Le *Système des professions*, entre sociologie et histoire : retour sur une recherche

Christelle Rabier

L'histoire des chirurgiens des Lumières que j'ai entreprise a commencé avec une question simple : comment ces praticiens élaboraient et transmettaient-ils la chirurgie ? Cette question ouvrait sur une première interrogation : que recouvre la chirurgie au 18e siècle ? Pour l'*Encyclopédie*, la « Chirurgie [est] la science qui apprend à connaître & à guérir les maladies extérieures du corps humain, & qui traite de toutes celles qui ont besoin pour leur guérison, de l'opération de la main, ou de l'application des topiques (…). Voyez *Chirurgien* » (*Encyclopédie*, vol. 3, 350). Un siècle après, Pierre Larousse effectue la même opération : identifier la discipline et l'homme. Dans son *Grand dictionnaire universel*, il reprend à son compte la tripartition hippocratique de la thérapie médicale, en « diététique, pharmacique et chirurgique » ; mais, en fin de compte, c'est la pratique du chirurgien que la chirurgie désigne. D'ailleurs, précise-t-il, « la distinction entre la chirurgie et la médecine, telle qu'elle est établie par les traités classiques et l'enseignement officiel, n'est nullement philosophique et naturelle, toute de convention et d'usage » (Larousse, vol. 3, 147). Si la chirurgie, loin d'être un corpus figé de connaissances, désigne la pratique des chirurgiens, il me fallait comprendre ce qu'étaient les chirurgiens des Lumières. L'enquête sur la matérialité des savoirs des chirurgiens a mis au jour tout un monde bigarré de maîtres, d'élèves, de chirurgiens « herniaires », dont l'hétérogénéité diluait encore mon objet. Quel était, donc, le rapport entre les chirurgiens et la chirurgie ? Cette dernière interrogation était loin d'avoir une réponse évidente, tant sur le plan de la démarche que de l'exposition des résultats.

C'est ici que la sociologie des professions et tout particulièrement le *System of Professions* (*SoP*) d'Andrew Abbott a permis de dépasser la perplexité qui m'avait saisie (Abbott, 1988). Ce texte majeur pouvait séduire l'historien.ne par le souci de prendre en compte des recherches historiques dans sa démarche sociologique. Il offrait aussi des outils pour saisir l'unité d'un métier, sa différentiation interne, les frontières mobiles qu'il construisait avec d'autres métiers dans une perspective écologique. Par ses perspectives théoriques, il donnait l'espoir de dépasser les apories que j'avais rencontrées chez les historiens de la médecine. La lecture de ce texte généreux, en retour, incite les historiens à prendre part aux débats de la discipline sociologique et, plus encore, à rouvrir la question de la durée du changement social : c'est de ce dialogue que je voudrais rendre compte.

1. Mettre en cause la « professionnalisation » des chirurgiens des Lumières

L'histoire des chirurgiens des Lumières tient en un mot : « professionnalisation ». Ce groupe professionnel aurait connu une ascension fulgurante au 18e siècle d'un métier manuel à un statut libéral, mettant à mal la supériorité des médecins qui les tenaient en position subordonnée. Or cette thèse historique fut d'abord celle des chirurgiens eux-mêmes, qui relatent dès le 18e siècle l'histoire de leur lutte contre l'ignorance des barbiers et le mépris de la Faculté de médecine.

La longue tradition de la sociologie des professions offrait des outils pour réfléchir à la structuration du travail médical dans la France des Lumières, plus complexe que la trilogie médecin-chirurgien-apothicaire régulièrement mobilisée. À la fin du 18e siècle, le concept de « profession » ou profession libérale dépend de conditions sociopolitiques données et de leurs fluctuations : c'est ce que suggérait Jan Goldstein dans son histoire des premiers pas de

la psychiatrie française au tournant 1800 (1989, 36). Son ouvrage *Console and classify*, par son analyse à la fois ample et concise d'un siècle disciplinaire, fut ma première découverte de la sociologie des professions avant celle de SoP ; sa connaissance croisée des traditions française et américaine permettait, d'ailleurs, leur mobilisation critique. Selon elle, Émile Durkheim, dans *De la division du travail social,* avait attiré l'attention sur la structure corporative comme moyen de restituer une morale professionnelle qu'il appelait de ses vœux, structure que seules les professions de son temps – les métiers de médecin, de prêtre ou de juriste – partageaient encore. À sa suite, ses élèves, puis les sociologues américains ont cherché à comprendre la spécificité des professions libérales et leur émergence tout au long du 20e siècle. Or c'est justement au 18e siècle que plusieurs métiers, à l'instar des chirurgiens et des peintres, revendiquent et obtiennent le statut d'« art libéral » et quittent l'organisation corporative : le vocable même de « corps » disparaît au profit de Collège ou d'Académie, avant que, au plus haut sommet de l'État monarchique, puis révolutionnaire, elles deviennent la cible des attaques législatives (Kaplan, 2001 ; Guichard, 2002). En pratique, se réunir en collège plutôt qu'en corps, permettait aux chirurgiens parisiens ou londoniens de bénéficier de dispenses de charges ou de taxes : ils échappaient ainsi à des servitudes coûteuses, comme le service des jurys à Londres, ou la collecte des impôts locaux, comme le nettoiement des boues). Les raisons de l'adoption d'une organisation corporative pour une partie des métiers médicaux – ou son abandon vers 1740 dans le cas des chirurgiens parisiens et londoniens – et le rôle précis de ces instances professionnelles dans une activité économique qui les débordait restaient encore à établir.

Or, dans cette histoire, le concept de professionnalisation constituait davantage à un obstacle qu'un outil. Au cours des années 1970, il s'était en effet progressivement imposé à la fois pour désigner le phénomène d'une hiérarchie des métiers et sa modernité. L'étude magistrale de Toby Gelfand, *Professionalizing Medicine,* en héritait directement, faisant du cas des chirurgiens parisiens du 18e siècle le symbole de l'ascension d'un groupe professionnel (Gelfand, 1980). Le concept de professionnalisation, outre sa dimension téléologique, se fonde sur une conception abstraite du changement social, qui laisse peu de place à la contingence, à la discontinuité ou à la régression. L'analyse de Gelfand, en dialogue avec les textes de Magali Sarfati Larson, prenait trop au sérieux la dispute verbeuse entre la Faculté de médecine et la corporation chirurgicale, dont la mémoire fut consignée par les chirurgiens eux-mêmes : en collectionnant et conservant les pamphlets qui l'ont alimentée pour la postérité, ils marquaient leurs distances, tant avec les barbiers qu'avec les médecins.

La mue marque l'origine de la « profession » médicale faite de l'union des médecins et des chirurgiens, achevée pendant la Révolution, avec la fonte de l'éducation des médecins et des chirurgiens au sein des mêmes Écoles de santé. S'il restituait le rôle de la monarchie de Louis XV dans la promotion et la stabilisation des groupes professionnels, s'il notait la transformation des modalités d'éducation professionnelle, de l'apprentissage à l'éducation hospitalière, s'il relevait enfin la transformation conceptuelle impliquée par la localisation des pathologies, Gelfand ne cherchait pas à comprendre pourquoi le groupe ne disparaissait pas à la Révolution – puisque les chirurgiens continuent d'être nommés comme tels, bien que leur représentation savante (Académie royale de chirurgie) ou professionnelle (Collège de chirurgie) cessent d'exister. En dépit d'une recherche fouillée et de conclusions mesurées, l'ouvrage de l'histoire américain péchait par son titre : les chirurgiens parisiens auraient œuvré à moderniser la médecine – et à professionnaliser la chirurgie. Il n'analysait pas davantage la métamorphose du barbier indigne en chirurgien honorable. En bref, si les chirurgiens avaient connu une profonde transformation au 18e siècle, il restait encore à l'expliquer.

2. De la professionnalisation à la fabrication des identités professionnelles

Ma réflexion fut alors grandement tributaire du *SoP* d'Abbott, qui m'a libérée de la narration téléologique qui grève l'histoire de la chirurgie depuis plus de trois siècles. Plus que tout autre, Abbott reconnaissait que les professions disposent d'un savoir « expert », dont elles négocient et défendent la maîtrise auprès d'autres groupes professionnels. Le sociologue fait valoir que cette mainmise passe évidemment par la définition d'un champ de compétence, qui évolue avec les innovations et la demande sociale à laquelle les groupes professionnels répondent, voire qu'ils suscitent. Mais le sociologue ne s'arrête pas là : il soutient que cette maîtrise d'un savoir expert repose également sur la reconnaissance de cette compétence, reconnaissance acquise tant sur les scènes politique et judiciaire, que dans d'autres « arènes », en particulier auprès de l'opinion publique.

Repérant la difficulté qu'il y a à utiliser le concept de professionnalisation pour décrire l'histoire des professions, le sociologue a proposé d'étudier l'ensemble des professions afin de saisir les différentiations inter- et intra-professionnelles. Selon lui, les professions définissent et défendent leur « juridiction », au sens métaphorique du terme de compétence technique réservée, dans différentes « arènes », dans l'espace public et sur le lieu de travail, en droit et dans les tribunaux ; les professions ne cessent d'évoluer dans le temps : un métier n'a qu'une mainmise limitée sur les compétences qu'il juge lui être propres et sur les domaines qui lui sont reconnus. Le sociologue américain invitait ainsi à analyser sur quels fondements s'exercent les pouvoirs professionnels, et à décrire comment les groupes professionnels cherchent à les étendre ou à les stabiliser dans un espace social compétitif.

Son *SoP* n'était pas sans lien avec d'autres approches, faisant notamment écho aux débats qui occupaient les historiens des sciences, sur la manière dont se construit ou se défait la légitimité et la valeur d'un argument scientifique, via les études de controverse (Shapin & Schaffer, 1986). Il représentait, qui plus est, le pendant professionnel d'une tradition sociologique et historique de l'étude de la fabrique des identités sociales, proposée à l'École des hautes études en sciences sociales (Boltanski, 1982 ; Cerutti, 1990 ; Lepetit, 1996). Par le prisme du métier, mon étude sur les chirurgiens pouvait ainsi faire la jonction entre histoire des luttes sociales et celle des controverses, entre l'histoire et la sociologie, en explorant trois champs connexes, dont je reprends la formulation élégante à Luc Boltanski (1982) : taxinomie, représentations, institutions.

Les mots construisent et mettent en ordre la société, autant qu'ils la reflètent. Les chirurgiens français et britanniques trouvent leur identité par la nomination, objet d'histoire (Koselleck, 1990). Les études historiques avaient pourtant longtemps ignoré la dimension langagière des luttes sociales ; William Sewell fut sans doute le premier à s'être intéressé au « langage du travail » (*language of labor*) des gens de métier sur eux-mêmes : il cherchait à « comprendre comment les gens interprétaient jadis leur existence [et à] révéler les formes symboliques à travers lesquelles ils vivaient leur monde » (Sewell, 1983, 28) ; il invitait à restituer le déchiffrement du monde par des hommes et des femmes d'une époque ou encore les formes de leur expérience (Lepetit, 1996). Au 18^{e} siècle, le terme de « chirurgien » cohabite avec « barbier chirurgien », « maître en chirurgie », « professeur en l'art et science de chirurgie », « *surgeon-apothecary* » ou les plus singuliers « chirurgien privilégié » ou « chirurgien herniaire » : la variété chatoyante des désignations, comme leur manipulation, conduisant à s'interroger sur les clivages et les enjeux de pouvoir qui travaillaient le groupe professionnel dans la documentation, au-delà des frontières étatiques.

En deuxième lieu, « le groupe, pour exister pour lui-même et pour les autres, doit donner, par l'intermédiaire de ses membres et, plus précisément, de ses porte-parole, des représentations de lui-même, des accentuations dramaturgiques, comme dirait Goffman, de ses traits pertinents, sorte de stylisation qui contribue à la formation de la croyance collective sans laquelle le groupe n'a pas droit à la reconnaissance sociale » (Boltanski, 1980, 57). Comment le groupe des chirurgiens s'est défini parmi d'autres et quel fut l'ensemble des gestes qu'il a mis en scène ou que les autres groupes sociaux lui ont attribués ? Ce travail collectif a eu lieu sur différentes scènes ou « arènes de juridiction ». Il a en particulier été magistralement orchestré dans les prestigieux locaux de l'Académie royale de chirurgie ; et plus subrepticement dans les rues, les cours de justices ou à dans les chambres des hommes de lettres.

Le troisième sens de représentation est politique. Il fallait en effet rendre compte des processus par lesquels les chirurgiens sont parvenus à « se faire représenter sur la scène politique où se rejouent, dans un registre particulier comportant ses règles propres, les luttes quotidiennes entre groupes et entre classes, en se donnant des instances officielles, habilitées à parler et à agir en [leur] nom, et en déléguant à des personnes physiques l'autorité nécessaire pour incarner la personne collective » (Boltanski, 1980, 58). De cette façon, j'ai souhaité rendre compte tant des pratiques politiques du groupe social que des normes que ces pratiques induisent dans l'ordre du droit (Cerutti, 1996). C'est ici que mon étude d'un groupe professionnel d'Ancien régime a rejoint une plus grande histoire politique et militaire des États modernes.

3. Les « arènes de juridiction » chirurgicales

À l'écart des archives institutionnelles, « les textes littéraires mettent en représentation les principes contradictoires de construction du monde social, les classements en acte par lesquels les individus, dans une situation donnée, classent les autres, partant, se classent eux-mêmes » (Chartier, 1996, 160). La caractérisation par le métier « repose sur l'identité entre l'homme et la fonction, que les caractéristiques suggérées relèvent de tendances satiriques ou de typologies conventionnelles » (Bulckaen, 1992, 194 et 196). Une rapide exploration des corpus numérisés en ligne confirme que la création poétique et tragique ignore les praticiens de la chirurgie, qui appartiennent plutôt aux genres du voyage et de l'aventure, sans être absents des mémoires. Alors que les apothicaires et la médecine chimique avaient peuplé le théâtre de Shakespeare (Hoeniger, 1992), et les médecins celui de Molière (Brockliss & Jones, 1997, 336), le métier de chirurgien a davantage inspiré les romanciers des Lumières qui y ont vu avant tout un ressort de la narration, qui accentuait par sa présence le caractère dramatique des épisodes, avant de créer un personnage moral richement caractérisé

De Tobias Smollett au marquis de Sade, en passant par Laurence Sterne, Denis Diderot, Samuel Richardson ou Louis-Sébastien Mercier, le chirurgien acquiert une stature littéraire, déterminée par l'acquisition d'un savoir-faire et l'exercice habile d'un métier, qui président tous deux à la possibilité même de son action et à sa valeur. L'habileté et l'expérience, traits de caractère propres à nombre de personnages de chirurgiens, conduit ainsi les auteurs de *Roderick Random* ou de *Jacques le fataliste* à ouvrir un débat, crucial au 18e siècle, à propos de l'autorité que confère le savoir-faire. Dans l'établissement de leur réputation de praticiens « habiles », il faut aux chirurgiens un temps long d'apprentissage, qui conteste la préséance conférée par le rang ou la naissance. Du journaliste Louis-Sébastien Mercier au biographe napoléonien Las Cases, les hommes de lettres ont fabriqué un

personnage valeureux, à la décision rapide et sûre, résultant de son expérience sur les champs de guerre, dont la trempe morale devient un « puissant fondement de légitimation sociale » (*SoP*, 190-1) au siècle suivant – voire au-delà (Bosk, 2003 [1980]). *A contrario*, Rodin, le chirurgien des *Malheurs de la vertu*, sans conteste un des personnages secondaires les plus élaborés chez le marquis de Sade, représente la figure sadienne par excellence, se pliant à ses désirs érotiques et intellectuels, et n'exerçant son métier que « par goût ». L'historien ne peut nécessairement tirer un enseignement des formes littéraires propres à une époque, à plus forte raison une cause à leur apparition. Il y a dans ces êtres de papier, toutefois, quelque chose qui fait sens. On pourrait arguer que le roman inventé au 18e siècle a constitué pour les hommes de lettres et les chirurgiens, une tribune importante de leurs prétentions professionnelles, à défaut d'avoir constitué « arène de juridiction » au sens d'Abbott, dans la mesure où ce ne sont pas les chirurgiens eux-mêmes qui ont pris la plume. Pourtant, certains thèmes furent bien inaugurés par des anciens praticiens de la chirurgie (Smollett) ou des auteurs qui participèrent de près à leurs expériences et leurs entreprises éditoriales (Diderot, Sade). Quoi qu'il en soit, l'exigence de réalisme et d'enseignement moral des romanciers y a rencontré la volonté des chirurgiens de consolider leur pouvoir professionnel. L'histoire des Lumières comme phénomène politique, écartelée entre l'émergence de l'État-nation et de celle de l'espace public, rencontre là la sociologie des professions, qui a fait de l'opinion publique un facteur de la définition des professions (*SoP*, 60 *sq*).

Les cours de justice furent, sans conteste, de véritables « arènes de juridiction ». À l'occasion d'une enquête collective sur les procédures d'expertise en France et en Angleterre de 1600 à nos jours, j'ai mis au jour le rôle majeur que jouaient les chirurgiens auprès de la justice criminelle des capitales de ces deux pays, en dépit de régimes juridiques d'intervention hétérogènes (Rabier, 2007). De part et d'autre de la Manche, l'intervention des chirurgiens en justice relève du témoignage sous serment. A Paris, l'intervention des barbiers et des chirurgiens lors d'accidents ou de blessures pourrait expliquer leur autorité auprès des juges, rôle renforcé au 18e siècle par l'obligation de porter secours aux victimes des maîtres en chirurgie et de dénoncer les blessures auprès du commissaire. À Londres, si la rémunération des témoins n'existe pas, en revanche, les *coroners* requièrent l'intervention des chirurgiens aussi tôt que possible, recourant aux praticiens locaux, à leurs élèves, voire au personnel des hôpitaux, si le blessé y est conduit. C'est là le groupe professionnel dans son ensemble qui se trouve requis, puisque les procédures ne discriminent pas nettement les jeunes hommes qu'on pourrait qualifier d'apprentis des maîtres ou encore des académiciens. Comme le montre l'affaire Calas, la profession a su saisir cette opportunité. Présenté et applaudi en séance publique à l'Académie royale de chirurgie en 1763, la dissertation d'Antoine Louis *Sur la certitude des signes de la mort*, publiée aussitôt, analyse les causes du décès par suffocation et laisse entendre que les premiers rapports des chirurgiens intervenus auprès du cadavre du pendu Calas avaient correctement décrit les signes d'un décès par suffocation. Le procès en révision en a repris les conclusions en s'appuyant sur les rapports des chirurgiens toulousains, que les juges avaient ignorés en première instance. L'affaire Calas confirme l'importance du rapport chirurgical dans les décisions de justice. L'intervention privilégiée dans les procédures criminelles constitue ainsi l'une des dimensions de l'« autorité impliquant obligation » qui caractériserait les professions européennes (*SoP*, 61). Les chirurgiens, comme groupe, en viennent dès lors à élaborer une langue propre aux rapports, qui combine formalité de l'écriture et calibration des sens. Les rapports ou les témoignages devant rendre compte d'une expérience individuelle (les « faits ») trouvent leur marque de fabrique dans un codage d'une langue des blessures – nature, origine possible – et un style concis, dépouillé de formes argumentatives. Ils mettent pleinement en œuvre l'individualité du praticien,

représentant de sa profession, jusqu'à son corps propre, qui examine le patient. L'écriture prétend ainsi à une objectivité, construite et établie par la subjectivité du praticien, et dont la légitimité trouve son double fondement dans l'injonction de l'autorité et dans l'art du praticien, à la fois expérience et savoir. Ces rapports construisent les relations sociales du métier avec d'autres groupes professionnels, qui leur confèrent autorité – comme les magistrats ou les *coroners* – ou avec les patients, par le discours expert ésotérique reconnu et commissionné par la justice, à l'instar de la qualification charismatique chez Max Weber (Weber, 1976, 1, 431). Les rapports, en mettant en œuvre une éthique, à la fois déontologie et morale sociale, établissent ainsi une économie des relations du professionnel à la société (Rabier, 2013a). Les cours de justice ont bien représenté une « arène » où les chirurgiens ont légitimé leur activité professionnelle, en participant à la chose publique.

La question des « arènes de juridiction », en retour, éclaire les transformations des corporations de chirurgiens à l'époque moderne. Dans Paris et Londres, c'est d'ailleurs le sens premier de « juridiction » qui définit la corporation et son pouvoir : le droit exclusif d'exercer dans un espace déterminé et de défendre ce droit (*Lettres-patentes*, 1768, art. xxix). La police du Collège de chirurgie, représenté par ses prévôts, s'adresse tour à tour aux chirurgiens de cour, aux chirurgiens militaires et herniaires, qu'il intègre, ou aux religieux hospitaliers que la corporation exclut. Après la dissolution des ordres religieux, cette police est confiée à la Worshipful Company of the Barbers and Surgeons dans un rayon de sept miles autour de la City. Ces institutions corporatives ont des rôles multiples – représentation auprès des cours civiles urbaines, sociabilité, piété, éducation, inspection des boutiques. De part et d'autre de la Manche, le contrôle sur l'exercice s'exerce différemment, alors qu'Henri VIII interdit de poursuivre les personnels sans qualification qui soignent les maux bénins ; la Company resserre son activité sur les fonctions de conseil lorsque le pronostic vital se trouve engagé, qui doit être référé à ses membres (Pelling, 2003, chap. 7), et lors de l'introduction de nouveaux produits, comme les remèdes paracelsiens (Harkness, 2007 chap. 3).

Alors que s'affirme la fonction capitale des métropoles, les prétentions professionnelles changent d'échelle, par le truchement des chirurgiens de cour qui acquièrent des responsabilités dans les corporations urbaines. Dans la monarchie française, le Premier chirurgien du roi, officier par charge, acquiert à la fin du 17e siècle d'un pouvoir judiciaire sur l'ensemble des « maîtres chirurgiens, barbiers, perruquiers, baigneurs, étuvistes, bailleurs, renoueurs, oculistes, lithotomistes, experts pour les dents, sages-femmes » du royaume : il tient sa chambre de juridiction dans les locaux du Collège. Bien que ces archives aient disparu, celle du Procureur général permettent d'établir que La Peyronie puis La Martinière ont défini une nouvelle politique nationale éducative adossées à de nouvelles institutions professionnelles parisiennes – cours publics de chirurgie (1724), l'Académie royale de chirurgie, (1732), l'École pratique de chirurgie (1750) (Gelfand, 1980, 63 *sq*). Au vu du nombre d'étudiants qui gagnent la capitale, et de la correspondance nourrie qu'entretiennent les praticiens avec l'Académie royale, c'est le groupe professionnel dans son ensemble qui s'y est identifié, avant de dénoncer le malthusianisme éditorial de l'Académie. De l'autre côté de la Manche, la nouvelle légitimité professionnelle passe par le Parlement, dont les intérêts stratégiques rencontrent ceux des chirurgiens du couple royal. En 1745, la création d'une nouvelle compagnie de chirurgiens distincte des barbiers, la Company of Surgeons of London, s'explique par la redéfinition du rôle des chirurgiens dans l'administration de l'Empire : cette nouvelle Company se voit confier l'évaluation, la qualification et la promotion des personnels chirurgiens de l'armée, la marine et de la East India Company, ce qui constitue l'essentiel de son activité jusqu'à la fin du siècle. De part et d'autre de la Manche, si les deux États participent de la transformation juridictionnelle (*SoP*, 157-67), la

redéfinition est radicalement différente : l'une est axée sur la science chirurgicale, l'autre sur la qualification des personnels de l'administration. Il faut attendre la fin du 18e siècle et l'acquisition fameuse des collections anatomiques de John Hunter par le Parlement au profit du Royal College of Surgeons, pour que les chirurgiens londoniens fassent le lien entre représentation professionnelle et savoirs, tandis que les premières sociétés médicales rassemblées autour d'un projet éditorial voient le jour. Les transformations des corporations urbaines, par le truchement des praticiens de cour, ont ainsi partie liée avec l'histoire des États. Leur étude, qui plus est, permet d'appréhender d'une part comment l'échelon national est devenu pertinent pour la définition du groupe professionnel et comment, a contrario, les professionnels ont participé à la construction des États modernes, dans leurs fins rouages. La rencontre des historiens du politique et des sociologues des professions est une autre piste féconde que l'on peut emprunter à partir de *SoP*.

4. Des professions aux métiers : une relecture des populations professionnelles et de leur qualification

Un autre dialogue que la lecture de *SoP* rend possible touche à la démographie historique, comme approche intéressante pour comprendre comment un groupe professionnel se constitue ou se reproduit. La démographie historique, aujourd'hui quelque peu tombée en désuétude, avait longtemps constitué le fondement d'une réflexion historienne sur les sociétés modernes, leur changement et leur permanence (voir par ex. Bonneuil, 1997). Abbott identifie à juste titre l'importance des « modèles de carrière » et de leur variété pour expliquer les transformations professionnelles (*SoP*, 129-34), en cas de transformation de la demande de services. L'entrée dans le métier constitue bien une « frontière » problématique, explorée récemment par les historiennes du travail de l'Ancien régime français sous l'angle du travail illégal (Crowston, 2001 ; Gayne, 2004). Faisons l'hypothèse suivante : il serait ainsi possible d'étudier les groupes professionnels comme des populations, en adaptant les concepts démographiques (naissance, mort, fécondité) aux dynamiques démographiques spécifiques des professions (entrée dans le métier, sortie). Dans cette perspective, les périodes de crise démographique (guerres ou épidémies) représentent un site d'observation pertinent. C'est le cas à la Révolution, entre 1795 et 1803 (an XI), où la forte mortalité des praticiens se double de la disparition temporaire des institutions de certification professionnelle, avant la création des Écoles de santé qui diplôment docteurs en chirurgie et officiers de santé. Entre Ancien et nouveau régime de qualification, on découvre un petit groupe d'hommes dont le régime impérial certifie la qualité professionnelle grâce à la production de trois certificats de notables locaux, attestant d'un exercice de trois ans dans l'arrondissement. L'apparition de cette nouvelle catégorie statutaire, trouverait sa raison, non dans l'accroissement de la demande, mais dans la réduction brutale de l'offre, c'est-à-dire dans le manque d'hommes, massivement morts sur les champs de bataille, alors que les institutions en capacité de diplômer ont disparu. Dans une circulaire du 13 fructidor an XI, le ministre de l'Intérieur indique qu'il faut avoir des égards pour ceux qui se sont trouvés « sans instruction » par « l'effet de la révolution » (cité par Léonard, 1978, vol. 1, 273). En analysant les dynamiques démographiques du groupe, avant et après la période sans collation de grades, grâce à une approximation par l'âge d'établissement, on découvre que la cohorte révolutionnaire suit un modèle de démographie de population stable, à l'instar de l'ensemble du groupe, comme si les chirurgiens s'étaient reproduit selon une logique de biologie humaine, en dépit de circonstances adverses. Dans ce cas très particulier, l'administration

départementale supplante provisoirement les instances traditionnelles de qualification professionnelle, en validant une reconnaissance émanant des élites locales et partant de la population. Il y aurait là moins « rigidité démographique » (*SoP*, 129) que « fermeté démographique », sous l'effet conjoint d'une demande de soins et d'une volonté politique – émanant davantage des usagers locaux des services prodigués que de l'État napoléonien (pour un équivalent à Turin, Cavallo, 2007, 225 *sq*).

Cette hypothèse contribue à réévaluer la qualification médicale à l'époque moderne, trop souvent définie par l'accession à la maîtrise corporative ou l'obtention d'un diplôme. Pour le modèle économique qui transparaissait dans les textes réglementaires négociés entre institutions urbaines et corporations, les apprentis ou les « jeunes chirurgiens » représentaient une main-d'œuvre gratuite, sinon payante, ou peu rémunérée, dimension cruciale de la viabilité des boutiques de maîtres. L'émergence du marché de la perruque au 17e siècle, et la demande salariale des armées et les hôpitaux, ont happé à partir de la fin du 17e siècle cette main-d'œuvre assujettie, transformant considérablement les conditions d'entrée dans le métier et l'assise économique des travailleurs indépendants. Les « jeunes chirurgiens », variable d'ajustement du groupe, en raison de leur statut transitoire, leur indétermination et un relatif manque d'autonomie économique, aurait pu désigner un sous-groupe différencié à l'intérieur de la profession (*SoP*, 125) s'ils n'avaient pas aussi été des acteurs majeurs de la transformation professionnelle. Entre les 17e et 18e siècles, on observe l'abandon progressif de l'apprentissage contractuel comme mode privilégié de formation chirurgicale, au profit d'autres formes qui échappent en partie aux corporations, comme les cours privés d'anatomie (Gelfand, 1972 ; Lawrence, 1995, 86) et surtout l'acquisition d'une expérience hospitalière et militaire (Rabier, 2010). À Paris, le Collège forme depuis 1724 les étudiants grâce à des cours publics et gratuits financés par la monarchie, et assure également une formation spécialisée grâce à l'École pratique de dissection, fondée en 1750, dont les étudiants subissent une sélection initiale : les étudiants, venus de France et d'Europe contribuent à assurer une offre médicale opulente dans la capitale, tout particulièrement dans les hôpitaux. Les « jeunes chirurgiens » ont pleinement répondu à la demande des exécutifs urbains et étatiques en adhérant à certains dispositifs de qualification contre un travail gratuit – la possibilité d'un avenir contre un emploi temporaire. De façon de plus en plus notable, les jeunes chirurgiens acquièrent une expérience pratique à l'armée ou dans les hôpitaux, expérience qu'ils peuvent valider lorsqu'ils postulent à l'acquisition d'une maîtrise en chirurgie dans une corporation urbaine, voire pour l'Empire britannique, un poste dans les services médicaux en pleine croissance. En raison même de leur subordination économique, c'est l'opportunisme des « jeunes chirurgiens », mais aussi des jeunes médecins qui suivent de près les praticiens de la chirurgie dans ce changement, qui conduit à la transformation de l'éducation et du travail médical.

5. Les savoirs en partage : formalités, techniques, commerce et politique

Au regard de ces transformations professionnelles, la prise en compte du savoir académique comme critère de légitimation et de définition professionnelle appelait à de nouvelles analyses. Dans *SoP*, Abbott restreint son analyse du savoir académique, avançant qu'il s'est essayé à une « théorie du savoir professionnel en usage, puisque son application en est le principal objet » (*SoP*, 53), tout en reconnaissant que les techniques et leur changement représentent un facteur de changement juridictionnel (*SoP*, 144-5). La lecture des travaux de l'École d'Édimbourg, et la familiarité avec l'œuvre de Simon Schaffer, rend toutefois suspecte l'idée d'une hiérarchie *a priori* des savoirs, implicite chez Abbott ; ou encore la

supériorité d'un savoir formel qui ignorerait les puissants fondements matériels de leurs élaborations. Sur ce point, *SoP* reste pourtant stimulant : Abbott met en évidence l'inutilité apparente de certains apprentissages académiques pour la pratique professionnelle (*SoP*, 67-8), comme l'anatomie, aux fonctions de légitimation et de discrimination (*SoP*, 52 *sq.*). Qui plus est, le savoir participe de la distinction sociale : « il ne s'agit pas de nier, ce qui serait absurde, la relation entre les divisions techniques et les divisions sociales. Mais seulement de rappeler, d'une part, que la technique ne jouit pas d'un statut d'extériorité par rapport au social et, d'autre part, qu'entre les contraintes techniques et les assemblages sociaux il y a place pour un jeu [...] des stratégies de classement et de déclassement qui restent occultées tant qu'on se donne une définition naturaliste des groupes » (Boltanski, 1980, 50). En l'occurrence, les chirurgiens n'étaient pas les seuls à avoir la chirurgie en partage : c'était également le cas des médecins, qui la professent ; des sages-femmes, des opérateurs, des bandagistes, voire des apothicaires. *SoP*, en les intégrant au sein d'une écologie professionnelle, offrait la possibilité d'examiner les modalités de leur participation à la transformation des connaissances.

Pour ce qui touche aux chirurgiens, pour autant, les savoirs strictement définis comme abstraits, comme leur application, posaient un problème historique. Fallait-il considérer seulement les « savoirs académiques » ou *formal knoweldge* (SoP. 53*sq*), trop souvent identifiés aux corpus imprimés, faute de pouvoir accéder aux pratiques thérapeutiques ? C'était la question initiale de ma recherche, dont la résolution appelait d'échapper à la seule « science médicale », traditionnellement étudiée par les historiens de la médecine. Si l'on posait comme hypothèse que l'imprimé représentait un media privilégié pour la transmission de ce savoir, deux constats se sont rapidement imposés : l'histoire des vecteurs de transmission des connaissances restait à faire ; l'imprimé donnait accès à une technicité chirurgicale, sans doute tout aussi importante dans la définition de la juridiction professionnelle. La formalité même de ce savoir connaissait de profondes transformations au 18^{e} siècle, puisqu'apparaissaient les premiers périodiques spécialisés et l'affirmation de la bibliothèque comme outil professionnel ; qui plus est, les ouvrages de médecine ne s'adressent pas prioritairement aux autres praticiens, mais à un grand public dont ils façonnent la consommation de services. Ma découverte la plus spectaculaire a touché aux représentations picturales, peuplées de corps et d'instruments : en adaptant le dessin technique aux représentations anatomiques, les chirurgiens se sont trouvés, en un siècle, en capacité d'imaginer une représentation de leurs gestes non plus à la surface des corps, mais dans les chairs mêmes, ouvrant ainsi la voie à la chirurgie invasive telle qu'elle nous est familière aujourd'hui (Rabier & Adams, 2011; Rabier, 2013b, chap. 6). Il n'y avait donc pas de sens de séparer le savoir de ses vecteurs, et plus généralement de ses instruments matériels, dont l'emploi relève aussi de savoirs tacites (Schaffer, 2004 ; Pérez, 2014). La tradition disciplinaire se transforme alors que de nouveaux matériaux ou produits deviennent accessibles, soit en offrant une nouvelle interprétation formelle à une pratique ancienne – telle la saignée réinterprétée dans un cadre mécanique par François Quesnay – soit en s'appropriant de nouveaux matériaux, comme l'électricité (Zanetti, 2013). Plutôt que le savoir chirurgical, il convenait donc de considérer les techniques, ou plutôt d'un ensemble de techniques, acquises au cours de l'éducation professionnelle ou expérimentées au cours de la vie active.

Ce sont ces techniques qu'inventent, interprètent, délaissent et se disputent les chirurgiens, avec d'autres métiers – des médecins aux sages-femmes, en passant par les serruriers et les apothicaires. Parmi ces techniques, on pouvait compter la saignée, l'hémostase, la réduction des fractures et des luxations, le traitement des maladies vénériennes par le mercure, ou encore le développement des prothèses, des bandages

herniaires ou des anus artificiels (Rabier, 2013b). Ces techniques reposaient à la fois sur une conception du corps où la physiologie humorale cohabite avec une anatomie mécanique ; mais aussi sur des produits – remèdes et instrumentation – dont la fabrication et l'application mettaient en œuvre savoir et savoir-faire de haute technicité. La proposition selon laquelle « le système de savoir académique abstrait est universellement important dans toutes les professions et qu'il n'est, en conséquence, pas surprenant que les attaques juridictionnelles se trouvent souvent adressées au niveau académique » (*SoP*, 55) devenait fragile : non que Abbott ne soit pas conscient de l'importance des « machines », mais en surestimant le savoir abstrait sur les modalités d'appropriation des savoirs dans leur matérialité, cet argument empêchait d'inclure la médecine dans le modèle de travail technique qu'Abbott repère pour la période contemporaine et, a contrario, d'examiner l'histoire de la technicité médicale.

C'est là que l'écologie professionnelle et la réflexion sur la différentiation de clientèle prenait tout son intérêt (*SoP*, 122-4). Le concept de « marché médical », utile pour repérer les acteurs des relations de soins dépassant la seule triade médecin-chirurgien-apothicaire, avait été initialement proposé par les historiens de la médecine pour rendre compte de la compétition professionnelle dans un espace urbain, avant que celui-ci ne soit rapporté à la commercialisation des services (Gentilcore, 2006 ; Wallis, 2007 ; Jenner & Wallis, 2007, 1-23). L'attention à la matérialité des savoirs avait de leur côté conduit les historiens des sciences à s'intéresser au commerce comme vecteur, et secondairement, comme filtre, des sciences modernes. Plus généralement, la réflexion sur la demande invite à une caractérisation fine de celle-ci, en mettant au jour la sociologie économique des « transactions chirurgicales » qu'il convenait de mettre au jour. Les procédures civiles, par exemple, explicitent la relation patient-commanditaire-praticien(s) et laissent entrevoir la complexité des relations économiques qui liaient les chirurgiens aux sociétés urbaines au sein desquelles ils exerçaient, c'est-à-dire à leurs employés (rémunérés ou non), leurs confrères, les autres métiers médicaux avec qui ils collaboraient (médecins, garde-malades, apothicaires pour l'essentiel), leurs clients commanditaires actifs ou passifs des services thérapeutiques qu'ils rendaient (maîtres et maitresses de maison, héritiers) et leurs patients.

À Londres et Paris, les populations urbaines reconnaissent l'expertise des chirurgiens sur deux domaines : les soins d'urgence et les maladies vénériennes (Siena, 2004 ; Rabier, 2011). Là, c'est une logique complexe associant à la fois une clientèle privée, des institutions urbaines – paroisses londoniennes et police parisienne, hôpitaux – et le groupe professionnel qui définit la juridiction professionnelle (au sens d'Abbott) à l'échelon urbain, à savoir la reconnaissance de cette activité au seul groupe des chirurgiens : organisation de carrières, espaces complémentaires d'exercice (hôtels des commissaires, boutiques, domiciles et hôpitaux), dispositions coercitives pour inciter les chirurgiens à rendre ce service, ou pour engager les institutions charitables ou les responsables d'accidents de payer les coûts induits… La mobilité sociale des chirurgiens à l'échelle du groupe, entre élites urbaines et récipiendaires de charité, à l'échelle d'une carrière, ou de choix collectifs de service (consultations gratuites aux pauvres), la main-d'œuvre ancillaire ou professionnelle dont les maîtres disposent, leur mobilisation de savoir-faire pour soigner fractures, luxations, blessures, et équiper les blessés, leur donnent un avantage considérable sur les autres groupes médicaux dans les centres urbains. La construction de cette juridiction sur les soins d'urgence passait par celle d'une construction du financement collectif du service public, repostant à la fois sur une organisation de la main-d'œuvre, des dispositions incitatives ou des sanctions mises en œuvre avec doigté par les institutions municipales, comme l'existence de techniques thérapeutiques pour la prise en charge de l'urgence. L'« arène de juridiction » commerciale ainsi définie invitait donc à prendre en compte la mixité des acteurs publics et

particuliers impliqués dans la consommation des services chirurgicaux, sans extériorité *a priori* des États.

On pouvait faire l'hypothèse, avec Abbott, que la clientèle participait bien des processus de légitimation, de reconnaissance ou du rejet des professions comme celle de chirurgien (*SoP*, 140), en fonction de critères qui incluent l'accès à l'information, l'accessibilité géographique et financière, le coût, la qualité. Les clients des services médicaux incluent aussi bien les ménages que des commanditaires publics : paroisses et bureaux de charité, armée, hôpitaux, maisons de soins. Auprès de ces agents collectifs, les patients dans l'incapacité financière de recourir à un praticien individuel pouvaient négocier l'accès comme la qualité de ces services : c'est d'ailleurs un levier de l'adhésion au projet politique des sociétés européennes à partir du 16e siècle. Pour ce faire, au sens anglais de récipiendaire du service, il fallait ajouter la dimension proprement économique de « clientèle » qui rémunère les services, soit directement, soit par la médiation des dispositifs fiscaux, de travail gratuit, de recours à des mécanismes de financement assurantiel ou des dispositions de crédit. À ce titre, gouvernements et institutions administratives, chefs de famille et groupes sociaux représentent une « clientèle » qui participe pleinement de la définition des groupes professionnels, qui en retour contribuent à la fabrique du politique (voir par ex., Bourdieu & Reynaud, 2006).

6. Au-delà du *Système des professions* : pour une sociologie historique ?

The System of Professions, depuis plus de vingt ans, continue d'être une mine pour penser, par la comparaison, l'histoire sociale des métiers. En réfléchissant à la définition des « arènes de juridiction » professionnelles, Abbott recherchait les mécanismes sociologiques qui, par-delà la contingence, permettait d'interpréter les distinctions historiques entre professions ou métiers. Dans son souci d'observer les écarts et les similarités au-delà des frontières nationales, Abbott offre de nombreux outils pour les historiens soucieux de dépasser une lecture localisée des phénomènes. On l'a vu, une conception large des lieux de définition identitaires permet d'intégrer les romans et les administrations judiciaires dans les lieux de la fabrique de l'identité des chirurgiens des Lumières, comme de réinterroger ce que la qualification professionnelle veut dire au 18e siècle. À la lumière des *science studies*, on peut s'appuyer sur *SoP* pour ouvrir des pistes d'analyse des rapports des professions à l'économie des savoirs, en s'intéressant aux modalités de leur circulation, et partant, à leur commercialisation au sein d'un « marché médical » selon le modèle écologique proposé par Abbott. Pour ce qui touche aux professions médicales, un dialogue fructueux peut ainsi s'engager entre historiens, économistes et sociologues sur le financement et la qualification complexe des services médicaux et leur rôle dans l'organisation sociale du travail médical.

Plus avant, ce texte majeur renouvelle l'incitation à réfléchir aux échelles et aux temporalités des phénomènes sociaux et politiques à l'œuvre. L'ampleur de l'analyse de *SoP* trouvait sa richesse dans la comparaison internationale sur lesquelles ses analyses reposent. Or, à considérer l'échelon étatique comme le lieu pertinent de l'étude, l'analyse sociologique trouve aussi sa limite dans le dialogue qu'il noue avec les travaux historiques. L'hôpital représente souvent l'espace de travail pertinent pour étudier les relations interprofessionnelles médicale ; aux périodes médiévale et moderne, c'est pourtant la ville elle-même et souvent son *hinterland* qui constitue l'espace de travail (*workplace*) et de régulation, certaines d'entre elles – comme les villes-métropoles – jouant le rôle de modèle à suivre ou à rejeter. Les métiers se définissent d'abord dans leur environnement urbain ou,

plutôt dans le tissu des villes européennes, entre lesquelles ils font circuler hommes, information, modalités d'action ; l'échelle des empires qui reste à explorer fut sans doute aussi pertinente. Aujourd'hui sans doute, c'est encore à une autre échelle, continentale ou mondiale, que s'opèrent les transformations juridictionnelles.

La réflexion sur les échelles pertinentes de l'analyse rejoint une interrogation sur les temporalités des phénomènes, peut-être moins formalisée dans *SoP* que dans les textes ultérieurs d'Abbott. Là, le sociologue des professions rencontre l'historien politique dans sa volonté de rendre compte de la transformation de la chose publique dans son épaisseur géographique et temporelle. L'essor des travaux sur le rôle des experts, à l'interface des populations et des gouvernements (synthèse récente dans Delmas, 2011), est là pour le prouver.

Références bibliographiques

Abbott, Andrew. The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor (Chicago: The University of Chicago Press, 1988).

Barth, Fredrik. *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference* (London: George Allen & Unwin, 1969).

Boltanski, Luc. *Les cadres. La formation d'un groupe social* (Paris: Minuit, 1982).

Bonneuil, Noël. *Transformation of the French Demographic Landscape, 1806-1906*. (Oxford: Clarendon Press, 1997).

Bosk, Charles L. Forgive and Remember: Managing Medical Failure (Chicago: University of Chicago Press, 2003 [1980]).

Bourdieu, Jérôme et Bénédicte Reynaud. "Factory discipline, health and externalities in the reduction of working time in nineteenth century France". *Socio-Economic Review* 4-1 (2006): p. 93-118

Brockliss, Laurence & Colin Jones, *The Medical World of Early Modern France* (Oxford: Clarendon Press, 1997),

Bulckaen, Denise. *Les Personnages secondaires dans les romans de Smollett* (Paris: Didier, 1992).

Cavallo, Sandra. *Artisans of the Body in Early-Modern Italy: Identities, Families and Masculinities* (Manchester: Manchester University Press, 2007)

Cerutti, Simona. *La ville et les métiers : naissance d'un langage corporatif (Turin, 17e-18e siècle)* (Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1990).

Cerutti, Simona. « Normes et pratiques, ou de la légitimité de leur opposition », dans Bernard Lepetit (éd), Les Formes de l'expérience : pour une autre histoire sociale (Paris: Albin Michel, 1995).

Chartier, Roger. « De la fête de cour au public citadin », chap. 6 dans : *Culture écrite et société* (Paris: Albin Michel, 1996).

Crowston, Clare Haru. *Fabricating Women: The Seamstresses of Old Regime France, 1675-1791* (Duke University Press, 2001).

Delmas, Corinne. *Sociologie politique de l'expertise*. Paris : La Découverte, 2011.

Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de lettres, ed. Denis Diderot et Jean le Rond d'Alembert (Paris: Briasson, 1751-1780).

Gayne, Mary K. "Illicit Wigmaking in Eighteenth-Century Paris" Eighteenth-Century Studies, 38-1 (Fall, 2004), 119-137

Gelfand, Toby; "The 'Paris Manner' of Dissection : Student Anatomical Dissection in Early Eighteenth-Century Paris", *Bulletin of the History of Medicine*, 26:2 (1972), p. 99-130.
Gelfand, Toby. Professionalizing Modern Medicine: Paris surgeons and medical science and institutions in the Eighteenth Century, Wesport, Greenwood Press, 1980.
Gentilcore, David. *Medical Charlatanism* (Oxford: Oxford University Press, 2006).
Goldstein, Jan. Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française (Le Plessis-Robinson: Synthélabo, 1997 [1989]), p. 36.
Guichard, Charlotte. « Arts libéraux et arts libres à Paris au XVIII siècle : peintres et sculpteurs entre corporation et Académie royale », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 49-3 (2002), p. 54-68.
Harkness, Deborah. *The Jewel House : Elizabethan London and the scientific revolution*. New Haven : Yale University Press, 2007.
Hoeniger, F. David. *Medicine and Shakespeare in the English Renaissance* (Newark: University of Delaware Press, 1992).
Jenner, Mark S. R. et Patrick Wallis, ed., *Medicine and the Market in England and Its Colonies, c. 1450-c. 1850* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007).
Kaplan, Steven L. *La Fin des corporations* (Paris: Fayard, 2001).
Kocka, Jürgen. « The Middle Classes in Europe », Journal of Modern History 67:4 (Dec. 1995).
Koselleck, Reinhart. « Histoire des concepts et histoire sociale », dans : Koselleck, Le Futur passé, contribution à la sémantique des temps historiques, traduit de l'allemand par Jochen Hoock et Marie-Claire Hoock (Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1990)
Larousse, Pierre. *Grand dictionnaire universel* (Paris: Administration du Grand dictionnaire universel, 1869).
Laurence, Susan C., " 'Desirous of improvements in medicine' : Pupils and Practitioners in the Medical Societies at Guy's and St. Bartholomew's Hospitals, 1795–1815', Bulletin of the History of Medicine 59 (1985), p. 89–104.
Lawrence, Susan. *Charitable Knowledge: Hospital Pupils and Practitioners in Eighteenth-Century London* (Cambridge & New York: Cambridge University Press, 1995),
Léonard, Jacques. 'Les Médecins de l'Ouest au XIX^e^ siècle', Thèse de doctorat, Université de Paris-IV (Paris, 1976 (impr. 1978)),
Lettres-patentes du Roi en forme d'édit, portant règlement pour le Collège de chirurgie de Paris. Données à Versailles au mois de mai 1768. Registrées en Parlement le 10 mai 1768. (Paris: Imprimerie royale, 1768), art. xxix.
Lepetit, Bernard, éd. *Les Formes de l'expérience. Une autre histoire sociale* (Paris: Albin Michel, 1995).
Leuwers, Hervé. *L'invention du barreau français 1660-1830 : La construction nationale d'un groupe professionnel* (Paris : Ehess, 2006).
Mortimer, Ian. The Dying and the Doctors: the Medical Revolution in Seventeenth-Century England (London: Boydell, 2009).
Pelling, Margaret, "Trade or Profession? Medical Practice in Early Modern England", dans : Pelling, *Sickness, Medical Occupations, and the Urban Poor in Early Modern England* (London: Longman, 1998), 230-58.
Pelling, Margaret. *Medical Conflicts in Early-Modern London: Patronage, Physicians, and Irregular Practitioners, 1550-1640*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
Pérez, Liliane. *La Pièce et le geste* (Paris : Albin Michel, 2014).

Rabier, Christelle & Jon Adams. "Capturing the Cut", LSE research video, 2011, http://www.youtube.com/watch?v=F31aH3ahb1s .
Rabier, Christelle. "Surgery, Professional Conflicts and Legal Powers in Paris and London Courtrooms, 1760–1790", in *Fields of Expertise. A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to present*, ed. Christelle Rabier (Newcastle-upon-Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2007), p. 85–114.
Rabier, Christelle, « La disparition du barbier-chirurgien : analyse d'une mutation professionnelle au XVIII[e] siècle », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 3-2010, p. 679–711.
Rabier, Christelle. « Une Révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre Révolution et Empire » *Annales historiques de la Révolution française* 1-2010, 141–159.
Rabier, Christelle. « Écrire l'expertise, traduire l'expérience. Les rapports des chirurgiens parisiens au XVIII[e] siècle », *Écritures scientifiques, quête de l'objectivité, construction de soi*, éd. Isabelle Luciani et Emmanuelle Chapron (Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2013a).
Rabier, Christelle, "The Crafting of Medicine in Early Industrial Europe. An Introduction to the Special Issue" in "Fitting for Health", *Technology and Culture*, July 2013b, à paraître.
Rabier, Christelle. *Chirurgiens des Lumières* (Paris: Vendémiaire, 2013).
Schaffer, Simon. « Experimenters' techniques, dyers' hands, and the electric planetarium », Isis 88-3 (2004), 456-483.
Sewell, William H. *Gens de métier et révolutions: le langage du travail de l'Ancien Régime à 1848* (Paris: Aubier Montaigne, 1983 [1980]).
Ward, Joseph P. *Metropolitan Communities: Trade Guilds, Identity, and Change in Early Modern London* (Stanford: Stanford University Press, 1997).
Wallis, Patrick, "Competition and Cooperation in the Early Modern Medical Economy", dans : Jenner et Wallis, *Medicine and the Market*, 47–68.
Weber, Max. *Wirtschaft und Geselffschaft: Grundriss der Verstehenden Soziologie* (Tübingen: J. C. B. Mohr, 1976 [1921]).
Young, Sidney. The Annals of Barber-Surgeons in London. London : Blades, East & Blades, 1890.
Zanetti, François. "Curing with Machines: Medical Electricity in Eighteenth-Century Paris," *Technology and Culture*, July 2013.