

Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique

Nahema Hanafi

▶ **To cite this version:**

Nahema Hanafi. Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique. Bulletin du Centre d'Etude d'Histoire de la Médecine, 2000, 73, pp.21-46. halshs-00556840

HAL Id: halshs-00556840
https://shs.hal.science/halshs-00556840

Submitted on 17 Jan 2011

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.

Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique a fait l'objet de nombreuses études historiques au cours de ces dernières décennies[1]. Elles se placent dans le sillage des travaux de Roy Porter dont la volonté était de mettre en avant l'histoire des malades, de faire de l'histoire de la médecine *from below*[2]. Mon étude participe de cet héritage historiographique et laisse par conséquent une large place aux écrits des malades : correspondances privées, livres de raison et consultations épistolaires[3].

Il s'agit ici de reprendre les conclusions de Jacques Léonard sur les soigneurs officiels - médecins et chirurgiens essentiellement - en y intégrant les questions de genre : « La médecine (a) le double statut d'un savoir et d'un pouvoir, ou si l'on préfère, d'un discours sur la vie, d'une mémoire cognitive, du côté du savoir, et en même temps, d'une façon d'agir, d'une manière d'influencer, du côté du pouvoir interventionniste.[4] » Ce sont ces enjeux de pouvoirs et de savoirs, qui s'illustrent dans la relation thérapeutique, que j'entends donc questionner à partir d'une analyse genrée pour faire émerger les différences entre les malades des deux sexes vis-à-vis de leurs soigneurs.

A de nombreuses reprises, les discours féminins et masculins sur les thérapeutes se rejoignent. Néanmoins, il existe à la fois des tensions et des complicités particulières, entre les malades de sexe féminin et leurs praticiens masculins. Tout d'abord, les théories médicales du siècle des Lumières stipulent que la constitution féminine se caractérise par sa mollesse et sa fragilité. Les fibres des femmes sont aussi plus ténues et leurs nerfs plus mobiles[5]. Ceci explique leur plus grande sensibilité, l'irrégularité de leurs fonctions animales ainsi que celle de la coction des humeurs et du mouvement du fluide vital. Tant et si bien que les femmes passent pour être plus sujettes aux maladies que les hommes et ont donc davantage « *besoin de remèdes et de médecins*[6] ». Ceci porte à croire que les soigneurs vouent une attention accrue aux troubles féminins et développent une attitude plus protectrice et prévenante, persuadés qu'ils sont de la plus grande vulnérabilité des femmes.

En quittant le champ de la théorie médicale pour s'intéresser au contexte particulier de la médicalisation des sociétés européennes au siècle des Lumières, on s'apperçoit que les hommes et les femmes non initiés[7], n'ont pas le même statut. Les médecins et les chirurgiens rejètent d'une même voix les pratiques médicales des femmes qu'ils jugent archaïques et

---

[1] Cf. notamment les travaux de Vincent Barras, Lawrence Brockliss, Mary Fissel, Jean-Pierre Goubert, Jacques Léonard, Irvine Loudon, Micheline Louis-Courvoisier, Séverine Pilloud, Philip Rieder, Lisa Wynn Smith...

[2] PORTER Roy, « The patient's view : doing medical history from below », *Theory and society,* n°14, 1985, p. 175-198.

[3] Cet article s'appuie sur l'analyse de 1 220 correspondances privées féminines réparties sur 27 fonds français et helvétiques, d'une cinquantaine de livres de raison et des consultations épistolaires envoyées au docteur lausannois Auguste Samuel Tissot (plus de 1 300 documents).

[4] LEONARD Jacques, *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 241.

[5] VIGARELLO Georges, CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, *Histoire du corps. De la Renaissance aux Lumières,* Seuil, Paris, 2005, 573 p.

BERRIOT-SALVADORE Evelyne, *Un corps, un destin. La femme dans la médecine de la Renaissance*, Paris, Honoré Champion, 1993, 281 p.

PETER Jean-Pierre, « Entre femmes et médecins. Violence et singularités dans les discours du corps et sur le corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIIIe siècle », *Ethnologie française*, 6, 1976, n°3-4, pp.341-348.

[6] JEANNET des LONGROIS Baptiste, *Conseils aux femmes... op.cit*, préface.

WILSON Lindsay, *Women and medecine in the french enlightenment. The debate over « maladies des femmes »,* Baltimore and London, Johns Hopkins University Press, 1993, 256 p.

[7] Le terme « non initié » recouvre celui de « laïc » utilisé dans les études anglo-saxonnes. Il qualifie l'ensemble des personnes n'ayant pas suivi de formation médicale et ne pratiquant pas d'actes de soins rémunérés.

potentiellement dangereuses. Moins instruites et « moins aptes » à raisonner que les hommes, elles sont accusées de mettre en pratique leurs croyances et leurs préjugés, pour le plus grand malheur de la nation. Attachées aux soins médicaux domestiques et charitables, elles constituent donc une des cibles privilégiées de l'offensive médicale. Cette tension entre un suivi privilégié des troubles féminins et une condamnation de leurs pratiques témoigne des enjeux de la médicalisation.

Pour faire émerger la voix des malades, les écrits du for privé de femmes aisées françaises et helvétiques, ont été retenus. Par un souci de sources bien évidemment, mais aussi parce qu'elles sont les destinataires et les lectrices des nombreux ouvrages de vulgarisation médicale qui fleurissent au XVIII^{e} siècle. Fortes d'un capital économique leur permettant de choisir leur thérapeute, leur statut social, généralement supérieur à celui de leurs soigneurs, pose également la question des marges de leur autorité et de leurs pouvoirs.

Afin de cerner au mieux les différences de traitement entre les malades des deux sexes et les particularités de la relation thérapeutique entre un soigneur masculin et une malade, il convient de commencer par la confrontation des savoirs des femmes avec ceux des médecins et des chirurgiens, en s'attachant à l'étude des livres de vulgarisation médicale. Ceux-ci témoignent du regard porté par les soigneurs sur les connaissances féminines et permettent de saisir la nature, tout comme la qualité, des savoirs qu'ils entendent eux-mêmes leur transmettre.

Il faut par la suite se pencher sur la relation thérapeutique en elle-même en analysant les difficultés à rendre intelligibles ses maux pour les thérapeutes ; deux regards sur le corps sont alors opposés, celui des soigneurs et celui des souffrantes, qui expriment différemment le normal et le pathologique. La rencontre thérapeutique n'est pas qu'un simple échange de mots, c'est aussi un regard porté sur le corps de ces femmes, d'autant plus complexe qu'il est celui d'un homme, justifiant son intrusion par les nécessités médicales. Les pudeurs médicales comme les pudeurs féminines font donc partie intégrante de cette étude dans un souci d'identification des lieux, des circonstances et des moments où ce sentiment cesse d'être ressenti.

En dernier lieu, il est nécessaire de souligner que la relation thérapeutique est également un rapport de force entre les protagonistes, parmi lesquels on doit compter l'entourage des malades qui se montre très actif dans la gestion de la maladie. Pour faire émerger les jeux de pouvoirs, l'analyse des modes de promotion et de reconnaissance des soigneurs, le rôle de la transaction financière et le jugement porté par les souffrantes sur leurs thérapeutes ont été privilégiés.

Une confrontation des savoirs : la vulgarisation médicale à destination des femmes

La relation thérapeutique pose au préalable la question des savoirs qu'elle sous-entend et du discours médical qui y est élaboré. Au cours de cette rencontre, les malades et leurs soigneurs doivent construire un langage commun, pour énoncer et décrire sa maladie d'un côté, et expliquer et soigner les troubles de l'autre. La relation thérapeutique qui nous intéresse ici est principalement celle qui met en scène des thérapeutes « officiels », c'est-à-dire reconnus par les corporations médicales. Formés au sein des académies de médecine et des facultés de chirurgie, ils cherchent à promouvoir leurs savoirs sur le corps en les opposant à ceux des soigneurs empiriques et autres « charlatans ». A l'intérieur de ces cénacles se constitue et se transmet un savoir médical marqué par un vocabulaire technique et, encore au XVIII^{e} siècle, par l'utilisation du latin qui institue une exclusion de fait par l'idiome. On

observe une volonté très claire de ces praticiens en quête de légitimité et d'accroissement de leur pouvoir politique, économique et social, de réglementer le marché médical en se présentant comme les seuls détenteurs de savoirs valides et fiables[8].

Toutefois, l'opposition entre les savoirs médicaux savants et ceux des non initiés a été soulevée par les historiens qui ont conclu qu'en pratique, les soins délivrés au XVIII[e] siècle procédaient d'un large syncrétisme entre les connaissances des deux mondes, par un jeu d'allers et retours, de tentatives de dénonciation et d'agrégation[9].

Dans les sources médicales, l'idée selon laquelle il existe une gradation qualitative entre ces deux types de savoirs est d'autant plus étayée lorsqu'il s'agit des connaissances féminines. Il faut rappeler que les femmes demeurent exclues des académies et des facultés, et que les professions médicales supérieures - chirurgie et médecine - leurs sont strictement interdites[10].

Les médecins considèrent généralement qu'elles soignent par leurs remèdes, issus d'une transmission orale et familiale, et certains dressent de virulents réquisitoires contre ces « *femelettes*[11] » et dames charitables qui osent soigner. En effet, une des caractéristiques essentielles de la médicalisation des sociétés européennes du XVIII[e] siècle, repose sur une large campagne de dénigrement des pratiques médicales féminines, prétendument empiriques et intuitives, mais surtout nocives[12]. Ce sont aussi les croyances de ces femmes qui sont visées même si elles peuvent être partagées par nombre de médecins ; elles sont décriées comme étant des « erreurs populaires » et des préjugés[13].

On peut citer pour exemple la théorie de l'imagination des femmes enceintes, à même de marquer l'enfant et de modifier sa physionomie au cours de la grossesse, qui fait encore débat au XVIII[e] siècle. Les médecins imaginationnistes s'opposent à leurs détracteurs, dont un des plus célèbres est certainement Buffon[14]. Si cette théorie paraît à première vue contraignante pour les femmes, car elles doivent s'isoler et modérer leurs passions pour ne pas nuire à l'enfant qu'elles portent, certaines d'entre elles y trouvent quelques avantages. C'est le cas de Mme de Vivans qui rend ainsi compte à sa belle-soeur d'une âpre discussion :

« Il s'éleva une dispute (...) sur une nouvelle opinion de quelques médecins qui nient que l'imagination d'une femme grosse soit assez forte pour imprimer à l'enfant qu'elle porte les marques des choses dont elle est frappée soit par surprise, soit par envie. Ce nouveau sistème semble démentir l'expérience, mais ces messieurs la traite d'erreur populaire. Je cru faire merveille en leur opposant le père Malebranche dans son traité <u>De l'imagination</u> mais il ne fut point respecté. (...) Je n'abandonne point pour cela l'ancien sentiment, il est trop avantageux à notre sexe pour céder sans combattre. Aussi fus-je soutenue par toutes les

---

[8] PETER Jean-Pierre (dir.), *La médicalisation en France du milieu du XVIIIe au début du XXe siècle, réalités sociales et mentalités*, Actes du colloque de l'Université de Haute-Bretagne Rennes II, Presses Universitaires de Rennes, 1978.
RAMSEY Matthew, *Professionnal and popular medecine in France, 1770-1830 ; the social world of medical practice,* Cambridge University Press, Cambridge, 1988, 424 p.

[9] GOUBERT Jean-Pierre, « L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », *Annales ESC*, 1977, n°32(5), p. 908-926.
HAVELANGE Carl, « Syncrétisme et diversité : les formes traditionnelles de la guérison au XVIIIe siècle », dans *Maladies, médecines et sociétés : approches historiques pour le présent, Actes du colloque d'Histoire au présent, Paris, 1990*, Paris, L'Harmattan, 1993, tome 2, p. 180-188.

[10] DALL'AVA-SANTUCCI Josette, *Des sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins,* Paris, Calmann-Levy, 1989, 272 p.

[11] GILIBERT J.-E., *L'anarchie médicale, ou la Médecine considérée comme nuisible à la société,* Neuchâtel, 1772, in-12°, p. 241-252.

[12] GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, 560 p.

[13] COSTE Joël, *La littérature des « Erreurs populaires » : une ethnographie médicale à l'époque moderne,* Paris, H. Champion, 2002, 612 p.

[14] TEYSSEIRE Daniel, « La callipédie ou l'art d'avoir de beaux enfants », *Dix-huitième siècle,* 1991, n°23, p. 141-158.

dames de la compagnie qui c'étoient élevée toutes à la fois avec impétuosité et qui citoient chacune vingt exemple pour maintenir les conséquences des envie non satisfaites.[15] »

On voit ici tout le bénéfice que les mères peuvent tirer des considérations médicales et l'aplomb avec lequel elles n'hésitent pas à s'opposer aux médecins en leur soumettant leurs propres expériences, choisissant de s'approprier ou de rejeter leurs théories. Cette citation permet également de saisir les enjeux qui sous-tendent la normalisation des conceptions et des pratiques médicales. C'est une manière de voir le corps et d'agir, de se représenter le sain et le malsain qui est en jeu. D'un côté, les femmes peuvent chercher à maintenir de menus avantages ou des pratiques qu'elles jugent efficaces, de l'autre, les soigneurs tendent à imposer et à diffuser au plus grand nombre leurs propres représentations et manières de faire.

Cette critique des connaissances médicales féminines doit être appréhendée dans le cadre plus large des représentations culturelles touchant les moindres capacités intellectuelles des femmes. Marquées par leur sensibilité et soumises aux passions de l'âme, elles sont moins à même que les hommes d'user de leur raison et de cerner ainsi les complexités médicales : « *Exposées sans cesse à des altérations continuelles dans la santé, il semble nécessaire que leur caractère tienne de cette versatilité, de ces vicissitudes et de ces contrastes. Ainsi la mobilité de leurs nerfs leur permet rarement la constance des recherches, d'une application suivie et des réflexions profondes*[16] ». Lorsqu'un médecin ou un chirurgien s'adresse à une femme, au cours d'une visite médicale ou dans un ouvrage, il se doit donc de faire un effort de vulgarisation supplémentaire. Ceci est clairement énoncé dans les remarques liminaires des livres de vulgarisation[17].

On peut comparer à titre d'exemple deux ouvrages écrits par le médecin Bréchillet-Jourdain, *Le médecin des dames ou l'art de les conserver en santé* et *Le médecin des hommes depuis la puberté jusqu'à l'extrême vieillesse*, publiés au début des années 1770[18]. Dans sa préface du livre adressé aux femmes, l'auteur annonce que « *les termes anatomiques, ceux de médecine et de chirurgie sont peu familiers à bien des gens et particulièrement aux femmes (…) aussi (en) ai-je substitué d'autres plus aisés à comprendre* ». Les remarques liminaires de l'ouvrage destiné aux hommes sont plus axées sur l'ennui suscité par les considérations médicales que sur leur incapacité à saisir les théories : « *Je l'ai débarrassé de ces répétitions et discussions qui impatientent et ennuient les malades : je me suis particulièrement attaché à ne leur présenter que ce qu'ils veulent ou doivent scavoir pour se maintenir en santé*. »

Louis-Daniel Arnault de Nobleville effectue une synthèse en estimant quant à lui qu'il faut aux lectrices « *une médecine sensible, exacte et de pure pratique, leur en proposer davantage se seroit les embarrasser*[19] ». La vulgarisation féminine se doit donc d'être doublement simplifiée, ce qui reflète d'ailleurs le rapport d'autorité particulier établi entre les médecins et leurs lectrices. Elle se différencie également dans ses modalités.

---

[15] AN, Fonds Jaucourt, 86AP6, lettre de Suzanne Marie de Vivans à Isabelle de Jaucourt sa belle-sœur, 15 novembre 1728.

[16] JEANNET des LONGROIS Baptiste, *Conseils aux femmes de quarante ans,* Paris, 1787, préface.

[17] HOULE Martha, « La lectrice avertie ou la création d'espaces liminaires féminins dans la médecine du XVIIIe siècle », dans BROUARD-ARENDS Isabelle (dir.), *Lectrices d'Ancien Régime*, *Actes du colloque de l'université de Rennes II, 2002*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2003, 719 p.

[18] BRECHILLET-JOURDAIN A.-M. et GOULIN Jean, *Le médecin des dames ou l'art de les conserver en santé,* Paris, Vincent, 1771, 446 p.

BRECHILLET-JOURDAIN A.-M. et GOULIN Jean, *Le médecin des hommes depuis la puberté jusqu'à l'extrême vieillesse*, Paris, Servière, 1772, 426 p.

[19] ARNAULT DE NOBLEVILLE Louis-Daniel, *Le manuel des dames de charité ou Formules de medicamens faciles à préparer : dressées en faveur des personnes charitables qui distribuent des remèdes aux pauvres dans les villes et les campagnes,* Paris, Chez Debure l'aîné, 1760, 429 p., préface.

Les ouvrages de vulgarisation médicale à destination des femmes se présentent généralement sous la forme de livres bien ordonnés avec des chapitres thématiques permettant de se repérer rapidement. Certains ouvrages procèdent en énumérant les symptômes, d'autres en proposant directement les maladies, d'autres encore sont des recueils de remèdes. La véritable originalité de ces ouvrages repose dans la large part de livres construits sous forme de dialogues[20] ou d'échanges de lettres[21] entre une femme et un médecin. Si on adresse aux hommes des ouvrages savants présupposant un apprentissage littéraire et non imagé, on propose donc aux femmes un mode d'acquisition des connaissances plus ludique et reposant, en tout cas marqué par la pratique culturelle de la conversation comme mode de transmission du savoir[22], à l'image d'une mise en texte d'un savoir oral.

En dehors de la simplification accrue des connaissances et des modes de transmission spécifiques de la vulgarisation médicale à destination des femmes, une spécialisation des savoirs est également décelable[23]. Il faut dire que la médecine du siècle des Lumières institue des catégories de malades en fonction de leur statut social : paysans, pauvres, gens du monde, gens de lettres, mères... mais aussi en fonction des sexes. Ces séparations peuvent apparaître discriminatoires dans le sens où elles confinent les individus à leur milieu d'appartenance et à leur sexe biologique et social, elles traduisent l'idée d'une spécificité ontologique des corps.
Les deux livres du docteur Bréchillet, *Le médecin des dames* et *Le médecin des hommes* peuvent à nouveau être comparés. Les maladies des hommes et des femmes ne sont pas appréhendées de la même façon puisque la « mission » génératrice du corps féminin mène l'auteur à des considérations divergentes[24]. Aux maladies spécifiquement féminines, liées à la nervosité des femmes, à la faiblesse de leur esprit et à leur irritabilité, est opposée la débauche des hommes due à leur tempérament excessif : l'alcool, le jeu, la dépravation sexuelle. Les cinq sens des femmes sont largement détaillés alors qu'ils sont simplement évoqués pour les hommes. Ils sont le règne de la sensibilité et de l'imagination et donc contraires à la raison.
La beauté tient une part importante du *Médecin des dames* et n'apparaît pas dans son pendant masculin, l'hygiène fait quelques apparitions discrètes chez les hommes mais se veut résolument attachée à la toilette féminine. L'auteur se justifie d'ailleurs de traiter ces sujets futiles et secondaires : « *Ce n'a été que pour souscrire aux ordres d'un sexe auquel on est souvent obligé d'accorder par bienséance, ce qui répugne souvent à une façon de penser délicate, qui a des vues plus solides. Malgré le désagrément que j'ai éprouvé à composer ce dernier article, j'ose assurer y avoir apporté toute mon attention*[25] ».
Voici ce qu'il écrit dans l'ouvrage destiné aux hommes : « *Quant aux soins recherchés de la toilette, je n'en ai parlé que très légèrement dans l'ouvrage actuel, j'aurois cru déprimer les*

---

[20] Par exemple, HUNAULD Pierre, *Dissertation sur les vapeurs et les pertes de sang*, 1756, in ARNAUD Sabine, *La philosophie des vapeurs, suivi d'une Dissertation sur les vapeurs et les pertes de sang,* Edition présentée et annotée par Sabine Arnaud, Paris, Mercure de France, 2009, 208 p.
[21] Par exemple, MENURET DE CHAMBAUD Jean-Jacques, *Avis aux mères sur la petite vérole et la rougeole ou Lettres à Mme de *** sur la manière de traiter et de gouverner ses enfants dans ces maladies,* Lyon, frères Périsse, 1770, in-12°, 364 p.
[22] VANOFLEN Laurence, « La conversation, une pédagogie pour les femmes ? », dans BROUARD-ARENDS Isabelle et PLAGNOL-DIEVAL Marie-Emmanuelle, *Femmes éducatrices au siècle des Lumières,* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, 377 p.
PEIFFER Jeanne, « La littérature scienifique pour les femmes au siècle des Lumières », dans HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle et ROUCH Hélène (dir), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes,* CNRS éditions, 2002, 286 p.
[23] PEIFFER Jeanne, « La littérature scientifique... *op.cit.,* p. 137. Elle s'intéresse principalement aux ouvrages de physique et d'astronomie de la première moitié du XVIII[e] siècle.
[24] WILSON Lindsay, *Women and medecine in the french enlightenment. The debate over « maladies des femmes »,* Baltimore and London, Johns Hopkins University Press, 1993.
[25] BRECHILLET-JOURDAIN A.-M. et GOULIN Jean, *Le médecin des dames... op.cit.,* préface.

hommes, que de les assujettir à nombre de petites précautions que l'on doit pardonner à un sexe fait pour plaire, et à la foiblesse et au goût naturel duquel on doit compatir généreusement.[26] »

Ceci montre que les connaissances mises à la disposition des femmes sont avant tout orientées par les représentations sociales de la « féminité » et des conceptions médicales de ce qu'est le corps féminin[27]. Les femmes relevant d'une nature spécifique, d'une sensibilité et d'une fragilité particulière, acquièrent un savoir médical sexué justifié par la différenciation sexuelle[28].

La spécialisation des savoirs médicaux à destination des femmes se matérialise avant tout par la très forte part d'ouvrages sur la maternité et les soins aux enfants. Les médecins y font la promotion de l'inoculation, de l'allaitement maternel, de l'abandon de l'emmaillotement… Ils reprennent l'image de la femme, et en particulier de la mère, coupable de mauvais soins, à laquelle ils opposent celles de médecins savants et dévoués, luttant contre la mortalité infantile et par là même contre la dépopulation[29]. On aperçoit en arrière-plan le combat âpre des chirurgiens accoucheurs face aux pratiques des sages-femmes et plus particulièrement des matrones[30]. Dans leurs *Avis aux femmes* ou *aux mères*, les médecins cherchent ainsi à déclasser les pratiques médicales maternelles traditionnelles[31]. Leur discours envers leurs lectrices est alors profondément culpabilisateur et responsabilisant. Le médecin Lascazes de Compayre écrit par exemple dans son ouvrage sur les dangers du maillot et du lait :

« *Si j'ai intitulé cet ouvrage, Avis aux mères, c'est donc premièrement parce que les enfans passent le temps le plus orageux, le plus critique de leur vie entre les mains des femmes, qui, suivant ordinairement sans connoissance de cause, des usages qu'on leur a transmis, ne peuvent juger ni des avantages ni des inconvénients de leurs pratiques, et exposent, sans le sçavoir, ces malheureuses victimes à des maux sans nombre*.[32] »

Les femmes sont représentées ici comme des reproductrices inconscientes de gestes et de savoirs immémoriaux, agissant presque mécaniquement et sans recul critique sur l'efficience de leurs méthodes. La prise de pouvoir médical s'appuie par conséquent sur la promotion et la valorisation de savoirs savants sur le corps qui s'opposeraient fondamentalement aux pratiques féminines, dans un jeu d'opposition manichéen entre tradition et idée de progrès.

Dans ces ouvrages de médecine, les femmes sont invitées à exercer une nouvelle responsabilité maternelle en contrepartie de leur observance des conseils médicaux. William Buchan écrit ainsi dans son *Traité de médecine domestique* :

---

[26] BRECHILLET-JOURDAIN A.-M. et GOULIN Jean, *Le médecin des hommes… op.cit.,* préface.

[27] BERRIOT-SALVADORE Evelyne, *Un corps, un destin. La femme dans la médecine de la Renaissance*, Paris, Honoré Champion, 1993, 281 p.

LOWY Ilana et GARDEY Delphine (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin,* Paris, Editions des archives contemporaines, 2000.

PERROT Philippe, *Le travail des apparences. Le corps féminin, XVIII^e^-XIX^e^ siècles,* Paris, Seuil, 1984, 281 p.

[28] Cf. débats sur la genèse de la différenciation sexuelle : LAQUEUR Thomas, *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident,* Paris, Gallimard, 1992. KING Helen, *Hippocrate's woman : Reading the female body in ancient Greece*, Londres, New York, Routledge, 1998. JAULIN Annick, « La fabrique du sexe, Thomas Laqueur et Aristote », CLIO. Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 14 | 2001, mis en ligne le 03 juillet 2006. STOLBERG Michael, « A woman down to her bones : The anatomy of sexual difference in the sixteenth and early seventeeth centuries », *Isis,* vol. 94, n°2, juin 2003, pp. 274-299.

[29] HECHT Jacqueline, « Le siècle des Lumières et la conservation des petits enfants », *Population*, n°6, vol. 47, 1992, pp. 1589-1620.

[30] GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin… op. cit.*

[31] KOTTEK Samuel, « Quelques remarques sur les prémices de la pédiatrie au XVIII^e^ siècle », *Histoire des Sciences Médicales*, 31(3-4), 1997, p. 364. Il dénombre environ 75 ouvrages concernant la pédiatrie entre 1740 et 1805 et une augmentation des traités destinés aux parents dès les années 1770.

[32] LASCAZES DE COMPAYRE, *Dangers du maillot et du lait des femmes, moyens d'y remédier, avis aux femmes*, Paris, Laporte, 1778, 189 p., préface.

« *Si les mères réfléchissaient sur leur grande influence dans la société, si elles voulaient en être persuadées, elles saisiraient toutes les occasions de s'instruire des devoirs qu'exigent d'elles leurs enfants… Par elles les hommes sont ou bien portants, ou malades : par elles les hommes sont utiles dans le monde ou deviennent des pestes dans la société*.[33] » On discerne bien ici la volonté de faire de leurs lectrices et patientes à la fois des bénéficiaires et des auxiliaires de la médicalisation, dans l'espace privé comme dans la sphère publique.

Le terme « auxiliaire » est important car la vulgarisation médicale n'a pas pour but de rendre autonomes les malades, et les auteurs se défendent bien souvent de leur donner la possibilité de se soigner par elles-mêmes, c'est-à-dire sans le recours d'un médecin. Ainsi, ils n'hésitent pas à rappeler l'importance de la consultation en soulignant la supériorité du jugement d'un professionnel. Louis Daniel Arnault de Nobleville écrit par exemple que « *quoique cet ouvrage ne suppose point de médecins, il ne faut pas cependant s'imaginer qu'on doive se passer de leur avis, lorsqu'on peut l'avoir facilement. Ce seroit tenter dieu et sortir de l'ordre que de ne les point consulter puisque c'est ordinairement par leurs moyens qu'il opère la guérison des maladies. Il n'y a que des personnes ignorantes et orgueilleuses qui puissent penser autrement*[34]. » On est clairement dans une lutte de prérogatives, dans la recherche d'une reconnaissance sociale des savoirs et de l'utilité des soigneurs officiels.

Ce passage par la vulgarisation médicale et la confrontation des connaissances sur le corps, révélant les enjeux sociaux de la médicalisation, permet à présent d'aborder la relation thérapeutique en elle-même, au-delà des luttes de savoirs internes à cette rencontre.

La consultation : interactions plurielles et formalisation de la maladie

Il convient dans un premier temps de définir les modalités pratiques de la relation thérapeutique : lieux et acteurs, puis d'aborder les différentes facettes de l'énonciation de la maladie en direction des soigneurs.

Les consultations médicales au siècle des Lumières ont ordinairement lieu au domicile des malades. C'est le soigneur qui se déplace, s'adapte et doit trouver ses repères dans cet espace privé. Ce cadre particulier de la relation thérapeutique induit une interaction directe de l'environnement humain des souffrantes dans la gestion de la maladie. Les familiers et les amis peuvent être présents et s'insérer dans la négociation thérapeutique[35]. Il serait en effet erroné de considérer cette relation comme un échange circonscrit au soigneur et à ses malades. Ces dernières sont soutenues, conseillées et dirigées par leur entourage qui discute le choix des soigneurs et leurs traitements, comme en témoignent les réseaux de soins que l'on voit apparaître dans les correspondances privées. Hommes et femmes sont soumis de la même façon à cette forme d'ingérence ou de solidarité en fonction des points de vue et de l'implication comme du statut des acteurs.

Le soigneur est également à même d'appréhender les conditions de vie de ses malades, le degré de confort qui est le leur, les remèdes à disposition… Ceci favorise aussi bien l'établissement d'une intimité particulière que la possibilité pour les médecins et les chirurgiens de s'imprégner rapidement du mode de vie et des conditions morales et matérielles des souffrantes.

---

[33] BUCHAN William, *Traité de médecine domestique*, 1775, cité par PILLOUD SAVOVIC Séverine, *Les mots du corps. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797),* Thèse de doctorat ès Lettres de la Faculté des Lettres de Lausanne, Lausanne, juin 2008, p. 12.

[34] ARNAUT DE NOBLEVILLE Louis-Daniel, *Le manuel des dames… op.cit.,* préface.

[35] LOUIS-COURVOISIER Micheline, « Le malade et son médecin : le cadre de la relation thérapeutique dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, n°18 (2), 2001, p. 277-296.

Dans ces lieux intimes, les soigneurs ne peuvent faire que passer tout comme rester au chevet de leurs patientes plusieurs heures ou même plusieurs jours. Ils ont aussi la possibilité de mesurer l'évolution des troubles en effectuant plusieurs visites au cours de la journée. Mme de Bonrepos apprécie ainsi l'assiduité de son médecin : « *Il est vray que par les soins de M. Goizé dont j'ay tout sujet de me louer venant me voir des six ou sept fois par jour, je me suis très bien tirés d'affaire*.[36] » Ils peuvent être appelés à toute heure, en fonction de l'état de santé des souffrantes. A la suite d'une fièvre de lait particulièrement violente, Mme d'Albis de Belbèze n'hésite pas à faire venir le docteur Sol à une heure tardive : « *J'us une fièvre si violante que l'on envoya chercher Saul à dix heures du soir*[37] ». Les femmes les plus aisées peuvent aussi s'attacher leur médecin lors de leurs voyages. Les soigneurs ont donc la possibilité de s'insérer durablement dans le lieu de vie de leurs malades.

A cette dimension relationnelle et humaine particulière, il faut ajouter que les souffrants de l'époque moderne sont considérés, non pas comme des objets, mais comme des sujets de leur maladie, alors que : « la médecine d'aujourd'hui s'est fondée (…) sur la dissociation progressive de la maladie et du malade, apprenant à caractériser le malade par la maladie plutôt qu'à identifier une maladie d'après le faisceau de symptômes spontanément présentés par le malade.[38] » Selon Michel Foucault, une véritable rupture s'est opérée entre la médecine moderne et la médecine clinique à partir d'un changement de regard des praticiens : ils n'ont plus un regard qui attend, observe et perçoit mais un regard médical qui sait, opère et nomme[39]. C'est le siège de la maladie qui intéresse alors le soigneur et non plus le malade dans sa totalité.

Au XVIII[e] siècle, les médecins et les chirurgiens considèrent les souffrants en leur entier pour cerner la maladie mais ils doivent avant tout écouter leurs malades et déchiffrer leurs mots. Les auscultations sont en effet limitées, les analyses inexistantes ou aléatoires, comme l'uroscopie par exemple. La consultation est donc avant tout une analyse du discours du souffrant sur son propre corps, ce qui justifie le recours aux consultations épistolaires.

Lors de la consultation a lieu un échange de regards : regards sur le corps, les souffrances, les manifestations du mal ; le regard sensible des malades contre le regard savant et distancié des médecins. Définir la santé pose des problèmes d'interprétation. C'est un objet qui se situe en dehors du champ du savoir : « On peut se *sentir* bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien être vital, mais l'on ne peut jamais *savoir* que l'on est bien portant. L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en *apparence*.[40] » La santé est généralement définie comme le « silence » des organes[41].

Définir le trouble revient à livrer une image du normal et du pathologique[42] qui ne peut être strictement personnelle, elle est construite par l'interpénétration de plusieurs niveaux de perceptions : celui de la malade, celui du groupe social et celui du soigneur[43].

---

[36] ADHG, série J, fonds Riquet de Bonrepos, 4J25, (31), lettre du 20 janvier 1745 à son mari.
[37] ADHG, série E, fonds d'Albis de Belbèze, 1E5, (129), lettre du 9 novembre 1783 à son mari.
[38] CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 1989, p. 35.
[39] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical,* PUF, 1963, Introduction.
[40] KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections*, 1798, traduction de J. Gibelin, Paris, Vrin, 1955, 174 p.
[41] CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine… op.cit.,* p. 51.
[42] LAZORTHES Guy, « Le concept et la représentation de la maladie », *Actes du colloque du CEHM de 1997, Concept et représentation de la maladie à travers l'histoire de la médecine,* p. 4-8. Guy Lazorthes rappelle aussi la différenciation qu'il existe entre l'anormal et le pathologique, des personnes porteuses d'une anomalie psychique, physique ou biologique pouvant être en très bonne santé.
[43] ROBERT Maurice, « Réflexions sur les concepts de normalité et de pathologie dans l'alcoolisation », in RETEL LAURENTIN Anne (dir), *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et*

Pour la souffrante, le normal représente la perception habituelle qu'elle a de son corps et de ses sensations internes, le pathologique ressortant de la douleur inhabituelle, d'un déclin physique ou d'une altération ressentie de la santé. L'appartenance socio-culturelle modifie également les représentations de la maladie comme le soulignent les études sociologiques : « Tout se passe comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent[44] ». En suivant cette logique, les femmes étudiées, libérées d'un usage professionnel de leur corps et vivant dans l'aisance, sont donc susceptibles d'appréhender les symptômes maladifs différemment de leurs consoeurs actives du Tiers-Etat. Peut-être leur mode de vie les rend-elles plus sensibles aux sensations morbides, elles se permettent certainement plus de les écouter.

Dire sa maladie est également un discours sur soi à destination d'autrui, il révèle donc des représentations collectives, des codes socioculturels. Luc Boltanski résume bien ces difficultés d'appréciation du « degré auquel il est convenable de parler de son corps, de faire part à autrui de ses sensations corporelles et, plus particulièrement, de se plaindre de ses sensations morbides et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée. [45] »

Pour l'entourage de la malade et son groupe socio-culturel, le normal est plus une conformité au modèle social de bien-être, de paraître mais aussi d'activité. Quant au soigneur, il développe une vision de la normalité relative à l'absence de symptômes maladifs établie lors du diagnostic. Le pathologique dépend donc pour lui d'un symptôme identifiable défini par des critères dits scientifiques et vérifiables.

Consulter un médecin implique donc avoir conscience de troubles corporels, de dysfonctionnements internes ou de symptômes externes de la maladie. Les malades doivent être en mesure de transmettre ces informations à leur médecin[46]. Celui-ci maintient en parallèle l'usage traditionnel des cinq sens pour établir son diagnostic et ses observations appuient ou nuancent le discours des malades sur leurs pathologies, ce qui explique qu'il n'y ait pas forcément de cohérence entre les maux ressentis et la maladie diagnostiquée par le soigneur[47].

En pratique, il est fort possible que la malade commence à exposer ses maux et que le médecin cherche par la suite ou conjointement à préciser et à affiner le discours de sa patiente. Une masse importante de symptômes et de manifestations de la maladie a été recueillie dans les correspondances privées et les consultations épistolaires. Exprimer sa maladie revient souvent à retranscrire ses manifestations externes et les modifications de l'apparence physique qu'elle induit.

Les difformités, les infirmités et les stigmates dus aux troubles pathologiques sont d'autant plus singularisants à la fin du XVIII[e] siècle que les savants et les autorités publiques s'accordent sur une dépopulation alarmante de la France accompagnée d'une forme de dégénérescence. L'influence croissante des médecins et leur immersion dans les domaines

---

traditionnelles, Paris, L'Harmattan, 1987, p. 35-40. Sa catégorisation est adoptée à l'exclusion de celle du corps de contrôle sanitaire, social et idéologique qui ne semble pas approprié à la période étudiée.

[44] BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC,* janvier-février 1971, n°1, p. 211.

[45] *Ibid*., p. 217.

[46] Cf. chapitre II de mon mémoire de Master 1 intitulé, *Perceptions du corps souffrant, accès aux soins et pratiques médicales des femmes de la noblesse (1750-1790, Toulouse)*, Université Toulouse II le Mirail, sous la direction de Christine Dousset, juin 2007, « Mots à maux : discours sur le corps et les pathologies », p. 16-79.

[47] JUTTE Robert, « The social construction of illness in the early modern period », in LACHMUND Jens et STOLLBERG Gunnar (dir.), *The social construction of illness: lllness and medical knowledge in past and present*, Stuttgart, Franz Steiner, 1992, p. 23-38.

relatifs au corps modifient certainement les représentations du corps sain[48]. Buffon, par exemple, met en place une silhouette jugée « normale » en fonction du poids et de la taille[49]. Si la vision de corps différenciés est tolérée auparavant, la nouvelle idéologie de progrès soucieuse de l'avenir physique de l'espèce et de son perfectionnement, a plutôt tendance à les marginaliser. Les modifications du corps sont donc largement prises en compte avec les « *enflures* », les « *boutons* », les « *croûtes* », les « *tâches* » mais aussi l'« *odeur foetide* » et la « *gangrène* ».

Les substances qui sortent du corps, les sécrétions ou excrétions représentent une grande part des symptômes exprimés. Ce sont des « *crachats de pus* » ou « *de sang* », des « *cours de ventre* » ou « *dévoiements* », des « *vomissements* », des « *suppurations* », des « *glaires* », des « *écoulements d'humeurs* » ou encore des « *pertes de sang* ».

Les dérèglements notoires sont soulignés comme les « *convulsions* », les « *frissons* », la « *fièvre* », l' « *amaigrissement* », l'« *insomnie* », la « *folie* », le « *délire* », la « *paralysie* »…

L'affaiblissement général du corps est exprimé par la « *fatigue* », l'« *abattement* », l'« *essouflement* », le « *mauvais pouls* », la « *langueur* », la « *maigreur* », la « *perte de sensations* » ou encore l' « *état vaporeux* ».

Les symptômes se livrent aussi par des sensations comme un « *feu à la poitrine* », un « *échauffement* », une « *poitrine prise* »… Quelque chose s'est déréglé, le ressenti du corps n'est plus le même. Des « *troubles du sommeil* » ou de l'« *appétit* » sont soulignés comme des « *crises d'estomac* », des « *obstructions* », des « *attaques du foie* », des « *problèmes de bile* »…

Parmi les éléments mentionnés par les malades figurent aussi les temps de la maladie. Cette pratique relève d'une conception naturelle et cyclique de la maladie et notamment de l'observation du fonctionnement des « fièvres » : certaines sont intermittentes, d'autres avec redoublements… Mlle de Laporterie des Esseins envoie à son oncle : « *J'avois été malade d'un cathare que j'ai gardé vingt-cinq jours, avec une bonne fièvre pendant douze*[50] ». D'une manière générale, une maladie est considérée comme grave lorsqu'elle passe le stade de huit jours. Mesurer le temps de la maladie et ses cycles fait ainsi partie de l'observation des symptômes.

Exprimer un état pathologique, c'est aussi faire part de sa douleur. Pour les malades, la douleur est avant tout un « fait de situation » car si elle est intime, elle est aussi « imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social[51] ». Les femmes aisées du siècle des Lumières ressentent la douleur et perçoivent celle de leurs proches à travers leurs conceptions religieuses ou laïques, en fonction de leurs valeurs et de leur vision du monde. La douleur qui s'installe dans la durée, à la suite d'une maladie chronique notamment, peut acquérir une valeur identitaire[52]. Elle accorde à la malade un statut, une reconnaissance particulière de son entourage et une légitimité pour se défaire de ses responsabilités courantes.

Comme on l'a vu, les ouvrages de vulgarisation médicale destinés aux femmes font fi du vocabulaire savant de l'époque. Les mots qu'elles utilisent pour définir leurs symptômes ne reflètent donc pas forcément les terminologies empruntées par les soigneurs diplômés. Les manifestations douloureuses par exemple, s'expriment assez simplement à travers le mot « mal ». Nombreux sont les « *maux d'estomac* », « *mal à la tête* », « *mal aux yeux* », « *mal*

[48] Même en ce qui concerne la beauté des dames, comme le souligne Philippe PERROT in *Le travail des apparences. Le corps féminin, XVIII^e^-XIX^e^ siècles,* Paris, Seuil, 1984, p. 61-79.

[49] VIGARELLO Georges, *Le Sain et le Malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age,* Paris, Seuil, 1993, Troisième partie : « Résister et endurcir, XVIII^e^ siècle », p. 141-196.

[50] ADHG, série J, fonds Laporterie, 1J1366, n°29, lettre du 2 mars 1777 à M. Laporterie du Moulin.

[51] LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur,* Paris, Editions Métailié, 1995, p. 11.

[52] *Ibid.,* p. 157.

aux jambes », « *mal à la poitrine* », « *mal aux dents* », « *mal aux bras* », « *mal à la langue* » ou « *douleurs abdominales* ». Les praticiens savants ont plutôt tendance à utiliser les termes de douleurs tensive, gravative, pulsative, lancinante, pongiste, térébrante, prurigineuse, mordicante ou corrosive[53].

Ces différentes formes d'énonciations de la maladie sont les plus courantes dans les consultations épistolaires alors que les correspondances privées privilégient la mise en avant des « gênes » suscitées par les pathologies. Mais les malades utilisent aussi ce biais pour définir leurs troubles lorsqu'elles consultent un soigneur. Ces gênes constituent des manquements aux habitudes de vie en société qui singularisent les malades de leur entourage et impliquent un statut social différencié.

Mme de Livry envoie à une amie la lettre suivante : « *Je vois par votre lettre que vous croyez que je passe mes journées à dormir. Il y a des tems où je dors plus qu'à l'ordinaire qui sont ceux où j'ay la fièvre qui jusqu'à présent ont été assez fréquents. Quand je n'ay que mal à l'estomach, je dors fort peu comme je veux réparer le temps perdu quand je suis en train de dormir. Quand ma santé va bien et qu'il fait beau, je me lève à sept heures du matin. Je suis dans mon jardin jusqu'à trois heures qui est l'heure de mon dîner . A sept heures du soir, je vais chez la dame du lieu où nous jouons au cavagnol jusqu'à minuit que je vienne me coucher*[54.] » Par cet emploi du temps détaillé, Mme de Livry montre bien les empêchements que provoquent ses maux, c'est même à travers eux qu'elle exprime sa maladie.

Autre gêne qui différencie bien souvent les malades des bien portants, la perte de la mobilité, lorsque la maladie se révèle handicapante ou trop épuisante, est très présente dans les discours. Les voyages et même les simples déplacements de la résidence rurale à l'hôtel particulier en ville deviennent impossibles à Mme Fraisse de Bertier : *« Je veux aller à Toulouse tous les jours et véritablement ma santé s'i opose sans être alité d'une certaine façon je me sans malade, quelque ménagement que j'observe, je n'en suis pas.*[55] »

Les mots de la maladie ressortent également du domaine de la représentation et s'imprègnent de l'imaginaire de celui qui parle. Les mots sont choisis, les sensations sont interprétées. La maladie a d'ailleurs cette originalité d'être si « intime », si liée au devenir des souffrantes, qu'elle peut être personnalisée, humanisée. Certains discours s'apparentent à un dialogue avec la pathologie, entité vivante dans le corps des malades : « *J'espère que je serai aussi heureuse que M. le doyen du parlement de Toulouse, que je guérirai promptement de la grippe que j'ay depuis huit jours […]. Je ne mange point, je crois qu'elle s'ennuyera de mon régime et qu'elle me quittera bientôt*[56] » écrit Mme de Livry à son amie.

L'énonciation des symptômes maladifs peut donc revêtir un certain nombre d'aspects : modification de l'apparence physique, de l'état général, des excrétions ou des sensations internes, temps de la maladie, changement dans les habitudes de vie… Ici aussi, hommes et femmes se rejoignent, à la différence que la menstruation - qualité et quantité du flux, régularité ou suppression du flux, âge critique... - vient s'ajouter aux récits féminins. La maladie est exprimée sensiblement, de par l'expérience subjective du corps mais aussi en fonction de ses conséquences sociales. Ce corps ressenti et vécu peut s'opposer au corps analysé et théorisé des soigneurs qui s'exprime en conceptions médicales et en terminologies savantes.

---

[53] REY Roseline, *Histoire de la douleur,* Paris, La Découverte, 1993, p. 107.
[54] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S457, lettre du 15 octobre 1777.
[55] ADHG, série J, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J6, n°93, lettre du 2 novembre 1784 à son mari.
[56] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S457, lettre du 4 février 1776.

Pour simplifier la relation thérapeutique, le célèbre docteur Samuel Tissot met en place, dans son *Avis au peuple sur sa santé*, les « *questions auxquelles il est absolument nécessaire de savoir répondre quand on va consulter un médecin*[57] ». Ces préceptes ont pour but de faciliter les diagnostics à distance et permettent aussi de normaliser les consultations. Les thématiques abordées sont les suivantes : âge, mode de vie, durée et évolution de la maladie, symptômes, état moral, douleurs, excrétions et sécrétions, sommeil, remèdes... Des questions spécifiques sont posées aux femmes sur leurs règles, leurs grossesses, l'allaitement et les maladies gynécologiques. On considère que ces facteurs sont susceptibles de modifier leur état de santé général et qu'ils doivent être pris en compte pour la prescription des remèdes.

Les diverses questions posées par le docteur Tissot donnent une idée de l'échange qui doit avoir lieu entre le praticien et sa patiente. En définitive, la maladie se construit au fil des interactions mutuelles des acteurs – soigneurs, malades et entourage[58]. C'est bien souvent au moment de la consultation que la réalité de la maladie est avérée et sanctionnée par le soigneur. L'énoncé des symptômes, s'il peut pallier un temps l'identification précise du mal, ne remplace pas dans les mentalités le réconfort de savoir de quoi on est atteint. Nommer le mal c'est commencer à le maîtriser, à avoir une emprise sur lui. C'est la première attente de la relation thérapeutique.

Une fois la maladie identifiée, les médecins rédigent des ordonnances pour formaliser leur diagnostic et permettre l'achat des thérapeutiques. Elles suivent un certain modèle, la date et la signature du médecin figurent le plus souvent comme des preuves formelles de l'acte médical. L'ordonnance est une prescription écrite qui peut donc être relue, consultée par d'autres soigneurs ou par l'entourage de la malade, sans risque de transformation orale. C'est un objet particulier, une médiation entre le praticien, l'apothicaire et la souffrante même si les recettes à effectuer chez la malade sont fréquentes.

Une description des relations entre la cause de la maladie et l'état de la souffrante permet aussi d'aborder la justification du traitement. La rigueur est de mise dans le dosage des thérapeutiques, le moment de prise et le régime à suivre[59]. Il existe divers types d'ordonnances, certaines mentionnent uniquement la composition des remèdes, d'autres sont de véritables règles de vie.

C'est aussi un instrument de pratique professionnelle qui est normalement l'apanage des seuls médecins et chirurgiens diplômés. L'ordonnance peut recouvrir l'acceptation de « mise en ordre » d'un traitement mais aussi de prescription émanant d'une autorité supérieure à laquelle il faut se conformer. Elle peut alors apparaître comme un outil de l'autorité du soigneur qui doit cependant être fortement nuancée en ce qui concerne le XVIII^{e} siècle. On y décèle la richesse des relations entre soigneurs et malades. Le ton est généralement fort respectueux si ce n'est révérencieux, mais il peut aussi être inquisiteur et autoritaire, dans tous les cas moralisateur. Les médecins usent de douceur ou de fermeté et tentent de justifier leurs traitements pour les imposer aux malades. Malgré la force qu'acquiert une prescription écrite, les soigneurs peuvent être amenés à composer avec les désirs et les résistances de leurs patientes, ce qui pose la question du rapport de force s'exerçant entre les deux parties.

A la lecture des multiples discussions des conclusions médicales par les femmes lettrées, on prend conscience que le savoir des médecins et des chirurgiens n'est pas considéré comme

---

[57] TISSOT Samuel Auguste André David, *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne chez Francois Grasset et Compagnie, 1799, (12^{e} éd), p. 320.

[58] LACHMUND Jens et STOLLBERG Gunnar, « The doctor, his audience, and the meaning of illness : the drama of medical practice in the late 18th and early 19th centuries », dans *The social construction of illness: lllness and medical knowledge in past and present*, Stuttgart, Franz Steiner, 1992, p. 53.

[59] GRAMAIN-KIBLEUR Pascale, « Le rôle des prescriptions médicamenteuses dans la société française du XVIII^{e} siècle », *Histoire, Economie et Société*, n°20(3), 2001, p. 324.

intrinsèquement supérieur. On se permet de douter des diagnostics établis, ce qui explique notamment le recours à la double consultation. Consulter un médecin revient même pour certaines femmes à rechercher une confirmation du diagnostic qu'elles ont préalablement établi[60]. Les exemples de refus de certaines thérapeutiques sont également nombreux et le médecin doit souvent faire en fonction des préférences et des répugnances de ses malades.

Marianne de Laporterie, atteinte de migraines, montre bien à qui échoit finalement le choix du traitement : « *Mes anciennes infirmités renaissent et la chaleur excessive qu'il fait augmente beaucoup mes migraines. Le médecin m'ordonne les bains de Pilvanes* (…)*, si je ne veux, dit-il, me voir les trois quarts de ma vie sur le grabat. Je ne sais à quoi me décider dans les circonstances présentes, si je trouve une occasion peut-être partirai-je*.[61] » Malgré les exhortations du médecin et ses pronostics malheureux, cette jeune femme hésite à se conformer à ses attentes et pèse sur la relation thérapeutique. Mme de Castries, qui souffre de rhumatismes, « *dit qu'il y avoit des médecins qui luy conseilloit d'aller à Barège mais que comme elle s'étoit mal trouvée des eaux et des boues de Saint Amans, elle ne vouloit pas risquer de faire quatre cent lieues sans être soulagée. Elle va prendre le parti de se mettre au lait pour toute nouriture*.[62] » C'est à partir de ses expériences précédentes que cette femme refuse la solution thérapeutique proposée par ses médecins.

On pourrait multiplier les exemples de ce type. Les médecins et les chirurgiens y apparaissent comme de simples consultants à qui on demande un avis que l'on se donne le droit de ne point suivre. Ces prises de position requièrent cependant une certaine indépendance d'esprit et des connaissances médicales. En fonction de l'état de santé des malades, leur propension à s'opposer aux pronostics des thérapeutes peut aussi diminuer. Loin d'être cantonnés à un rôle passif, les souffrantes et leur entourage se retrouvent au cœur de la négociation thérapeutique qui implique des rapports de force sur lesquels nous reviendrons. Il faut à présent aborder une dimension cruciale, mais difficile à appréhender, des relations soigneurs-malades, celle de la pudeur.

Pudeurs médicales et pudeurs féminines

La relation thérapeutique est aussi une rencontre des corps et des sens. Une rencontre d'autant plus complexe qu'elle est régie par les codes sociaux de la décence et de la pudeur. Dans le cas des malades de sexe féminin, confrontées à un personnel médical presque essentiellement masculin, le rôle de la pudeur dans l'acte thérapeutique doit être questionné.

La pudeur est à la fin du XVII[e] siècle définie comme un « *mouvement excité par l'appréhension de ce qui blesse ou peut blesser l'honnesteté et la modestie*[63] ». Elle « *répand sur le visage le rouge qu'on a nommé le vermillon de la vertu, c'est une espèce de petite crainte qui resserre la veine temporale, là où elle est environnée des rameaux de la portion dure ; et par leur action, elle retient, fixe et arrête le sang au visage*[64]. » Un siècle plus tard, le sens du mot n'a pas changé[65]. Dès la seconde moitié du siècle des Lumières, la pudeur est toutefois directement rapprochée de la pudicité qui « *a un sens plus restreint, et ne se dit que*

[60] LOUIS-COURVOISIER Micheline, *Le malade et son médecin… op.cit.,* p. 277-296.
[61] ADHG, série J, fonds Laporterie, 1J1366, (21), lettre du 23 juillet 1772, de Marianne Laporterie à son oncle Laporterie du Moulin.
[62] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 23 janvier 1768.
[63] Dictionnaire de l'Académie française, 1ère édition, 1694.
[64] JAUCOURT Louis de, article « Sens internes », *Encyclopédie de Diderot et d'Alembert,* site de l'ARTFL Encyclopédie Project, http://encyclopedie.uchicago.edu/
[65] Dictionnaire de l'Académie française, 5[e] édition, 1798.

de la chasteté » : « *La pudicité est le plus bel ornement d'une femme*[66]. » A la fin du XIX^e^ siècle, Emile Littré estime que la pudeur peut tout simplement désigner la « *chasteté, en parlant d'une femme*.[67] » On observe donc au cours des siècles le glissement de ce sentiment vers une acception plus strictement corporelle, sexuelle et genrée.

Pour le chevalier de Jaucourt, auteur de l'article « Pudeur » de l'*Encyclopédie*, c'est aussi « *une crainte secrette, un sentiment pour les choses qui peuvent apporter de l'infamie*[68]. » Elle est là aussi directement associée aux femmes sans réelle remise en question de ce déséquilibre : « *Pourquoi, réplique-t-on, ce qui n'est pas honteux à l'homme le seroit-il à la femme ? Pourquoi l'un des deux sexes se feroit-il un crime de ce que l'autre se croit permis ? Je réponds encore avec M. Rousseau, que les conséquences ne sont pas les mêmes des deux côtés. Les austères devoirs de la femme dérivent de ce point qu'un enfant doit avoir un père*[69]. » Il existe donc un lien évident entre les représentations de la pudeur féminine et les prohibitions sexuelles attachées au beau sexe. La grande pudeur des femmes est liée à l'honneur du groupe, de la parenté. L'influence de Jean-Jacques Rousseau dans la naturalisation du sentiment de pudeur et de son lien exclusif au sexe féminin, est très claire : « *L'Etre suprême* » a donné la raison aux hommes pour maîtriser leurs passions, et aux femmes la pudeur pour les contenir[70].

Au sein des articles médicaux de l'*Encyclopédie*, la pudeur n'est pratiquement évoquée que dans les pathologies ou les organes féminins. Le vagin est d'ailleurs fréquemment appelé le « *conduit de la pudeur*[71] ». Elle apparaît comme une entrave au bon déroulement de l'auscultation et des soins, sans que l'on trouve de mentions similaires pour les hommes. Cette question d'une impudicité des hommes mériterait toutefois d'être réellement posée[72].

Le discours médical dépeint donc des femmes fort réticentes à dire leurs maux ou à les montrer s'ils sont placés à quelque endroit où la pudeur doit avoir son siège. On peut prendre pour exemple l'article « Coccyx » de l'*Encyclopédie*, où il est écrit que « *les femmes négligent par pudeur de montrer le mal aux maîtres de l'art* », ce qui est une « *répugnance qui peut coûter la vie*.[73] » Elle n'a donc rien à faire au sein de la relation thérapeutique.

Dans l'article « Pouls », le médecin Ménuret de Chambaud s'en prend aux pratiques médicales chinoises « *car souvent il ne leur* (aux médecins) *est pas permis de voir et d'interroger les malades, surtout les personnes du sexe ; ces maris, jaloux à l'excès, redoutent pour leurs femmes, ou plutôt pour eux-mêmes, leur vue indiscrette, et une pudeur déplacée retient dans d'autres cas le médecin circonspect, l'empêchant de porter les yeux et la main autre part que sur les bras des malades*.[74] » Au sein des ouvrages de médecine et de gynécologie, on retrouve ces critiques formulées par les médecins et les chirurgiens, plus particulièrement d'ailleurs au XIX^e^ siècle qu'au XVIII^e^ siècle[75]. Par exemple, la pudeur qui fait retenir aux femmes des besoins naturels, les mène à souffrir du pica, selon le médecin Venel[76]. Dans le discours médical officiel, ce sentiment peu justifié est donc à bannir.

---

[66] FERAUD Jean-François, *Dictionaire critique de la langue française*, 1787-88.
[67] LITTRE Émile, *Dictionnaire de la langue française,* 1872-77.
[68] JAUCOURT Louis de, article « Pudeur », *Encyclopédie... op.cit.*
[69] *Ibid.*
[70] ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile*, in *Oeuvres complètes de J.J. Rousseau,* éditées par Bernard Gagnebin et Marcel Raymond, 4 vol, Paris, 1959-69, p. 695.
[71] JAUCOURT Louis de, article « Conformation », *Encyclopédie... op.cit.*
[72] Selon Jean-Claude Bologne, la pudeur masculine serait celle du sentiment (on cache ses pleurs, on ne se plaint pas…) alors que la pudeur des femmes serait corporelle. BOLOGNE Jean-Claude, *Histoire de la pudeur,* Paris, Hachette Littératures, 1986, introduction.
[73] JAUCOURT Louis de, article « Coccyx », *Encyclopédie... op.cit.*
[74] MENURET DE CHAMBAUD, article « Pouls », *Encyclopédie... op.cit.*
[75] ARNAUD-LESOT Sylvie, « Pratique médicale et pudeur féminine au XIX^e^ siècle », *Histoire Des Sciences Médicales*, 2004, Vol. 38 (2), pp. 207-218.
[76] VENEL, article « Pica », *Encyclopédie... op.cit.*

La pudeur des malades considérée ici est par conséquent un sentiment de honte suscité par un acte, un regard ou un discours sur soi considérés comme immoraux. Ce sentiment, à la fois social et personnel, ne saurait être décrit selon une évolution linéaire et irréversible. Une femme du XVIII^{e} siècle pouvait ressentir la pudeur là où une autre se sentait moins gênée. Toutefois, à la lecture des correspondances privées de ces dames et de leurs consultations épistolaires, se dessinent des limites et des marges de ce sentiment au siècle des Lumières. Avant de se pencher sur la pudeur la plus manifeste - celle de l'examen gynécologique -, il faut considérer l'ensemble des situations au cours desquelles les malades peuvent se sentir gênées par ce sentiment de honte.

La pudeur des mots revient à refuser de nommer certaines parties de son corps jugées honteuses ou des états physiologiques mettant mal à l'aise les malades. C'est la conscience de soi qui freine le processus de mise en récit. On pourrait penser que cette pudeur est relative à l'ensemble des excrétions corporelles que l'on masque de nos jours : excréments, transpiration, vomissement… alors que ces éléments sont au contraire clairement mentionnés et commentés par les épistolières.

Le proverbe médical « *Naturalia non turpia* » (« Il n'y a pas de honte à ce qui est naturel ») semble refléter le comportement des femmes aisées face à certains aspects de la maladie. Elles s'entretiennent librement des excrétions du corps, même si elles sont localisées dans des parties très intimes. On peut prendre pour exemple ces mots du docteur Tronchin à la comtesse de Jaucourt : *« Je suis charmé que vos urines soient toujours belles*[77] ». Point de honte à évoquer de part et d'autre les urines. Les excréments sont d'ailleurs évoqués fréquemment dans les correspondances. Mme d'Albis de Belbèze apprend ainsi d'un de ses amis, qui tient lui-même l'information d'une de ses connaissances, que son mari, M. d'Albis, a « *eu la diahrée à Noé*[78] ». On ne le cache ni à l'entourage ni au médecin.

Dans les récits de maladie composés par les femmes, les menstruations tiennent une place particulière. Etant considérées comme essentielles dans l'économie générale du corps, elles sont presque toujours mentionnées dans les consultations épistolaires et on peut aisément avancer qu'elles sont l'objet de questions lors des consultations. Marie-Clotilde, princesse de Piémont évoque par exemple le retard de ses règles qui « *diminuent considérablement en quantité, et sont d'un triste ton claire, presque couleur de rose*[79] ».

Mme de Meysler de Verthamon, âgée de 22 ans, n'hésite pas à décrire ses troubles gynécologiques au médecin Tissot : « *Depuis l'âge de 14 ans j'étois sujette à des pertes blanches, elles n'étoient pas extrêmement fortes mais elles me duroient presque continuellement*. (...) *Depuis mon mariage, j'ai eu deux fois des pertes rouges très fortes qui m'ont duré chacune 15 jours, à deux mois d'intervalle l'une de l'autre, mais j'avois eu entre deux mes règles*.[80] »

Lors des consultations médicales, si les femmes ne souhaitent pas s'entretenir directement de leurs symptômes honteux, elles peuvent les proposer au regard des médecins. Ainsi, le thérapeute de Mme Goubert analyse le sang menstruel de sa malade : « *Le medecin qui a vû les linges qui en étoient imbibés, dit qu'il n'avoit point vû de sang de plus belle couleur, et qui parut mieux composé*[81] ». De la même façon, une perte de Mme de Civrac est jugée par ses médecins abondante, « *sortant par flots, foetide, bourbeuse, ichoreuse, grisâtre*[82] ».

---

[77] AN, fonds Jaucourt, 86AP6, lettre de M. Tronchin à Mme la comtesse de Jaucourt, 27 septembre 1765.
[78] ADHG, fonds d'Albis de Belbèze, 1E5, (120), lettre du 12 octobre 1783.
[79] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.05.04.02, consultation épistolaire de la princesse de Piémont à M. Tissot.
[80] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.01.06, consultation épistolaire de Mme de Meysler de Verthamon à M. Tissot.
[81] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.02.03, consultation épistolaire de Mme Goubert à M. Tissot.
[82] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.05.17, consultation épistolaire de Mme de Civrac à M. Tissot.

Point de honte non plus à évoquer les flatulences et les rots. Une malade âgée de 52 ans écrit ainsi : « *Quelques fois, il semble se former une grosseur dans ma poitrine ; ce qui me persuade que ce n'est que des vents, c'est qu'elle descend dans l'estomac, et le dissipe ensuite par ces mesmes vents, qui, lorsque je suis opressée, passent tous par le haut, ce qui me fatigue orriblement ; je les sens venir du bas ventre*[83] ».

A première vue, on pourrait donc estimer que ces différentes manifestations de la maladie, trouvant leur siège dans les lieux de la pudeur, témoignent d'une liberté de parole et d'une fluidité de l'échange thérapeutique. Or, il existe bien une pudeur des mots mais qui se situe dans la désignation de pathologies honteuses par exemple, comme la vérole, que l'on tente de dissimuler au XVIII[e] siècle. Cette pudeur est tributaire des représentations morales liées à ces pathologies assimilant une conduite libertine et irréligieuse aux maladies vénériennes.

On ne peut également faire l'impasse sur les pratiques sexuelles décriées, et en particulier sur la masturbation. A la lecture des consultations épistolaires envoyées au docteur Tissot sur ce sujet, on est d'abord frappé par la dissymétrie des sexes. Sur 58 personnes consultant pour leurs pratiques masturbatoires, 95% d'entre elles sont des hommes. Il apparaît clair que les femmes se sentent moins à même d'en parler que leurs congénères, à moins qu'on admette une dissymétrie équivalente dans les pratiques, ce qui semble peu soutenable.

Dans ces circonstances, la pudeur n'est pas forcément celle des mots mais plutôt celle des actes que l'on juge honteux et que l'on n'ose aborder au moment de la consultation. Ces réticences sont d'autant plus justifiées par le versant moralisateur et culpabilisateur du discours médical sur la sexualité en dehors du cadre du mariage ou en dehors des pratiques canoniques[84].

Il faut également souligner l'importance, dans les consultations épistolaires et comparativement avec les correspondances privées, des maladies liées à l'appareil reproducteur féminin. Jean-Pierre Goubert, dans son étude des lettres envoyées au docteur Louis-Marie Lavergne (1756-1831), remarque cette omniprésence des règles, des troubles gynécologiques et de la ménopause[85]. Ce type de relation thérapeutique à distance peut donc favoriser l'expression de ces pathologies car les malades se soutraient ainsi au regard et à l'oreille des médecins, tout comme à ceux de leurs familiers. Certaines femmes, par religiosité, par peur ou par ignorance, taisent ces « choses du sexe », à l'image de cette religieuse âgée de 43 ans qui explique à Tissot « *qu'on prétend que la cause de cette maladie vient d'une seigné que l'on m'a fait à l'âge de 14 ans, dans le moment que j'avoit mes règles, que la timidité m'a empêchée de dire*[86]. »

Il est une autre pudeur, plus évidente, qui est celle de l'exposé du corps, dans sa nudité ou sa quasi-nudité. Il faut pour cela s'interroger sur les parties du corps qui y sont sujettes et sur les lieux et les circonstances qui fondent ce sentiment.

Dans leur vie quotidienne, les femmes aisées du XVIII[e] siècle, en fonction de leur propre rapport au corps, peuvent, à certains moments et en certains lieux, offrir leur nudité au regard d'autrui. Il leur est possible de recevoir dans leur bain ou dans leur demi-bain comme le faisait Mme de Genlis qui aimait recevoir la visite du cardinal de Bernis depuis sa baignoire[87]. Elles peuvent rendre l'eau plus opaque en y mettant un peu de lait ou d'essence. Il existe aussi des

[83] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.03.09, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.

[84] TISSOT Samuel Auguste André David, *L'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation*, Lausanne, chez Marc Chapuis et Compagnie, 1765, 264 p.

[85] GOUBERT Jean-Pierre, « Position et statut des malades en France à la veille de la Révolution de 1789 » in LAFAY Arlette (dir), *Le statut du malade, XVI[e]-XX[e] siècle*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 57.

[86] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/138.06.13.10, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.

[87] Les hommes pratiquent aussi ce type de rencontres mais de manière moins répandue. On peut citer pour exemple l'abbé Vermond qui donne audience dans son bain.

baignoires à couvercle qui gardent en plus la chaleur[88]. L'importance de ces palliatifs ou de ces voiles à la nudité semble fondamentale, car dans l'exemple si souvent donné de l'impudeur de Mme du Châtelet dans son bain, face à son valet Longchamp, ce qui choque cet homme, c'est avant tout que l'eau ne soit pas troublée : « *En m'approchant, je vis qu'elle était nue, et qu'on n'avait point mis d'essence dans le bain, car l'eau était parfaitement claire et limpide*[89] ».

Dans ces lieux où la nudité est acceptée, le statut du spectateur structure généralement le sentiment de pudeur. Nombreux sont les témoignages parlant de l'impudicité des femmes face à leurs inférieurs, car « l'intimité, la nudité, dans la haute société du XVIII[e] siècle, loin d'être humiliantes pour celui qui les dévoile, le sont pour celui qui en est témoin[90]. »

Certaines femmes répugnent cependant à se dévoiler, et ce même lorsqu'elles prennent des soins. Mme de Sévigné qui, en 1676, se soigne par des douches, écrit ceci : « *On est toute nue dans un petit lieu sous terre, où l'on trouve un tuyau de cette eau chaude, qu'une femme vous fait aller où vous voulez. Cet état où l'on conserve à peine une feuille de figuier pour tout habillement est une chose assez humiliante*[91]. »

Qu'en est-il du regard et du toucher des soigneurs masculins ? Comme on l'a vu, la littérature médicale de l'époque, et surtout celle du XIX[e] siècle, met en scène la difficulté des médecins à observer les organes génitaux des femmes parce qu'elles le refusent ou ne consultent pas[92]. Une grande part des souffrantes tait certainement ses symptômes jusqu'à l'apparition de douleurs ou d'incommodités importantes. Les maladies s'aggravent donc bien souvent.

Selon les médecins, certains touchers sont plus acceptés que d'autres, les femmes enceintes font peu de cas du palper abdominal simple par exemple[93]. C'est le toucher rectal qui inspire le plus de peur aux femmes. L'examen de la vulve et l'examen avec *speculum uteri* demandent que ces parties soient directement visibles pour le médecin, ce qui crée la gêne. D'autres raisons peuvent être invoquées pour expliquer le refus de l'examen des parties génitales, comme la crainte de la douleur, d'un diagnostic grave, d'un traitement difficile ou encore de questions dérangeantes sur la sexualité des malades[94].

C'est donc au médecin ou au chirurgien de chercher à rassurer sa patiente sur l'innocuité de ses touchers en expliquant notamment ce qu'il va faire. Certains d'entre eux se refusent apparemment à demander l'autorisation de faire ces examens, sûrs de ne pas obtenir satisfaction. Ils observent alors les parties génitales à la suite des autres, en gardant beaucoup de sérieux et sans paraître y porter plus d'attentions[95]. De manière générale, ils tentent d'aller assez vite et d'agir seuls, de limiter les contacts avec ces parties et surtout de ne pas dénuder les femmes : l'observation se fait par le toucher sous les draps ou la couette, en cas de besoin il faut cependant regarder directement les organes.

Pour le XVIII[e] siècle en particulier, on dispose toutefois de peu de témoignages directs et précis du déroulement de ces auscultations. On peut imaginer que l'exhibition de la nudité est possible lorsqu'on la rend invisible par des gestes et des attitudes qui masquent les organes génitaux et par la complicité des soigneurs qui s'interdisent le regard. Le fait de se dévoiler chez soi rassure également les femmes qui peuvent demander la présence ou non de tierces

[88] BOLOGNE Jean-Claude, *Histoire de la pudeur... op.cit.,* p. 50.
[89] *Ibid.,* p. 51.
[90] *Ibid.,* p. 204.
[91] *Ibid.,* p. 31-61. Lettre 514, écrite en 1676 par Mme de Sévigné, 2ème partie, Pléiade, t.II, p. 302-303.
[92] ARNAUD-LESOT Sylvie, « La pudeur en médecine aux XVIIIe et XIXe siècles : une entrave à la parole du médecin et de sa patiente », *Medicina nei Secoli*, n°16(1), 2004, p. 95-107.
[93] ARNAUD-LESOT Sylvie, « Pratique médicale... *op.cit,* p. 208.
[94] *Ibid.,* p. 207-218.
[95] *Ibid.,* p. 210.

personnes. Il faut aussi rappeler que les praticiens peuvent être érigés au rang de serviteurs puisqu'ils sont directement payés par les malades. Ils rejoignent alors le ballet des inférieurs devant qui il est toléré de se dénuder. Le lieu, le moment et les circonstances particulières de l'examen gynécologique peuvent ainsi le rendre plus ou moins supportable aux femmes.

La pudeur ultime est bien celle du toucher, des pérégrinations du « doigt explorateur[96] ». Certaines femmes répugnent totalement à se faire « *palper* », comme cette patiente du docteur Batigue : « *On ne sauroit soubçonner la vertu de mademoiselle la consultante ; sa pudeur, et sa modestie vont si loin, qu'on n'a jamais peu la faire consentir à se laisser visiter par quelque bon chirurgien*[97] ». Il faut dire que l'examen gynécologique peut-être long et insistant, comme en témoigne ce rapport : « *On a observé qu'il n'y a aucun écoulement et qu'elle est dans cette partie saine comme une fille de huit ans ; qu'il n'y a rien à l'extérieur, ny rougeur, ny thumeur de sensible ; qu'il n'y a point d'augmentation de douleur au tacq, quelque for que l'on presse les parties malades*[98]. »

Les examens gynécologiques sont certainement mis en place, soit en dernier recours, soit après avoir tenté différentes techniques de diagnostic ou thérapeutiques. C'est le cas de Mme D...[99] qui consulte Tissot après cinq fausses couches. A la suite de plusieurs mois de traitement infructueux, elle se fait « *tâter* » la matrice par un praticien qui y trouve « *une grosseur comme un oeuf* ». Les femmes peuvent aussi reculer leur examen pour être auscultées par les médecins les plus renommés, comme Mme Depoirresson Dureville, âgée de 40 ans, qui fait un voyage à Paris pour se faire « *tâter par tout ce qu'il y a de plus abile*[100] ».

L'examen gynécologique est dans tous les cas une pratique à laquelle on ne se soumet pas sans réflexion. L'amante du chevalier de Bonnard explique ainsi : « *J'ai pris le parti de me faire tâter et l'on a trouvé soit dans le mésantère ou aux environs, une sorte d'empatement qui dégénereroit en obstruction si l'on n'y mettoit ordre*[101] ».

A cette épreuve peut succéder celle du traitement des maladies de la matrice. On peut suivre pour cela les inquiétudes de Mme de Bégon. En aout 1773, le médecin Cabanis pense qu'elle souffre d'un polype et l'ausculte, mais elle s'exclame finalement : « *Enfin je n'ay point de polype ! On ne me fera pas du moins cette cruelle opération ! Mais ce que Cabanis a trouvé, il ne me l'a pas dit. Il me fait faire une seringue d'argent recourbée pour des injections, je l'attends d'un moment en moment non sans trouble*.[102] » C'est finalement un caillot de sang que le médecin diagnostique. Il tente de le délayer avec des injections plutôt qu'avec une opération qu'elle redoute beaucoup : « *Ce que j'ay été obligée de faire déjà est bien assés* » écrit-elle[103].

Face à ces incursions masculines, il reste une possibilité utilisée par nombre de femmes : l'autoauscultation. Dans les consultations épistolaires, on voit en effet apparaître ces pratiques qui témoignent du désir de ne pas soumettre son corps au toucher des soigneurs. Cette technique présuppose toutefois une connaissance de son corps et des moyens de comparaison dont les femmes ne disposent pas forcément.

---

[96] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.02.06.37, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.
[97] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.02.05.11, consultation épistolaire d'une patiente de M. Batigue à M. Tissot.
[98] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/149.01.03.07, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.
[99] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.05.01.39, consultation épistolaire de Mme D... à M. Tissot.
[100] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/149.01.07.18, consultation épistolaire de Mme Depoirresson Dureville à M. Tissot.
[101] AN, fonds Bonnard, 352AP34, lettre d'une amante inconnue au chevalier de Bonnard, 14 juillet (sd).
[102] AN, fonds Des Franches, T161/25, lettre de Mme de Bégon à son époux Honoré Perrinet des Franches, 7 août 1773.
[103] AN, fonds Des Franches, T161/25, lettre de Mme de Bégon à son époux Honoré Perrinet des Franches, 13 août 1773.

Très fréquemment, elles se palpent les seins, à l'exemple de Mme de Chanonier qui perçoit une « *petite glande desous du mamelon*[104] ». Une femme de 33 ans remarque quant à elle « *une dureté à peu près de la grosseur et de la forme d'une fève*[105] » dans son sein.
Un mémoire de consultation, d'un auteur non identifié, relate le cas d'une femme âgée de 31 ans souffrant visiblement d'un squirre de l'utérus[106]. « *Depuis son âge de raison* », la malade a constaté, en faisant « *sa toilette de propreté* », une « *protubérance molle et charnue* » à l'entrée du vagin. Comme elle ne ressentait aucune douleur, elle ne s'est pas inquiétée, et a pensé que cette « *conformation était propre et générale à tout son sexe* ». L'autoauscultation se heurte donc aux connaissances médicales des femmes et celles qui la pratiquent doivent tout de même faire le récit de leurs maux.
Si la pudeur est très certainement un élément déterminant dans la complexité des relations entretenues par les femmes avec leurs soigneurs masculins, elle ne peut toutefois être appréhendée de manière univoque. En effet, les femmes peuvent mettre en place des stratégies de contournement, comme l'autoauscultation pour échapper au regard, ou bien comme la consultation épistolaire pour éviter un dialogue direct. Les pudeurs féminines, fortement structurées par les représentations sociales, dépendent pour beaucoup des pudeurs médicales, certainement encore très présentes au XVIII^{e} siècle, qui interdisent au soigneur un regard véritablement serein sur la nudité de leurs malades.
Ce sentiment de honte agit donc à la manière d'une barrière du langage et du corps et peut gêner le bon déroulement de la relation thérapeutique. A ces freins, il faut ajouter les rapports de force internes à cette négociation et le poids du jugement des malades dans l'acte de soin.

La relation thérapeutique : rapports de force et jugements des malades

Il est difficile de définir la relation thérapeutique tant elle peut différer en fonction de ses acteurs et des pathologies en question. Toutefois, il est possible de faire émerger des questionnements particuliers sur ses modalités, questionnements qui laissent transparaître les rapports de pouvoirs et d'autorité qui naissent en son sein.
On ne peut ignorer les enjeux économiques de la relation thérapeutique. Ils doivent d'ailleurs être mis en perspective avec la concurrence inhérente au marché médical. Si les densités médicales divergent en fonction des lieux, les villes où demeurent les femmes lettrées sont généralement bien fournies en hommes de l'art. Elles peuvent consulter des soigneurs officiels : médecins, chirurgiens, sages-femmes et apothicaires, tout comme des soigneurs illégaux : herboristes, mages, matrones, vendeurs de remèdes, rebouteux… Leurs choix se portent plus largement sur les thérapeutes officiels masculins mais au sein même de cette catégorie, la concurrence est âpre et le tourisme médical très fréquent[107].
On peut expliquer ce choix des femmes lettrées par la pénétration du discours médical dans ces sphères. Il existe aussi très certainement un effet mimétique vis-à-vis des pratiques de la Cour. Des études sociologiques ont montré que les membres des couches supérieures contemporaines se sentent plus en analogie avec les médecins et les chirurgiens. Parce qu'ils partagent le même type de valeurs, ils utilisent mieux le système médical et peuvent négocier

[104] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.03.10, consultation épistolaire de Mme de Chanonier à M. Tissot.
[105] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.03.07, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.
[106] BUD, fonds Tissot, IS/3784/II/144.02.06.37, consultation épistolaire anonyme à M. Tissot.
[107] LOUIS-COURVOISIER Micheline, « Le malade et son médecin... *op.cit*., p. 277-296.
PILLOUD Séverine, « Tourisme médical à Lausanne dans la seconde moitié du XVIIIe siècle. Le réseau des patients du Dr Tissot (1728-1797) », *Revue historique vaudoise,* 2006, n°114, p. 9-23.

plus facilement la nature de leurs soins[108]. Discuter ce schéma pour le XVIII[e] siècle peut être intéressant. Il est vrai que les femmes lettrées et aisées côtoient une partie des soigneurs officiels dans les lieux de sociabilité caractéristiques des Lumières. Ces malades appartiennent cependant à la noblesse alors que la grande majorité des praticiens proviennent de la bourgeoisie ou du petit peuple, dans tous les cas, du Tiers-Etat. Une différence d'aisance financière et de prestige social se fait donc sentir en leur faveur. L'ascendant peut par contre être pris par ces praticiens en ce qui concerne les savoirs médicaux bien qu'il faille nuancer cette image car les femmes lettrées bénéficient d'une ouverture culturelle et d'un bagage intellectuel leur permettant de converser avec eux et de discuter les traitements[109].

La question du marché thérapeutique soulève celle du coût des soins et de la dépendance économique des médecins et des chirurgiens à leurs malades. A une époque où les soins médicaux ne sont pas remboursés, les frais de santé s'intègrent directement aux dépenses quotidiennes du foyer. Les femmes aisées payent les soigneurs, au même titre qu'elles rémunèrent leurs domestiques, les artisans ou les commerçants pour leurs services. Pour les praticiens, ces revenus constituent leur moyen de subsistance régulier ou ponctuel. L'échange financier implique un devoir de réussite ou du moins un engagement réel dans la lutte contre la maladie : il concrétise une sorte de contrat entre le soigneur et la malade. Consulter un médecin, c'est donc entrer dans une transaction financière ayant pour enjeu la guérison. Les praticiens diplômés font généralement payer toutes leurs interventions quelle que soit l'issue de la maladie. Proposer le paiement des soins uniquement en cas de guérison passe plus pour être une technique d'appât des « charlatans ».

L'idée longtemps admise que les médecins et les chirurgiens aient été économiquement dépendants de leurs malades a été contestée. Dans le fonds Tissot exploré par Micheline Louis-Courvoisier[110], des malades témoignent de l'abandon de leur médecin pendant leur maladie, signe d'une certaine indépendance et d'un confort financier des praticiens. De manière générale, le patronage doit cependant être absolument nécessaire à bon nombre de médecins issus de milieux modestes[111]. La domination économique des malades aisées sur leurs médecins et leurs chirurgiens doit donc être nuancée en fonction des praticiens.

Généralement, les femmes aisées peuvent payer sans problèmes leurs soins et ne sont pas gênées par le coût des thérapeutiques. Ceci ne les empêche toutefois pas de trouver certaines quittances un peu trop chères à leur goût. En août 1785, Mme d'Albis de Belbèze écrit ainsi à son époux : « *Les anfants me coûtent cher, pour la seule maladie de Joujou il a fallu donner 36 livres au médecin de Castelmore*[112] ».

Lorsque les praticiens estiment s'être tout particulièrement dévoués à leurs malades, ils peuvent augmenter leurs honoraires de manière significative. Un chirurgien d'Olonzac, M. Peyre, s'octroie ainsi 12 livres « *pour mes peines et jours à la volonté*[113] ». D'autre part, les malades eux-mêmes peuvent choisir de rémunérer généreusement leur soigneur s'il s'est montré efficace et attentionné. Le fils de Mme Dubourg augmente ainsi le mémoire de son chirurgien qui refuse de lui faire payer une partie des fournitures utilisées : « *Il ne prétendoit pas payer les choses qu'il avoit fournies telles que la pierre à cautère et ce qu'il a fallu pour les vessicatoires, outtre cela depuis que le mémoire est arrêté il n'a pas cessé de me faire une*

[108] HERZLICH Claudine et PIERRET Jeanine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison,* Paris, Payot, 1984, p. 251.
[109] LOUIS-COURVOISIER Micheline, *Le malade et son médecin… op.cit.,* p. 277-296.
[110] *Ibid.*
[111] JEWSON N., « Medical knowledge and the patronage system in eighteenth century England », *Sociology*, XII, p. 369-385.
[112] ADHG, série E, fonds d'Albis de Belbèze, 1E6, (181), 10 août 1785.
[113] AMT, série S, 4S51, compte pour M. Laur d'Olonzac.

ou même deux visites par jour.[114] » Ses attentions particulières et a priori désintéressées lui valent une plus forte rémunération et renforcent sa bonne réputation.

La réputation est centrale dans le choix des praticiens par les femmes lettrées, elle s'appuie sur plusieurs modes de diffusion. Pour promouvoir leurs activités, les soigneurs - officiels ou illégaux - vantent leurs mérites dans des livrets, en publiant des annonces dans les diverses gazettes et journaux. On peut citer pour exemple les *Affiches, annonces et avis divers de Toulouse* où sont publiées des offres de soins de praticiens du Languedoc, de Paris, ou encore de l'étranger. Les publicités pour les remèdes, les annonces passées dans les journaux locaux et les almanachs constituent des éléments de diffusion de l'ensemble de l'offre médicale. Au-delà de ces moyens d'information, le choix du médecin dépend pour beaucoup des conseils des familiers.

La médiation familiale joue en effet une place importante dans le choix des soigneurs, comme le montre cet extrait d'une lettre de Charlotte Louise de Bégon à son époux : « *J'ai été obligée il y a cinq semaines d'appeler un médecin. J'ay pris M. Vieussieux, ne te recules pas ! Je t'assure que s'il est de race représentante, il n'en soulage et soigne pas moins avec un zèle aussi satisfaisant que ses lumières. Mon oncle et ma tante Turtin l'ont pris dès longtems, c'est eux qui me l'ont conseillé et je les en remercieray dès que je pourray les aller voir. Il me fait promener en carosse depuis 3 jours. C'est le seul des médecins que j'ay eus qui aye été maître de mes nerfs et trouvé une médecine journalière qui ne les irrite pas. Aussi, je te prie d'approuver que je lui soit fort attachée car pour ton Butini, je t'en demande pardon mais je ne pourrais m'y acoutumer de ma vie. Qu'on soit mal, qu'on soit mieux, son air est toujours sec comme celui d'un arbre mort et les meaux longs et lens, demandent un médecin pitoyable*.[115] »

On doit également mentionner les salons où sont évoquées les prouesses de tel ou tel praticien. Ce sont des lieux de discussion où sont reçus les notables, mais aussi des personnes plus modestes comme des médecins et des chirurgiens, dont les qualités sont reconnues par tous. Aux débats politiques, philosophiques ou artistiques succèdent des moments de divertissement, de lecture des nouvelles de la capitale, des nominations, des mariages et des décès, tout comme de questionnements sur l'état de santé et le traitement des Grands du royaume. La réputation des soigneurs se forme certainement dans ce genre de lieu. Les femmes échangent leur point de vue, jugent les méthodes de soins des différents médecins, leurs qualités et leurs travers…

Ces discussions de salon sont souvent à l'origine des effets de mode. Les femmes cherchent alors à suivre l'air du temps. Mme de Livry résume très bien ces pratiques : « *Tout est de mode jusqu'à la médecine*[116] ». Les guérisons miraculeuses ou l'emploi de thérapies nouvelles génèrent un engouement qui décide les malades à consulter ces praticiens. Comme souvent dans les enthousiasmes pour les nouveautés, le désaveu finit toujours par arriver : « *Le fameux médecin M. Pomme est revenu ici à la sollicitude de M. de Boufflaise dont la belle-fille est dans un état déplorable, je ne scay si M. Pomme sera aussi fêté ce voyage cy que l'autre, dans ce pays cy où tout est mode les choses ne sont pas de longue durée*[117] » écrit Mme de Livry.

La réputation nationale ou internationale des médecins peut aussi entraîner de véritables cohues de malades se pressant aux portes des illustres soigneurs. C'est le cas du docteur Tronchin, très sollicité lors de ses déplacements à Paris. Il ne peut mettre ses savoirs à la

[114] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S455, lettre de l'abbé Dubourg du 23 février 1772 à sa mère.
[115] AN, fonds Des Franches, T161/25, lettre de Mme de Bégon à son époux Honoré Benedict Perrinet des Franches, 16 mai 1775,
[116] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S457, lettre du 17 mai 1786 à Mme Dubourg.
[117] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S457, lettre du 12 mai 1776 à Mme Dubourg.

disposition de tous : « *M. Tronchin est icy* (Paris) *depuis lundy refusant d'aller voir aucun malade s'ils ne sont pas ou de ceux qui l'ont été trouver à Genève ou de ceux de la maison du duc d'Orléans*[118] » écrit Mme de Livry. Même les plus riches patients n'obtiennent donc pas satisfaction. La lettre de consultation permet alors aux épistolières de consulter un médecin reconnu sans avoir à se déplacer.

La réputation est donc primordiale pour les médecins. Ils dépendent assez étroitement du jugement qui est porté sur eux par leurs malades, ce qui peut moduler ou modérer l'idée d'un rapport de force déséquilibré des soigneurs envers leurs malades. Dans les écrits féminins, les qualités requises pour un médecin ou un chirurgien, sont l'échange, la clairvoyance et surtout l'humilité, ce dont témoigne bien Mme de Jaucourt dans une lettre à son fils : « *Tu as bien fais mon ami de te jetter dans ton lit plutôt que dans la politique, elle est devenue comme la médecine, les plus clairvoyants décident à tâtons*.[119] » Certains médecins trouvent tout de même grâce à ses yeux : « *Ceux qui l'exercent voudroient presque nous persuader qu'ils sont de droit divin, je ne veux croire qu'en M. Tronchin, nulle charlatanerie chez luy et malgré toutes ses connoissances, je jurerois qu'il ne pense qu'aider la nature*.[120] »

L'écoute est extrêmement importante puisqu'elle rassure les malades sur l'attention portée par le thérapeute. Elle est un préalable à la confiance qui doit s'instaurer pour la réussite de la relation thérapeutique. Le bon médecin est aussi un homme conciliant, qui sait adapter ses traitements au bon vouloir de ces dames. Charlotte Louise de Bégon écrit ainsi à son époux : « *Mon médecin qui sort d'icy m'ordonne toujour à grand cris les bains de Bourbonne. Ennuyée de sa persévérance, je lui ay dit que je n'étois pas en argent cette année*.[121] » C'est aussi un homme disponible, prêt à se plier à leur emploi du temps, à l'image de M. Maurice, médecin d'Elisabeth de Charrière, avec qui elle a une « *scène* » : « *Il m'avoit ordonné de mettre du sang de pigeon* (dans son oeil) *et comme il falloit qu'il fit cela lui-même, il arrive comme un tourbillon à huit heures du soir, veut me faire mettre au lit. Ce n'étoit pas mon compte, Mme de Bressona, M. de Chabot et de Vernans venoit faire une partie avec moy et je voulois pourtant un peu y voir. Nous nous disputames à faire rire M. de Chabot aux larmes, bref je gagnay, il revint à dix heures*[122]. »

Pour parvenir à une guérison, le thérapeute doit aussi faire preuve de persuasion, car l'assise professionnelle du corps médical n'est pas assez solide pour susciter une confiance prédéfinie[123]. Le soigneur doit avant toute chose donner l'impression aux malades qu'il maîtrise leurs maux, qu'il a identifié leur maladie. Il s'agit en définitive d'une véritable performance qui peut revêtir un caractère de théâtralité. Il arrive également que sa simple présence agisse avec plus d'efficacité que les remèdes proposés car « la façon de donner vaut parfois mieux que ce qu'on donne[124] ».

La relation thérapeutique se construit au fur et à mesure de la maladie et les avis sur les soigneurs changent en fonction des évolutions négatives ou positives. Les différents jugements émis par les épistolières témoignent dans tous les cas du difficile travail des médecins et des chirurgiens. Confiance ou incrédulité, admiration ou dédain, satisfaction ou colère, la perception de ces soigneurs par les femmes lettrées ne cesse d'osciller. Les positions peuvent être tranchées et immuables, d'autres plus fluctuantes, au gré des douleurs et des espérances.

---

[118] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 1er février 1766 à Mme Dubourg.
[119] AN, fonds Jaucourt, 86AP6, Mme de Jaucourt à son fils aide de camp, (284), 29 juin 1761.
[120] AN, fonds Jaucourt, 86AP6, lettre Mme de Jaucourt à son fils le marquis de Jaucourt, 19 octobre 1750.
[121] AN, fonds Des Franches, T161/25, lettre de Mme de Bégon à son époux Honoré Benedict Perrinet des Franches, 18 février 1772.
[122] ACV, P Charrière de Sévery B104/88, lettre d'Elisabeth de Charrière à son fils M. de Sévery, 9 mars 1751.
[123] LOUIS-COURVOISIER Micheline, « Le malade et son médecin... *op.cit*., 277-296.
[124] CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine… op.cit.,* p. 70.

Dans leurs correspondances, les femmes n'exposent pas systématiquement leurs impressions sur les thérapeutes. Elles peuvent simplement détailler leur diagnostic et le traitement préconisé. Toutefois, dans la plupart des cas, des jugements sont émis et se révèlent comme suspendus, en attente de résultats. Les épistolières participent alors d'un certain scepticisme, ne sachant trop comment se positionner.

Ce scepticisme s'immisce lorsque l'état du malade ne laisse pas aux épistolières beaucoup d'espoir de guérison. Mme Dubourg écrit ainsi à son fils : « *Le pauvre abbé de Colbert est dans son lit avec une très grave fièvre, les docteurs Meinard et Mouret le voyent et croyent qu'il en sera quite pour une diète rigoureuse et quelques médecines*.[125] » Elle instaure une distance entre le pronostic des médecins et sa perception de l'état du souffrant. Elle ne paraît pas réellement rassurée.

Les erreurs de diagnostic des médecins, leurs hésitations ou encore leurs pronostics défaillants mènent aussi les épistolières à suspendre leur jugement. M. de Rességuier, ami de Mme Dubourg, est en décembre 1769 aux portes de la mort, il reçoit même l'extrême-onction mais finit par se ressaisir quelques jours avant de mourir. Mme Dubourg exprime en ces termes le désarroi des médecins : « *Je vous apprend la cruelle mort du pauvre président de Resseiguier qui a péri le jour et au moment où les médecins le croyoit sauvé*[126] ». Elle ne critique pas forcément les soigneurs mais prend note de leur incapacité à maîtriser la maladie. Ce genre de renversement de situation, qu'il soit positif ou négatif, doit indubitablement laisser perplexe.

Au-delà de ces positions prudentes et mesurées, des jugements positifs sont émis de façon régulière. La confiance envers les praticiens peut être réelle, surtout lorsque le traitement s'avère efficace : « *Tranquilisez vous je vous prie sur ma santé, je n'ay point consulté M. Bordeu quoique je le croye fort habile mais j'ai consulté M. Lemonier en qui j'ay la plus grande confiance. Il m'a très fort assurée que tous mes maux ne viennent que des nerfs, il m'a dit ainsy que mon médecin qu'il n'y avoit que le lait qui put me guérir*. (…) *On m'a remis au lait pour toute nourriture et je sens tous les jours que mes forces reviennent*[127] » écrit Mme de Livry à propos de ses « *Esculapes*[128]». Lorsqu'elles ont confiance en leur médecin, les nobles toulousaines n'hésitent pas à souligner leurs qualités. Mme Dubourg s'enorgueillit ainsi du « *savoir* » des deux médecins qui ont su guérir sa mère d'un rhume préoccupant[129].

Cette confiance se manifeste généralement pour des médecins de renom, comme les docteurs Tronchin ou Tissot[130], ou pour le médecin ordinaire, que l'on appellerait aujourd'hui médecin de famille ou médecin traitant.

On peut prendre l'exemple du docteur Sol, praticien reconnu et apprécié de la noblesse toulousaine, qui semble être le médecin ordinaire des familles d'Albis de Belbèze et Bertier de Pinsaguel. Le père de Mme d'Albis de Belbèze partage vraisemblablement la confiance de sa fille pour M. Sol lorsqu'il lui conseille : « *Les rhumes négligés peuvent devenir sérieux ainsi je t'exhorte à faire les remèdes que te prescrira le brave Sol*[131] ». Ce médecin possède un fort sens de l'humour, qui ne doit pas déplaire aux malades. Alors que Mme d'Albis de Belbèze trouve sa grossesse interminable, « *il rit comme un fou en prétandant que l'enfant que je porte nétra avec des dans*[132] » écrit-elle.

---

[125] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S446, (71), lettre du 15 septembre 1769 à Mathias Dubourg.
[126] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S446, (87), lettre du 15 janvier 1770 à Mathias Dubourg.
[127] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 5 octobre à Mme Dubourg.
[128] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 13 mars 1773 à Mme Dubourg.
[129] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 24 mars 1770 À Mme Dubourg.
[130] Voir les consultations épistolaires qui leur sont envoyées, quelques phrases sont bien souvent destinées à marquer la confiance dans les « lumières » de ces thérapeutes.
[131] ADHG, série E, fonds d'Albis de Belbèze, 1E6, (5), sd.
[132] ADHG, série E, fonds d'Albis de Belbèze, 1E5, (140), lettre du 29 octobre 1783 à son mari.

Avec les Bertier de Pinsaguel, il a tissé de véritables liens d'amitié. Mme Bertier reconnaît le « *plus grand intérêt* » qu'il a « *pour la bien soigner*[133] ». Il fait preuve de beaucoup d'attentions pour la guérir : « *Il me porte des citrons pour faire de la limonade, je le crois aussi enbarassé que moy dans cette espèce de maladie dans laquelle il faut beaucoup de soumission aux ordres de la providence et en attendre l'événement*[134] ».

M. de Bertier entretient avec le docteur Sol des relations extramédicales. Dans diverses lettres, ils parlent d'affaires personnelles ce qui n'empêche pas le médecin de s'enquérir de la santé de sa patiente : « *Ayés la bonté je vous prie de me faire savoir si Mme de Bertier a été purgée et comme va son estomac*[135] ». Dans la même lettre, il place en post-scriptum, « *Chaque paquet de kinkina contient une dragme, il faut en donner environ le tiers dans un peu d'eau de quatre en quatre heures hors de l'accès, c'est pour les enfants du maître valet*.[136] » Il a donc en charge la santé de toute la maisonnée et s'en acquitte avec zèle.

Le médecin ordinaire est généralement apprécié de la famille et consulté pour les petites affections comme pour les pathologies plus graves. Il connaît ses malades et sait les réconforter. Cependant, les souffrantes n'hésitent pas à recourir à d'autres praticiens s'ils semblent plus à même de les soigner. Elles peuvent agir seules ou sur les conseils de leur médecin ordinaire qui prend en charge la rédaction des consultations épistolaires ou les dirige vers des spécialistes. Ils maintiennent alors la relation thérapeutique en commentant les ordonnances de leurs collègues et en surveillant leur mise en place.

Aux côtés de ces témoignages de confiance, les jugements négatifs sont également présents. Les critiques contre les médecins peuvent être extrêmement virulentes, témoignant de l'indignation de l'entourage face à l'inefficacité des soigneurs ou à leur dangerosité. Mme d'Albis de Belbèze écrit à son mari, au sujet de la mort de sa tante : « *C'est pour te faire part, mon cher d'Albis, de la mort de la pauvre Madame de Garipuy. Elle a été bien maltraitée par le sieur Dastarac qui l'a laissée huit jours sans remèdes, attribuant sa maladie à une colique des vents et c'étoit une inflammation d'entrailles. On fit une consulte hyer matin, mais il n'étoit plus temps, cette pauvre femme étoit déjà toute gangrenée et elle fut morte à sept heures un quart du soir*.[137] » Le constat est ici sans appel. C'est l'erreur de diagnostic du docteur Dastarac qui est à l'origine du décès de cette femme, laissée sans soins.

La mort des malades est souvent attribuée à une erreur de diagnostic, ce qui permet de mieux comprendre la pratique des consultations multiples qui ont pour but de croiser et de confronter les diagnostics. Faute de techniques d'analyse perfectionnées, même les plus illustres médecins peuvent se tromper : « *Mme de la Ferrière est morte avant hier de la façon dont M. Tronchin l'a traité depuis quatre mois pour un mal qu'il disoit qu'elle avoit dans le colon, on l'a ouver, on a trouvé le colon fort sain au lieu de cela on a trouvé qu'elle avoit une supuration au foye dont le grand Tronchin ne s'est jamais douté*.[138] »

La négligence de certains médecins ou le recours à des thérapeutiques violentes sont aussi sujets à critiques. Mme de Livry apprend à son amie : « *la mort de Mme de la Marquise de Baune que son médecin a tué en luy donnant de l'opium pendant qu'elle avoit la petite vérole et qu'elle étoit après à faire une fausse couche*[139] ». De la même manière, elle remet en cause la nécessité de la saignée de M. de Mailly, tout juste défunt : « *Il y avoit plusieurs jours qu'il se plaignoit de douleurs par tout le corps, les médecins les avoient qualifiées de rhumatisme*

[133] ADHG, série J, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J3, (46), lettre à son mari.
[134] ADHG, série J, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J6, (93), lettre à son mari.
[135] ADHG, série J, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J6, (9), lettre du 26 juin 1761 de Mr Sol à Mr de Bertier.
[136] ADHG, série J, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J6, (9), lettre du 26 juin 1761 de Mr Sol à Mr de Bertier.
[137] ADHG, série E, fonds d'Albis de Belbèze, 1E6, (141), 17 janvier 1784.
[138] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 27 mars 1773.
[139] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S456, lettre du 1er février 1766.

gouteux, ils ont jugé à propos de le faire saigner, une demi-heure après la saignée le transport lui a pris qui a duré environ huit heures.[140] »
Au XVIII[e] siècle, il n'y a pas réellement de recours pour les malades en cas d'erreur médicale, hormis pour les actes délictueux des chirurgiens. On retrouve des procès intentés pour avoir, par négligence, laissé mettre la gangrène à une jambe, pour avoir estropié le malade en saignant le bras, blessé en soignant un abcès à la lèvre, pour avoir utilisé des instruments mal à propos...[141].
Ainsi, bon nombre de femmes désabusées par l'inefficacité des médecins répugnent réellement à consulter des soigneurs, à l'image d'Adélaide Augé de Luzarche écrivant à son amant : « *J'ai grande envie de ne pas faire venir le médessin, cette maudites rasse la, de rien fait quelque chose et je ne veux pas me randre malade*.[142] »

Le jugement porté par les femmes lettrées sur leurs soigneurs doit donc être nuancé en fonction de la personnalité de chacune, de la gravité de la maladie, de leurs propres connaissances médicales et des guérisons ou des morts récentes… Mais ce sont bien le doute et l'incrédulité qui prédominent : rester dans l'expectative permet aussi de ne pas nourrir de trop grands espoirs, si facilement déçus par la pauvreté des moyens thérapeutiques. Si elles consultent majoritairement des médecins, les femmes aisées ne leur vouent pas, de fait, une confiance préétablie. Elles savent aussi bien se complaire dans leurs mots rassurants que les juger sévèrement en cas d'incompétence ou d'échec.

Conclusion

Au regard des écrits du for privé féminins, la relation thérapeutique s'articule autour de trois axes qui s'influencent mutuellement : savoirs, pouvoirs et genres.
La lutte des médecins et des chirurgiens - en somme des soigneurs officiels - pour une reconnaissance et une large diffusion de leurs savoirs sur le corps n'a pour finalité qu'une affirmation des pouvoirs qu'ils entendent posséder[143]. Ces pouvoirs sont ceux d'une autorité scientifique à même d'agir sur le corps individuel et sur le corps social mais aussi ceux d'une autorité morale, justifiant souvent les principes religieux par un discours raisonné. Dans cette entreprise, ce sont les savoirs féminins qui sont les cibles principales, dans une volonté de démarcation symbolique de pratiques empiriques, intuitives et ascientifiques que nombre d'hommes et même de praticiens soutiennent pourtant. Mais c'est aussi par le biais des femmes, éclairées par la vulgarisation, que la médicalisation entend gagner le coeur du foyer à la fin du XVIII[e] siècle.
Si elles le souhaitent, les femmes lettrées peuvent donc aisément devenir des auxiliaires - comme des bénéficiaires - de la médicalisation, et obtenir ainsi une aura et une autorité médicales particulières. Il s'agit de suivre les prescriptions des thérapeutes et d'estimer que les connaissances médicales délivrées dans les ouvrages de vulgarisation sont suffisantes et adéquates. C'est accepter la délégation de l'autorité sur son corps ou celui de ses familiers en donnant aux médecins et aux chirurgiens le statut de l'expertise médicale. Les femmes se bornent alors à une connaissance limitée par la simplification des théories médicales, doublée de leur spécialisation. Elles se doivent donc d'admettre qu'elles en savent moins que leurs praticiens, ce qui pèse inévitablement dans la relation thérapeutique.

[140] AMT, série S, fonds Dubourg, 5S457, lettre du 28 janvier 1787 à Mme Dubourg.
[141] CARTIER Bernard, « Plaintes des patients à l'encontre des soignants : un phénomène moderne ? », *Histoire des Sciences Médicales*, n°39(4), 2005, p. 359-371.
[142] AN, T161/22, fonds Des Franches, lettre d'Adélaide Augé de Luzarche à son amant M. des Franches, sd,
[143] PETER Jean-Pierre (dir.), *La médicalisation en France… op.cit.*

On a toutefois pu remarquer que ce schéma est fort discutable lorsque l'on s'intéresse à la relation médecin-malade en elle-même. Apparaît tout d'abord l'enchevêtrement des discours interprétatifs sur la maladie : les voix des malades, de leur entourage et de leurs thérapeutes s'entremêlent et construisent, en s'opposant, l'unicité de la pathologie. La relation thérapeutique n'est pas un tête-à-tête, mais une négociation plurielle forte de tensions et de démonstrations de force. Les femmes, comme les hommes des Lumières, ont l'occasion de tisser une relation intime avec leurs soigneurs qui pénètrent leur environnement matériel et humain. Cette proximité ne nuit pas pour autant à la discussion des diagnostics et des prescriptions médicales que constituent les ordonnances. Le savoir des praticiens peut être largement remis en cause par des femmes qui n'hésitent pas à tenir tête, fortes de leurs propres connaissances médicales, des conseils des familiers ou des avis d'autres soigneurs. Ceci explique que l'expression et la perception de la maladie résultent avant tout de la rencontre de plusieurs discours sur le corps, qui s'influencent et se confrontent, pour formaliser la maladie et la combattre.

Si dans ces dernières considérations, le sexe des malades influence peu la relation thérapeutique, la nécessité de l'auscultation, elle, induit des différences notoires. Sans participer de l'idée qu'il n'existe pas de pudeur physique masculine - sujet qu'il faudrait à mon sens reconsidérer - il apparaît clair que la pudeur féminine, structurée par les représentations de la féminité et les impératifs de loyauté et de fidélité qui y sont attachés, est plus présente dans la relation médecin - malade de sexe féminin. Il ne faut toutefois pas considérer que l'ensemble des femmes tremble à l'idée de se dénuder ou de subir un examen gynécologique. On imagine aisément la palette variée des perceptions de cet acte médical, allant du refus pur et dur à l'acceptation résolue. Il existe dans tous les cas plusieurs types de pudeur, elle s'adresse soit à l'oreille, soit au regard, soit au toucher des soigneurs et c'est bien la « sensualité » de cet acte qui gêne une certaine distanciation et amène le trouble. Malgré leurs critiques, les thérapeutes ne sont toutefois pas en mesure d'imposer un examen approfondi sans la volonté de leur malade, leur pouvoir s'arrête aux marges de la pudicité féminine.

C'est lorsque l'on étudie les interactions propres à la relation thérapeutique que l'on voit le plus clairement émerger l'interdépendance des questions de savoirs, de pouvoirs et de genres. La lutte intestine des soigneurs officiels contre les illégaux apparaît comme une toile de fond du marché médical. Il convient de promouvoir ses diplômes et ses distinctions dans les publicités et les annonces, ils sont les garants de savoirs validés et fiables. Les thérapeutes n'en restent pas moins tributaires des effets de modes, des discussions de salons, des nouvelles colportées dans les correspondances, c'est-à-dire tributaires de leur réputation. Elle seule permet d'obtenir une véritable assise professionnelle ; sans réputation, un médecin n'est tout simplement pas sollicité par les malades aisées. Ces dernières peuvent ainsi faire et défaire des carrières, en fonction des capacités thérapeutiques avérées des soigneurs ou de leur adéquation avec ce qu'elles estiment être un bon praticien ; elles disposent clairement de cette influence. Le statut social élevé de ces femmes les prémunit également d'une domination unilatérale des thérapeutes. Elles ont un rang à tenir, et si les médecins et les chirurgiens se hasardent à quelque mouvement d'humeur autoritaire, ils savent qu'il vaut mieux ménager que froisser ces dames.

Au fil de cette étude, les tensions et les complicités qui caractérisent les relations des thérapeutes avec les souffrantes ont été mises en valeur. Elles témoignent de l'existence de faisceaux de pouvoirs qui s'expriment différement en fonction des moments et des modalités de l'acte thérapeutique. Ces pouvoirs, structurés à la fois par une dissymétrie sociale et une opposition des sexes, s'appuyent sur des savoirs et des pratiques eux-mêmes conditionnés par les genres féminin et masculin.