. Le client fait preuve d'une relative fidélité à son médecin.

Le coût unitaire de la visite est fixé suivant le groupe social du patient et la notoriété du docteur, indépendamment de toute considération médicale. Il va d'une

16. Arch. Nat., MC/ET/LXVIII/476, Inventaire après décès de Marie Anne Victoire Courtier, épouse d'Éloy Piot du Boyron, 18 septembre 1760.
17. Arch. Nat., MC/ET/XVII/948, Compte d'exécution testamentaire de Nicolas Le Bègue, 28 mars 1772.

livre, prix plancher pour un domestique, à six livres. Ce dernier montant est pratiqué par de rares médecins officiant auprès des clients les plus riches ou jouant de leur notoriété. Indexer le prix de la visite en fonction de la catégorie sociale du malade suppose que le docteur régent ait la capacité d'apprécier rapidement et le plus finement possible le degré d'opulence de son client. De sorte que le premier contact est le moment d'une double lecture du corps du client : un décodage des signes de la maladie et un décryptage social. Aussi est-il admis que le prix de la première visite soit le plus élevé car elle inaugure la relation médicale et demande plus de recherche et d'attention. Le prix prend également en compte des facteurs liés aux conditions de travail dans lesquelles le docteur évolue (notamment les frais de déplacement) et au contexte économique global. En 1783, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, Étienne Pourfour du Petit justifie le prix de trois livres par visite « attendu le haut prix des loyers[18] ». Plus que le coût unitaire de la visite, c'est le nombre total de visite qui influe sur le montant des honoraires versés donc la durée des soins.

Le docteur se livre également à la « consultation à plusieurs », réunion d'au moins deux médecins au lit d'un même malade, à sa demande, coûtant le double d'une visite. Le client attend du docteur régent un éclairage sur sa pathologie ce qu'on peut interpréter comme une reprise en main de la relation médicale par le malade décidant d'une modification dans sa prise en charge, comme un désaveu du médecin ordinaire, ou comme une volonté de se rassurer en obtenant la confirmation de la pertinence des arbitrages du médecin ordinaire. C'est une pratique relativement rare de la part de malades proches de la mort et peut-être déjà résignés. Les visites consécutives à la consultation sont assurées par le docteur régent consultant qui contrôle alors l'ensemble du traitement depuis l'énoncé du diagnostic jusqu'au rétablissement ou jusqu'au décès.

L'intervention du docteur peut se poursuivre après la mort du client, au moment des « ouvertures de corps », expression empruntée au domaine de la médecine légale. Assurance formelle du trépas, elle est explicitement demandée dans les testaments. D'après notre échantillon, peu de docteurs régents se montrent réellement actifs lors de ce type d'examen relevant du champ de compétences du chirurgien. Si le docteur régent ne touche que quarante-huit livres pour son assistance, il en perçoit le double lorsqu'il participe aux opérations, montant valorisant le caractère exceptionnel de cette pratique dans un cadre privé.

Le mode de rétribution du docteur est révélateur de la nature des relations établies avec son client. Le système de l'abonnement médical, sorte de contractualisation du service médical est une illustration des modalités de cet échange. Contrat de confiance, l'abonnement médical rémunère la potentialité de réalisation du risque de tomber malade et la prise en charge de la douleur chronique pour lesquelles il assure la continuité du service. Il est l'occasion d'une personnalisation de la relation médicale, qu'elle concerne un malade ou un groupe de malades. Solution économique, l'abonnement permet une anticipation du montant des dépenses médicales puisqu'il s'agit d'un contrat non écrit, d'une durée minimale d'un an, renouvelable, d'un prix global. Évitant les complications liées aux décomptes intermédiaires du nombre de visites et consultations, il simplifie le règlement des honoraires du médecin. À la fois sécurité pour le présent et assurance pour l'avenir, cette nouvelle manière de vendre le service médical impose au docteur régent de repenser sa gestion du temps et de l'espace. Il est une réponse au manque de disponibilité du médecin, obligé d'accorder

18. Arch. Nat., Y/1905, Arbitrage de Villiers, pièce signée du doyen de la Faculté, Étienne Pourfour du Petit, 1783.

la primauté à l'abonné sur ses autres clients. Si l'indépendance du docteur est entravée, il n'en est rien de celle du malade qui peut voir d'autres médecins. Cette forte contrainte justifie le prix élevé de ces contrats et le fait que les docteurs ne cherchent pas à les multiplier (pas plus de deux abonnements par docteur).

Le seuil d'entrée dans le système de l'abonnement, pour les groupes sociaux aisés, est fixé à 300/400 livres. Parvenu à un tel niveau de dépenses de santé, le client comprend que sa pathologie exige des soins constants et qu'il est plus économique pour lui de contracter un abonnement. Le montant varie en fonction de la qualité sociale des patients. En 1789, le docteur Jean Coutavoz accepte 400 livres par an pour l'abonnement de la D^lle^ Denise, contre 150 livres par an pour celui des domestiques (dont le nombre n'est pas connu) de M. Anson.

Les docteurs régents ont tout intérêt à faire la publicité de ce type de contrat servant à la fois leur réputation et garantissant leur rémunération. L'abonnement doit être connu de la famille du malade car, en cas de décès précoce de l'une ou l'autre des parties, la rémunération est fixée au prorata du temps écoulé et non au nombre de visite. Les clients les plus riches peuvent contracter plusieurs abonnements auprès de soignants différents afin d'avoir une couverture médicale complète. Soulignons que le coût de l'abonnement auprès d'un chirurgien s'inscrit à peu près dans des fourchettes similaires à celles des docteurs régents, signe d'une unification des prix.

Le versement d'honoraires est un acte de publicité et d'officialisation de la relation médicale. Dans ce cadre, le docteur régent peut être amené à justifier les montants exigés d'où le développement de journaux puis de registres d'activités, caractérisés par leurs hétérogénéités, et dont les actes du post-mortem proposent une description.

Avant 1760, les journaux se singularisent par une certaine imprécision dont les docteurs régents sont conscients. D'un point de vue technique, la tenue de pareils registres se révèle chronophage. Pour le docteur Bouvard, la précision du journal n'est que le signe d'une faible activité. Seul un docteur « médiocrement occupé[19] » peut avoir le temps d'indiquer au jour le jour s'il fait une visite ou une consultation à tel ou tel malade. Qualifiée de « détail[20] », l'activité journalière n'est pas une donnée prise en compte par les docteurs régents. En effet, elle ne reflète pas la réalité de la relation médicale, inscrite dans un temps long, alternant périodes d'intense activité et phases de relâchement. De plus, les docteurs régents souhaitent préserver la dignité de leur profession. Or, consigner le détail rigoureux de sa pratique professionnelle revient à faire des honoraires l'égal d'un salaire, à abaisser la médecine du rang d'art libéral à celui de métier.

Après 1760, le terme de « registre » se diffuse en tant qu'outil d'appréciation de l'intensité de la relation médicale avec un client en fonction du volume de visites et/ou de consultations effectuées. Décrit dans son inventaire après décès, le registre du docteur Louis Alexandre Vieillard, commencé le 1^er^ août 1763, doit servir « à suivre les visites qui lui étaient dues par différents malades[21] ». Cela lui confère le statut explicite de mémoire des services rendus mais aussi d'instrument de contrôle des paiements des clients. Aisément transportable, ces vingt-un feuillets, écrits sur le seul recto, peuvent être complétés par le docteur, dans son carrosse à l'issue de ses visites, afin d'en garantir l'exactitude. Les clients sont classés par ordre alphabétique.

19. M. P. Bouvard, *Mémoire à consulter*, Paris, J. Th. Hérissant, 1764, p. 6.
20. *Ibid*., p. 7.
21. Arch. Nat., MC/ET/XI/626, Inventaire après décès de Louis Alexandre Vieillard, 19 octobre 1763. La description très précise du registre du docteur régent, effectuée par le notaire, peut répondre à une demande du fils du défunt, âgé de dix-neuf ans, se destinant à la carrière médicale.

Sur chaque feuille, figurent deux à cinq noms de clients avec parfois la profession, peut-être pour justifier le montant des honoraires. Chaque nom est affecté d'un code, révélateur d'une entreprise de classement, mêlant signes graphiques simples et chiffres. Les signes enregistrent l'activité médicale en cours, la barre symbolisant une visite à payer, la marque indiquant qu'une visite a été effectivement payée au docteur. Les chiffres traduisent la fin de la relation médicale puisqu'être en mesure d'arrêter un nombre précis de visites signifie que le malade est guéri ou décédé. Le passage du signe au chiffre marque le basculement de la pratique professionnelle, temps d'action et de projection vers le futur, au résultat de l'activité, moment de bilan. Durant les huit premiers mois de l'année 1763, Vieillard voit trente-sept malades auxquels il faut ajouter les deux Maisons dont il est le médecin.

Bien que la préférence des docteurs régents se porte sur le registre, il n'existe pas d'uniformité dans le choix du support des recueils d'activités. En 1765, Charles François Théroulde de Vallun est le seul docteur régent du corpus à adopter le système de la carte, ce qui induit la constitution d'un fichier et l'existence d'un objet de rangement spécifique (meuble ou boîte). À chaque patient est attribuée une carte mentionnant son identité, le nombre de visites reçues, selon un marquage sous forme de barres (mais sans indication du prix unitaire de la visite), son adresse et parfois sa profession. En fonction du volume de visites nécessaires, un même client peut avoir plusieurs cartes. Ainsi, les 470 visites données au marquis de Surrecourt, depuis le 14 avril 1764 jusqu'en janvier 1776, comblent l'espace de quatre cartes. Le nombre de visites par carte est inconnu mais on peut noter que la carte du Marquis Lebas de Courmont, débutée le 29 janvier 1773 comporte quatre-vingt neuf visites. Les cartes, aisément transportables dans le carrosse ou les poches du costume, permettent au docteur régent de vérifier l'état du paiement de ses honoraires alors même qu'il se rend chez le client débiteur pour une autre visite.

Tous les docteurs régents ne remplissent pas un registre de visites. L'absence d'un tel document est problématique en cas de mort prématurée. Décédé en 1744, Louis de Santeul laisse sa femme ignorante de tout ce qui a trait à son activité médicale. Elle ne sait pas si certains malades lui doivent encore des honoraires, car son époux « n'avait point de registre et ne l'informait pas du détail de ses malades[22] ». Par conséquent, les honoraires potentiellement dus sont à jamais perdus. Ce type de docteurs considère l'activité libérale comme une affaire strictement privée et juge fastidieuse la tenue d'un registre. Disposant d'une bonne assise financière ou ayant des activités dans un cadre institutionnel (médecin hospitalier, par exemple), ils sont moins dépendants des revenus de la pratique libérale. Celle-ci n'est qu'un complément aléatoire à leur activité principale institutionnelle source d'un revenu fixe, au paiement certain.

L'étude des actes du post-mortem dévoile quelques aspects de la pratique libérale d'un acteur du marché médical parisien : le docteur régent. La nouvelle grille de lecture appliquée à cette source permet d'identifier les caractéristiques socioprofessionnelles des malades, le recours au docteur régent devenant un facteur de distinction sociale. Faisant état des différents soignants sollicités par des malades en fin de vie, les actes sélectionnés contribuent à déterminer la nature des relations entre les différents intervenants, oscillant entre collaboration et concurrence. Enfin, les notaires nous renseignent sur les types de services médicaux proposés mais aussi sur leurs prix, objets d'une évaluation où ordre médical et social s'entrecroisent.

22. Arch. Nat., MC/ET/XIV/320, Inventaire après décès de Louis de Santeul, 31 mars 1744.