

Michel Foucault

HISTOIRE DE LA MÉDICALISATION*

Dans ma première conférence, j'ai essayé de démontrer que le problème fondamental ne résidait pas dans l'opposition de l'anti-médecine à la médecine, mais dans le développement du système médical et du modèle suivi pour le « décollage » médical et sanitaire de l'Occident à partir du XVIII^e siècle. J'ai ensuite insisté sur trois points à mon avis importants :

1) La bio-histoire, c'est-à-dire, l'effet, au niveau biologique, de l'intervention médicale ; la trace que peut laisser dans l'histoire de l'espèce humaine la forte intervention médicale qui débute au XVIII^e siècle. En effet, l'histoire de l'espèce humaine ne reste pas indifférente à la médicalisation. Il y a là un premier champ d'études qui n'a pas encore été vraiment exploité, mais qui est cependant bien circonscrit.

On sait que différentes maladies infectieuses disparurent de l'Occident avant même l'introduction de la grande chimiothérapie du XX^e siècle. La peste, ou l'ensemble des maladies auquel les chroniqueurs, les historiens et les médecins donneront ce nom, s'effaça au cours des XVIII^e et XIX^e siècles sans que l'on connaisse vraiment ni les raisons ni les mécanismes de ce phénomène qui mérite d'être étudié.

Autre cas fameux, celui de la tuberculose. Pour 700 malades qui mourraient de la tuberculose en 1812, seulement 350 subissaient le même sort en 1882, lorsque Koch découvrit le bacille qui devait le rendre célèbre ; et lorsqu'en 1945 on introduisit la chimiothérapie, le

* Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université d'État de Rio de Janeiro, octobre 1974.

chiffre s'était réduit à 50. Comment et pour quelle raison s'est produit ce recul de la maladie ? Quels sont, au niveau de la bio-histoire, les mécanismes qui interviennent ? Il ne fait aucun doute que le changement des conditions socio-économiques, les phénomènes d'adaptation, de résistance de l'organisme, l'affaiblissement du bacille lui-même, comme les moyens d'hygiène et d'isolement jouèrent un rôle important. Les connaissances à ce sujet sont loin d'être complètes, mais il serait intéressant d'étudier l'évolution des relations entre l'espèce humaine, le champ bacillaire ou viral et les interventions de l'hygiène, de la médecine, des différentes techniques thérapeutiques.

En France, un groupe d'historiens — comme Le Roy Ladurie et Jean-Pierre Petter — a commencé d'analyser ces phénomènes. A partir de statistiques de conscription du XIX^e siècle, ils ont examiné certaines évolutions somatiques de l'espèce humaine.

2) La médicalisation, c'est-à-dire, le fait que l'existence, la conduite, le comportement, le corps humain, s'intègrent à partir du XVIII^e siècle dans un réseau de médicalisation de plus en plus dense et important qui laisse échapper de moins en moins de choses.

La recherche médicale, chaque fois plus pénétrante et minutieuse, le développement des institutions de santé mériteraient aussi d'être étudiées. C'est ce que nous essayons de faire au Collège de France. Certains étudient la croissance de l'hospitalisation et ses mécanismes du XVIII^e siècle aux débuts du XIX^e, tandis que d'autres se consacrent aux hôpitaux et projettent aujourd'hui de réaliser une étude de l'habitat et de tout ce qui l'entoure : système de voirie, voies de transports, équipements collectifs qui assurent le fonctionnement de la vie quotidienne, particulièrement en milieu urbain.

3) L'économie de la santé, c'est-à-dire l'intégration de l'amélioration de la santé, les services de santé et la consommation de santé dans le développement économique des sociétés privilégiées. Il s'agit là d'un problème difficile et complexe dont les antécédents ne sont pas très bien connus. En France, il existe un groupe qui se consacre à cette tâche, le « Centre d'Études et de Recherches du Bien-Être » (CEREBRE), dont font partie Letourmy, Karsenty et Charles Dupuy. Il étudie principalement les problèmes de consommation de la santé depuis les trente dernières années.

Histoire de la médicalisation

Étant donné que je me consacre principalement à retracer l'histoire de la médicalisation, je poursuivrai en analysant quelques-uns des aspects de la médicalisation des sociétés et de la population à partir du XIX^e siècle, en prenant comme référence l'exemple français, avec lequel je suis plus familiarisé. Concrètement, je me référerai à la naissance de la médecine sociale.

On observe souvent que certains critiques de la médecine actuelle soutiennent que la médecine antique — grecque et égyptienne — ou les formes de médecine des sociétés

primitives, sont des médecines sociales, collectives, qui ne sont pas centrées sur l'individu. Mon ignorance en ethnologie et en égyptologie m'empêche d'avoir une opinion sur le problème ; mais pour ce que je sais de l'histoire grecque, l'idée me laisse perplexe et je ne vois pas comment on peut qualifier la médecine grecque de médecine collective ou sociale.

Mais ce ne sont pas là des problèmes importants. La question est de savoir si la médecine moderne, c'est-à-dire scientifique, qui naquit à la fin du XIX^e siècle entre Morgagni et Bichat, avec l'introduction de l'anatomie pathologique, est ou n'est pas individuelle. Peut-on affirmer, comme le font certains, que la médecine moderne est individuelle parce qu'elle a pénétré à l'intérieur des relations de marché ; que la médecine moderne, dans la mesure où elle est liée à une économie capitaliste, est une médecine individuelle ou individualiste qui ne connaît que la relation de marché qui unit le médecin au malade et ignore la dimension globale, collective de la société ?

On pourrait montrer que ce n'est pas le cas. La médecine moderne est une médecine sociale dont le fondement est une certaine technologie du corps social ; la médecine est une pratique sociale, et l'un de ses aspects seulement est individualiste et valorise les relations entre le médecin et le patient.

A ce propos je voudrais renvoyer à l'ouvrage de Varn L. Bullough, *The development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine* dans lequel on voit clairement le caractère individualiste de la médecine médiévale tandis que la dimension collective de l'activité médicale est extraordinairement discret et limité.

Je soutiens l'hypothèse qu'avec le capitalisme, l'on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais que c'est précisément le contraire qui s'est produit ; le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique.

Comment s'est produite cette socialisation ? Je voudrai expliquer ma position à partir de certaines hypothèses généralement acceptées. Il est certain que le corps humain a été reconnu politiquement et socialement comme une force de travail. Cependant, il semble caractéristique de l'évolution de la médecine sociale, ou de la médecine occidentale elle-même, que, au début, le pouvoir médical ne s'est pas préoccupé du corps humain en tant que force de travail. La médecine ne s'intéressait pas au corps du prolétaire, au corps humain, comme instrument de travail. Ce ne fut pas le cas avant la seconde moitié du XIX^e siècle quand s'est posé le problème du corps, de la santé et du niveau de la force productive des individus.

On pourrait reconstituer les trois étapes de la formation de la médecine sociale : d'abord médecine d'État, puis médecine urbaine et, enfin, médecine de la force de travail.

Médecine d'État

La « médecine d'État » s'est développée principalement en Allemagne, au début du XVIII^e siècle. Sur ce problème spécifique, il faut rappeler l'affirmation de Marx pour qui l'économie était anglaise, la politique française et la philosophie allemande. De fait, ce fut en Allemagne que s'est formé au XVII^e siècle — bien avant la France et l'Angleterre — ce que l'on peut appeler la science de l'État. Le concept de « Staatswissenschaft » est un produit de l'Allemagne. Sous le nom de « science de l'État » on peut regrouper deux aspects qui apparaissent alors dans ce pays :

1. D'un côté, un savoir dont l'objet est l'État ; pas seulement les ressources naturelles d'une société ou les conditions de vie de sa population, mais aussi le fonctionnement général de la machine politique. Les recherches sur les ressources et le fonctionnement des États constituent une discipline allemande du XVIII^e siècle.

2. D'un autre côté, l'expression désigne aussi les méthodes à l'aide desquelles l'État produit et accumule les connaissances lui permettant de garantir son fonctionnement.

L'État, comme objet de savoir, comme instrument et lieu d'acquisition de connaissances spécifiques, s'est développé plus rapidement en Allemagne qu'en France ou en Angleterre. Il n'est pas aisé de déterminer les raisons de ce phénomène et jusqu'à aujourd'hui les historiens ne se sont guère préoccupés de cette question ou du problème de la naissance d'une science de l'État ou d'une science étatique en Allemagne. A mon avis cela s'explique par le fait que l'Allemagne ne s'est convertie à l'État unitaire qu'au XIX^e siècle, après n'avoir été qu'une simple juxtaposition de quasi-États, de pseudo-États, de petites unités très peu « étatiques ». Précisément, au fur et à mesure que se forment les États, ces savoirs étatiques et l'intérêt pour le fonctionnement même de l'État se développent. La petite dimension des États, leur grande proximité, leurs perpétuels conflits et confrontations, le rapport de force toujours déséquilibré et changeant, les obligèrent à se pondérer et à se comparer les uns avec les autres, à imiter leurs méthodes et à tenter de remplacer la force par d'autres types de relations.

Tandis que les grands États, comme la France ou l'Angleterre, parvenaient à fonctionner relativement bien, pourvus de puissantes machines comme l'armée ou la police, en Allemagne la petite dimension des États rendit nécessaire et possible cette conscience discursive du fonctionnement étatique de la société.

Il y a une autre explication à cette évolution de la science de l'État : c'est le faible développement ou la stagnation de l'économie allemande au XVIII^e siècle, après la guerre de trente ans et les grands traités de France et d'Autriche.

Après le premier mouvement de développement en Allemagne à l'époque de la Renaissance, est apparue une forme limitée de bourgeoisie, dont la progression économique fut bloquée au XVII^e siècle, l'empêchant de trouver une occupation et de subsister dans le commerce, la manufacture et l'industrie naissantes. Elle chercha alors refuge auprès des

souverains et forma un corps de fonctionnaires disponibles pour la machine étatique que les princes voulaient construire afin de modifier les rapports de force avec leurs voisins.

Cette bourgeoisie économiquement peu active s'est rangée aux côtés des souverains confrontés à une situation de lutte permanente et leur a offert ses hommes, sa compétence, ses richesses, etc, pour l'organisation des États. C'est ainsi que le concept moderne d'État, avec tout son appareil, ses fonctionnaires, son savoir, se développera en Allemagne bien avant d'autres pays politiquement plus puissants, comme la France, ou économiquement plus développés, comme l'Angleterre.

L'État moderne est apparu là où il n'y avait ni pouvoir politique, ni développement économique. C'est précisément pour ces raisons négatives que la Prusse, économiquement moins développée et politiquement plus instable, a été ce premier État moderne, né au cœur de l'Europe. Tandis que la France et l'Angleterre s'agrippaient aux vieilles structures, la Prusse devenait le premier État moderne.

Ces remarques historiques sur la naissance, au XVIII^e siècle, de la science et de la réflexion sur l'État, n'ont pas d'autre but que de prétendre expliquer pourquoi et comment la médecine d'État a pu apparaître d'abord en Allemagne.

A partir de la fin du XVI^e siècle et au début du XVII^e siècle, dans un climat politique, économique et scientifique caractéristique de l'époque dominée par le mercantilisme, toutes les nations d'Europe se préoccupaient de la santé de leur population. Le mercantilisme n'est pas alors simplement une théorie économique mais il est aussi une pratique politique qui visait à réguler les courants monétaires internationaux, les flux correspondants de marchandises et l'activité productrice de la population. La politique mercantiliste reposait essentiellement sur l'accroissement de la production et de la population active dans le but d'établir des échanges commerciaux qui permettent à l'Europe d'atteindre la plus grande influence monétaire possible, et ainsi de financer l'entretien des armées et de tout l'appareil qui confère à un État la force réelle dans ses relations avec les autres.

Dans cette perspective, la France, l'Angleterre et l'Autriche commencèrent à évaluer la force active de leur population. C'est ainsi qu'apparaissent en France les statistiques de natalité et de mortalité et, en Angleterre, les grands recensements qui débutent au XVII^e siècle. Mais, en France comme en Angleterre, la seule préoccupation sanitaire de l'État est alors d'établir ses tables de natalité et de mortalité, qui sont de véritables indices de santé de la population et de son accroissement, sans aucune intervention organisée pour élever ce niveau de santé.

En Allemagne, au contraire, s'est développée une pratique médicale effectivement consacrée à l'amélioration de la santé publique. Frank et Daniel, par exemple, proposèrent entre 1750 et 1770 un programme allant dans ce sens ; ce fut ce que l'on appela pour la première fois la police médicale d'un État. Le concept de « Medizinischepolizei », de police médicale, qui apparaît en 1764, implique bien plus qu'un simple dénombrement de la mortalité ou de la natalité.

Programmée en Allemagne au milieu du XVII^e siècle et implantée à la fin de ce même siècle et au début du suivant, la police médicale consistait en :

1) un système d'observation de la morbidité, beaucoup plus complet que les simples tables de natalité et de mortalité, à partir de l'information demandée aux hôpitaux et aux médecins de différentes villes ou régions et de l'enregistrement au niveau étatique des différents phénomènes épidémiques et endémiques observés.

2) Il faut noter par ailleurs un aspect très important qui est la normalisation de la pratique et du savoir médical. Jusque-là, en matière de formation médicale et d'attribution des diplômes, on laissait le pouvoir entre les mains de l'université et plus particulièrement de la corporation médicale.

A surgi alors l'idée d'une normalisation de l'enseignement médical et plus précisément d'un contrôle public des programmes d'enseignement et de l'attribution des diplômes. La médecine et le médecin sont donc le premier objet de la normalisation. Ce concept commence par s'appliquer au médecin avant de s'appliquer au malade. Le médecin fut le premier individu normalisé en Allemagne. Ce mouvement qui s'étend à toute l'Europe doit être étudié par quiconque s'intéresse à l'histoire des sciences. En Allemagne, ce phénomène a touché les médecins, mais, en France par exemple, la normalisation des activités au niveau étatique concernait, au début, l'industrie militaire puisqu'on standardisa d'abord la production des canons et des fusils, au milieu du XVIII^e siècle, afin d'assurer l'utilisation de n'importe quel type de fusil par n'importe quel soldat, la réparation de n'importe quel canon dans n'importe quel atelier, etc. Après avoir standardisé les canons, la France a procédé à la normalisation de ses professeurs. Les premières écoles normales destinées à offrir à tous les professeurs le même type de formation et, par conséquent, le même niveau de compétence, furent créées vers 1775 et s'institutionnalisèrent en 1790-1791. La France normalisait ses canons et ses professeurs, l'Allemagne normalisait ses médecins.

3) Une organisation administrative pour contrôler l'activité des médecins. En Prusse, comme dans les autres États de l'Allemagne, au niveau du ministère ou de l'administration centrale, on confiait à un bureau spécialisé la tâche de réunir l'information que les médecins transmettaient ; d'observer comment étaient réalisées les enquêtes médicales ; de vérifier quels traitements on administrait ; de décrire les réactions après l'apparition d'une maladie épidémique, etc., et pour finir, d'adresser des ordres en fonction de ces informations centralisées. Tout cela supposait, bien sûr, une subordination de la pratique médicale à un pouvoir administratif supérieur.

4) La création de fonctionnaires médicaux, nommés par le gouvernement, qui prenaient en charge la responsabilité d'une région. Ils tirent leur puissance du pouvoir qu'ils possèdent ou de l'exercice de l'autorité que leur confère leur savoir.

Tel est le projet adopté par la Prusse au début du XIX^e siècle, sorte de pyramide allant du médecin de district chargé d'une population de 6 000 à 10 000 habitants, jusqu'aux responsables d'une région beaucoup plus importante dont la population est comprise entre 35 000 et 50 000 habitants. C'est à ce moment qu'apparaît le médecin comme administrateur de santé.

L'organisation d'un savoir médical d'État, la normalisation de la profession médicale, la

subordination des médecins à une administration générale et, pour finir, l'intégration des différents médecins dans une organisation médicale d'État, produisent une série de phénomènes entièrement nouveaux qui caractérisent ce que l'on pourrait appeler une médecine d'État.

Cette médecine d'État qui est apparue avec une certaine précocité, puisqu'elle a existé avant la création de la grande médecine scientifique de Morgagni et Bichat, n'a pas eu pour objectif la formation d'une force de travail adaptée aux nécessités des industries alors en développement. Ce n'est pas le corps des travailleurs qui intéressait cette administration publique de la santé, mais le corps des individus eux-même qui, par leur réunion, constituent l'État. Il ne s'agit pas de la force de travail mais de la force de l'État face à ses conflits, sans doute économiques mais aussi politiques, qui l'oppose à ses voisins. A cette fin, la médecine doit perfectionner et développer cette force étatique. Cette préoccupation de la médecine d'État englobe une certaine solidarité economico-politique. Il serait donc faux de la vouloir lier à l'intérêt immédiat d'obtenir une force de travail disponible et vigoureuse.

L'exemple de l'Allemagne est également important parce qu'il montre comment, de manière paradoxale, la médecine moderne apparaît au moment culminant de l'étatisme. Depuis l'introduction de ces projets, pour une grande partie à la fin du XVIII^e siècle et aux débuts du XIX^e, depuis l'implantation de la médecine étatique en Allemagne, aucun État n'a osé proposer une médecine aussi clairement bureaucratisée, collectivisée et « étatisée ». En conséquence, il n'y a pas eu transformation progressive d'une médecine de plus en plus « étatisée » et socialisée ; bien différemment, la grande médecine clinique du XIX^e siècle a été immédiatement précédée d'une médecine extrêmement étatisée. Les autres systèmes de médecine sociale aux XVIII^e et XIX^e siècles sont des déclinaisons atténuées de ce modèle profondément étatique et administratif alors introduit en Allemagne.

C'est là une première série de phénomènes à laquelle je souhaitais me référer. Elle n'a pas attiré l'attention des historiens de la médecine mais elle fut analysée de très près par Georges Rosen dans ses études sur les relations entre le caméralisme, le mercantilisme et le concept de police médicale. Le même auteur a publié en 1953, dans le *Bulletin of History of Medicine* un article consacré à ce problème et intitulé : « Cameralism and concept of medical police ». Il l'étudia également plus tard dans son livre *A History of Public Health*.

Médecine urbaine

La seconde forme du développement de la médecine sociale est représentée par l'exemple français, où est apparue, à la fin du XVIII^e siècle, une médecine sociale reposant apparemment non pas sur la structure étatique, comme en Allemagne, mais sur un phénomène entièrement différent : l'urbanisation. En effet, la médecine sociale s'est développée en France avec l'expansion des structures urbaines.

Afin de savoir pourquoi et comment s'est produit un tel phénomène, faisons un peu d'histoire. Il faut se représenter une grande cité française entre 1750 et 1780, comme une multitude confuse de territoires hétérogènes et de pouvoirs rivaux. Paris, par exemple, ne formait pas une unité territoriale, une région où s'exerçait un pouvoir unique, mais se composait d'un ensemble de pouvoirs seigneuriaux détenus par les laïques, l'Église, les communautés religieuses et les corporations, des pouvoirs avec une autonomie et une juridiction propres. En outre, les représentants de l'État existaient tout de même : les représentants du pouvoir royal, l'intendant de police, les représentants du pouvoir parlementaire.

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle s'est posé le problème de l'unification du pouvoir urbain. On a senti à ce moment la nécessité, au moins dans les grandes agglomérations, d'unifier la cité, d'organiser le corps urbain de manière cohérente et homogène, régi par un pouvoir unique et bien réglementé.

A cet effet, différents facteurs entrèrent en jeu. En premier lieu, indubitablement, il y a des raisons économiques. En effet, à mesure que la cité se transforme en un important centre de marché qui centralise les activités commerciales, non seulement au niveau régional, mais aussi national, voire international, la multiplicité des juridictions et des pouvoirs devient plus intolérable pour l'industrie naissante. Le fait que la cité ne fut pas seulement un lieu de marché mais aussi un lieu de production a rendu obligatoire le recours à des mécanismes de régulation homogènes et cohérents.

La seconde raison fut politique. Le développement des villes, l'apparition d'une population ouvrière et pauvre, qui se transforma au cours du XIX^e siècle en un prolétariat, devait accroître les tensions politiques à l'intérieur des cités. La coexistence de différents petits groupes — corporations, métiers, corps, etc. — qui s'opposaient les uns aux autres, mais qui s'équilibraient et se neutralisaient, commençait de se réduire à une sorte d'affrontement entre riches et pauvres, plèbe et bourgeoisie, qui se traduisait par des troubles et des insurrections urbaines plus fréquentes et chaque fois plus nombreuses. Si ce que l'on appelle les révoltes de subsistance, c'est-à-dire le fait qu'à un moment de hausse des prix ou de baisse des salaires, les plus pauvres, ne pouvant plus se nourrir, mettaient à sac les silos, les marchés et les greniers, n'étaient pas des phénomènes entièrement nouveaux au XVIII^e siècle, elles devinrent cependant de plus en plus violentes et conduisirent aux grands troubles contemporains de la Révolution française.

En résumé, on peut affirmer que jusqu'au XVII^e siècle, en Europe, la grande menace sociale venait des campagnes. Les paysans pauvres, qui payaient toujours plus d'impôts, empoignaient la faucille et partaient à l'assaut des châteaux ou des villes. Les révoltes du XVII^e siècle furent des révoltes paysannes, à la suite desquelles les cités s'unifièrent. Au contraire, à la fin du XVIII^e siècle, les révoltes paysannes commencèrent à disparaître grâce à l'élévation du niveau de vie des paysans. Mais les conflits urbains devinrent plus fréquents avec la formation d'une plèbe en voie de prolétarianisation. D'où la nécessité d'un vrai pouvoir politique capable de traiter le problème de cette population urbaine.

C'est à cette époque que surgit et s'amplifia un sentiment de peur, d'angoisse, face à la ville. Par exemple, Cabanis, le philosophe de la fin du XVIII^e siècle, disait à propos de la ville que, chaque fois que les hommes se réunissent, leurs mœurs s'altèrent : chaque fois qu'ils se rassemblent dans des lieux fermés, leurs mœurs et leur santé se dégradent. Naquit alors ce que l'on pourrait appeler une peur urbaine, une peur de la ville, une angoisse face à la cité très caractéristique : peur des ateliers et des fabriques qui se construisaient, de l'entassement de la population, de l'excessive hauteur des édifices, des épidémies urbaines, des rumeurs qui envahissaient la ville ; peur des cloaques, des carrières sur lesquelles on construisait les maisons qui menaçaient à tout moment de s'effondrer.

La vie des grandes cités du XVIII^e siècle, et tout particulièrement Paris, suscitait une série de paniques. A ce propos, on peut citer l'exemple du Cimetière des Innocents dans le centre de Paris où l'on jetait, les uns sur les autres, les cadavres de ceux dont les ressources ou la catégorie sociale ne suffisaient pas pour acheter ou mériter une sépulture individuelle. La panique urbaine est caractéristique de la préoccupation, de l'inquiétude politico-sanitaire qui apparaît à mesure que se développe l'engrenage urbain. Pour dominer ces phénomènes médicaux et politiques qui causaient une inquiétude si intense à la population des villes, il fallait prendre des mesures.

A ce moment intervient un nouveau mécanisme que l'on pouvait prévoir mais qui n'entre pas dans le schéma habituel des historiens de la médecine. Quelle fut la réaction de la classe bourgeoise qui, sans exercer le pouvoir, détenu par les autorités traditionnelles, le revendiquait ? On a eu recours à un modèle d'intervention bien connu mais rarement utilisé : le modèle de la quarantaine.

Depuis la fin du Moyen Age, il existait, non seulement en France mais dans tous les pays européens ce que l'on appellerait aujourd'hui un « plan d'urgence ». Il devait être appliqué lorsque la peste ou une maladie épidémique grave apparaissait dans une ville. Ce plan d'urgence comprenait les mesures suivantes :

1) Toutes les personnes devaient rester chez elles pour être localisées en un lieu unique. Chaque famille dans son foyer et, si possible, chaque personne dans sa propre chambre. Personne ne devait bouger.

2) La ville devait être divisée en quartiers placés sous la responsabilité d'une personne spécialement désignée. De ce chef de district dépendaient les inspecteurs qui devaient parcourir les rues pendant le jour ou guetter à leurs extrémités pour vérifier que personne ne sortait de son habitation. Il s'agissait donc d'un système de surveillance généralisé qui compartimentait et contrôlait la ville.

3) Ces surveillants de rue ou de quartier devaient présenter tous les jours au maire de la ville un rapport détaillé sur tout ce qu'ils avaient observé. On utilisait ainsi non seulement un système de surveillance généralisé, mais aussi un système d'information centralisé.

4) Les inspecteurs devaient passer chaque jour en revue toutes les habitations de la ville. Dans toutes les rues par où ils passaient, ils demandaient à chaque habitant de se présenter à la

fenêtre afin de vérifier s'il vivait encore et de le noter ensuite sur le registre. Le fait qu'une personne n'apparaisse pas à la fenêtre signifiait qu'elle était malade, qu'elle avait contracté la peste et qu'en conséquence il fallait la transporter dans une infirmerie spéciale, hors de la ville. Il s'agissait donc d'une mise-à-jour exhaustive du nombre des vivants et des morts.

5) On procédait à la désinfection, maison par maison, à l'aide de parfums et d'encens.

Le plan de la quarantaine a représenté l'idéal politico-médical d'une bonne organisation sanitaire des villes du XVIII^e siècle. Il y eut fondamentalement deux grands modèles d'organisation médicale dans l'histoire occidentale: l'un suscité par la lèpre, l'autre par la peste.

Au Moyen Age, lorsqu'on découvrait un cas de lèpre, il était immédiatement expulsé de l'espace commun, de la cité, exilé dans un lieu obscur où sa maladie se mêlait aux autres. Le mécanisme de l'expulsion était celui de la purification du milieu urbain. Médicaliser un individu signifiait alors le séparer et, de cette manière, purifier les autres. C'était une médecine d'exclusion. Au début du XVII^e siècle, même l'internement des déments, des êtres difformes, etc., obéissait encore à ce concept.

Par contre, il a existé un autre grand système politico-médical qui fut établi non pas contre la lèpre mais contre la peste. Dans ce cas, la médecine n'excluait ni n'expulsait le malade dans une région lugubre et pleine de confusion. Le pouvoir politique de la médecine consistait à répartir les individus les uns à côté des autres, à les isoler, à les individualiser, à les surveiller un à un, à contrôler leur état de santé, à vérifier s'ils vivaient encore ou s'ils étaient morts et à maintenir ainsi la société en un espace compartimenté, constamment surveillé et contrôlé par un registre, le plus complet possible, de tous les événements survenus.

Il y eut, donc, un schéma médical de réaction contre la lèpre: celui de l'exclusion, de type religieux, celui de la purification de la ville. Il y eut aussi celui que suscita la peste, lequel ne pratiquait pas l'internement et le regroupement hors du centre urbain mais qui recourait au contraire à l'analyse minutieuse de la cité, à l'enregistrement permanent. Le modèle militaire a donc été substitué au modèle religieux. C'est, au fond, la révision militaire et non la purification religieuse qui a essentiellement servi de modèle à cette organisation politico-médicale.

La médecine urbaine, avec ses méthodes de surveillance, d'hospitalisation, etc., ne fut pas autre chose qu'une amélioration, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, du schéma politico-médical de la quarantaine apparu à la fin du Moyen Age, au XVI^e et au XVII^e siècle. L'hygiène publique fut une déclinaison raffinée de la quarantaine. De ce moment datent les débuts de la grande médecine urbaine qui apparaît dans la seconde moitié du XVIII^e siècle et se développe surtout en France.

Les objectifs principaux de la médecine urbaine sont les suivants:

1) Étudier les lieux d'accumulation et d'amoncellement dans l'espace urbain des déchets qui pouvaient provoquer des maladies; les lieux qui généraient et diffusaient des phénomènes épidémiques ou endémiques. Il s'agissait principalement des cimetières. C'est ainsi qu'apparurent entre 1740 et 1750 des protestations à l'encontre des cimetières. Les premiers grands

déplacements vers la périphérie de la ville débutèrent aux alentours de 1750. C'est à cette époque qu'apparaît le cimetière individualisé, c'est-à-dire le cercueil individuel, la sépulture réservée aux membres de la famille, où l'on inscrit le nom de chacun de ses membres.

On pense fréquemment que, dans la société moderne, le culte des morts nous vient du christianisme. Je ne partage pas cette opinion. Il n'y a rien dans la théologie chrétienne qui incite à croire dans le respect du cadavre proprement dit. Le Dieu chrétien tout puissant peut ressusciter les morts quand bien même ils ont été mêlés dans l'ossuaire.

L'individualisation du cadavre, du cercueil et de la tombe est apparue à la fin du XVIII^e siècle pour des raisons non pas théologico-religieuses de respect du cadavre, mais pour des motifs politico-sanitaires de respect des vivants. Pour protéger les vivants de l'influence néfaste des morts, il faut que ces derniers soient aussi bien répertoriés — et mieux encore si cela est possible — que les premiers.

C'est ainsi qu'apparut à la périphérie des villes, à la fin du XVIII^e siècle, une véritable armée de morts aussi parfaitement alignés qu'une troupe que l'on passe en revue. Il était donc nécessaire de contrôler, d'analyser et de réduire cette menace permanente que représentaient les morts. Aussi les transportait-on à la campagne, les plaçait-on les uns à côté des autres, dans les grandes plaines qui entouraient les villes.

Ce n'était pas une idée chrétienne, mais médicale et politique. La meilleure preuve est que lorsqu'on imagina, à Paris, le déplacement du Cimetière des Innocents, on eut recours à Fourcroy, un des plus grands chimistes de la fin du XVIII^e siècle, pour savoir comment combattre l'influence de ce cimetière. C'est lui qui demanda le déplacement du cimetière, c'est lui qui, en étudiant les relations entre l'organisme vivant et l'air ambiant, se chargea de cette première police médicale et urbaine sanctionnée par l'exil des cimetières.

Un autre exemple est fourni par le cas des abattoirs, également situés au centre de Paris, à propos desquels on a décidé, après avoir consulté l'Académie des Sciences, de les installer aux alentours de la ville, à l'ouest, à La Villette.

Le premier objectif de la médecine consistait donc à analyser les zones d'entassement, de désordre et de dangers à l'intérieur de l'enceinte urbaine.

2) La médecine urbaine eut un nouvel objectif : le contrôle de la circulation. Non pas la circulation des individus, mais des choses et des éléments, principalement de l'eau et de l'air.

C'était une vieille croyance du XVIII^e siècle que l'air avait une influence directe sur l'organisme parce qu'il transportait des miasmes ou parce que son excessive fraîcheur ou chaleur, sécheresse ou humidité, se transmettaient à l'organisme, et, pour finir, que l'air exerçait par une action mécanique une pression directe sur le corps. L'air était considéré comme l'un des grands facteurs pathogènes.

Mais, comment maintenir dans une ville les qualités de l'air et obtenir un air sain quand celui-ci est bloqué et qu'il ne peut circuler entre les murs, les maisons, les enceintes, etc. ? Apparaît alors la nécessité d'ouvrir grandes les avenues de l'espace urbain pour préserver la santé de la population. Aussi a-t-on sollicité l'opinion de commissions de l'Académie des

Sciences, de médecins, de chimistes, etc., afin de rechercher les meilleures méthodes de ventilation des cités. Du fait de l'agglomération des populations et du prix du terrain, pendant le Moyen Age, mais aussi pendant les XVII^e et XVIII^e siècles, quelques maisons furent construites sur les pentes. On a alors considéré que ces maisons empêchaient la circulation de l'air par dessus les rivières et qu'elles retenaient l'air humide sur les berges : elles furent systématiquement démolies. On parvint également à calculer le nombre des morts évités grâce à la destruction de trois maisons construites sur le Pont Neuf : quatre cents personnes par an, vingt mille en cinquante ans, etc.

On organisa ainsi des couloirs d'aération, des courants d'air, de même qu'on l'avait fait avec l'eau. A Paris, en 1767, l'architecte Moreau eut l'idée précoce d'organiser les rives et les îles de la Seine de telle manière que le simple courant du fleuve lave la ville de ses miasmes.

Ainsi donc, le second objectif de la médecine urbaine est le contrôle et l'établissement d'une bonne circulation de l'eau et de l'air.

3) Une autre grande finalité de la médecine urbaine a été l'organisation de ce que l'on pourrait appeler les distributions et les séquences. Où placer les différents éléments nécessaires à la vie commune de la cité ? Le problème s'est posé de la position respective des fontaines et des égouts, des pompes et des lavoirs fluviaux. Comment éviter l'infiltration des eaux sales dans les fontaines d'eau potable ? Comment éviter que l'approvisionnement en eau potable de la population se mêle aux eaux usées des lavoirs environnants ?

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, on considérait que cette organisation était la cause des principales maladies épidémiques urbaines. Ceci donna naissance à l'élaboration du premier plan hydrographique de Paris, en 1742. Il fut la première recherche sur les lieux où l'on pouvait extraire de l'eau non contaminée par les égouts et sur une politique de la vie fluviale. Lorsque a éclaté la Révolution française, en 1789, la ville de Paris était déjà minutieusement étudiée par une police médicale urbaine qui avait établi des directives en vue de réaliser une véritable organisation sanitaire de la ville.

Cependant, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, il n'y a pas eu de conflit entre la médecine et les autres formes de pouvoir comme, par exemple, la propriété privée. La politique autoritaire à propos de la propriété privée, de l'habitation privée, n'a pas été ébauchée avant le XVIII^e siècle excepté pour l'un de ses aspects : les souterrains. Les souterrains qui appartiennent au propriétaire de la maison restent assujettis à certaines règles quand à leur utilisation et à la construction de galeries.

C'est là le problème de la propriété du sous-sol qui s'est posé au XVIII^e siècle avec l'apparition de la technologie minière. A partir du moment où l'on a su creuser des mines profondes, le problème de leur propriété est apparu. Au milieu du XVIII^e siècle, on a élaboré une législation autoritaire concernant le sous-sol qui disposait que seuls l'État et le Roi étaient propriétaires du sous-sol, et non pas le maître du sol. De cette manière, le sous-sol de Paris fut contrôlé par les autorités tandis que la surface, au moins pour ce qui concerne la propriété privée, ne l'était pas. Les espaces publics, comme les lieux de circulation, les cimetières, les

ossuaires et les abattoirs furent contrôlés dès le XVIII^e siècle, ce qui ne fut pas le cas de la propriété privée avant le XIX^e siècle.

La médicalisation de la cité au XVIII^e siècle est importante pour plusieurs raisons :

1) Par le truchement de la médecine sociale urbaine, la profession médicale est entrée directement en contact avec d'autres sciences voisines, principalement la chimie. Depuis cette époque de confusion pendant laquelle Paracelso et Vahelmont tentèrent d'établir les relations entre la médecine et la chimie on n'avait rien appris de plus à ce sujet. Ce fut précisément l'analyse de l'eau, des courants d'air, des conditions de vie et de la respiration qui mit en contact la médecine et la chimie. Fourcroy et Lavoisier se sont intéressés au problème de l'organisme à partir du contrôle de l'air urbain.

L'introduction de la pratique médicale dans un corpus de science physico-chimique se fit à travers l'urbanisation. L'on n'est pas passé à une médecine scientifique à partir de la médecine privée, individualisée, ni à partir d'un plus grand intérêt pour l'individu. L'introduction de la médecine dans le fonctionnement général du discours et du savoir scientifique se fit à travers la socialisation de la médecine, l'établissement d'une médecine collective, sociale, urbaine. C'est à tout cela que l'on mesure l'importance de la médecine urbaine.

2) La médecine urbaine n'est pas réellement une médecine de l'homme, du corps et de l'organisme, mais une médecine des choses : de l'air, de l'eau, des décompositions, des fermentations ; c'est une médecine des conditions de vie du milieu d'existence.

Cette médecine des choses esquissait déjà, sans toutefois que le terme apparaisse, le concept de milieu ambiant que les naturalistes de la fin du XVIII^e siècle, comme Cuvier, devaient développer. La relation entre l'organisme et le milieu s'est établie simultanément dans l'ordre des sciences naturelles et de la médecine par l'intermédiaire de la médecine urbaine. L'on n'est pas passé de l'analyse de l'organisme à l'analyse du milieu ambiant. La médecine est passée de l'analyse du milieu à celle des effets du milieu sur l'organisme et, finalement, à l'analyse de l'organisme lui-même. L'organisation de la médecine urbaine fut importante pour la constitution de la médecine scientifique.

3) Avec la médecine urbaine apparaît peu avant la Révolution française — qui aura une importance considérable pour la médecine sociale — la notion de salubrité. Une des décisions prises par l'Assemblée constituante entre 1790 et 1791 fut, par exemple, la création de comités de salubrité dans les départements et les principales villes.

Il faut signaler que la salubrité ne signifie pas la même chose que la santé, mais se réfère à l'état du milieu ambiant et à ses éléments constitutifs qui permettent précisément d'améliorer la santé. La salubrité est la base matérielle et sociale capable d'assurer la meilleure santé possible aux individus. Lié à cela, apparaît le concept d'hygiène publique comme technique de contrôle et de modification des éléments du milieu qui peuvent favoriser cette santé ou, au contraire, lui nuire.

Salubrité et insalubrité désignent l'état des choses et du milieu en tant qu'ils affectent la santé : l'hygiène publique est le contrôle politico-scientifique de ce milieu.

Le concept de salubrité apparaît, donc, au début de la Révolution française ; celui d'hygiène publique devait être dans la France du XIX^e siècle, le concept qui allait rassembler l'essentiel de la médecine sociale. Une des grandes revues médicales de cette époque, la *Revue d'hygiène publique*, qui commence à paraître en 1820, sera ainsi le porte-voix de la médecine sociale française.

Cette médecine restait très éloignée de la médecine d'État telle qu'on pouvait la rencontrer en Allemagne mais elle était beaucoup plus proche des petites communautés comme les villes et les quartiers. En même temps, elle ne pouvait compter sur aucun instrument spécifique de pouvoir. Le problème de la propriété privée, principe sacré, empêcha que cette médecine fût dotée d'un pouvoir fort. Mais, si la « Staatsmedizin » allemande la surpasse par le pouvoir dont elle dispose, il ne fait pas de doute que son acuité d'observation et sa scientificité sont supérieures.

Une grande partie de la médecine scientifique du XIX^e siècle trouve son origine dans l'expérience de cette médecine urbaine qui s'est développée à la fin du XVIII^e siècle.

Médecine de la force de travail

La troisième direction de la médecine sociale peut être examinée à travers l'exemple anglais. La médecine des pauvres, de la force du travail ou de l'ouvrier, n'a pas été le premier objectif de la médecine sociale mais le dernier. En premier lieu l'État, puis la cité, enfin les pauvres et les travailleurs ont été l'objet de la médicalisation.

Ce qui caractérise la médecine urbaine française c'est le respect de la sphère privée et de la règle de n'avoir pas à considérer le pauvre, la plèbe ou le peuple comme un élément menaçant de la santé publique. A ce titre, le pauvre, l'ouvrier n'a pas été pensé de la même manière que les cimetières, les ossuaires, les abattoirs, etc.

Pourquoi, au cours du XVIII^e siècle, ne s'est pas posé le problème des pauvres comme source d'un danger médical ? Les raisons sont nombreuses. L'une est d'ordre quantitatif : le nombre des pauvres n'était pas assez important dans les villes pour que la pauvreté représente un danger réel. Mais il y eut une raison plus importante : le pauvre était, à l'intérieur de la cité, une condition de l'activité urbaine. Les pauvres d'une ville accomplissaient en effet un certain nombre de tâches : ils distribuaient le courrier, ramassaient les ordures, enlevaient les meubles, les vêtements usés, les vieux chiffons qu'ensuite ils redistribuaient ou revendaient, etc. Ils faisaient ainsi partie de la vie urbaine. A cette époque les maisons n'avaient pas de numéros et il n'y avait pas non plus de service postal ; personne ne connaissait mieux que les pauvres la ville et tous ses recoins ; ils accomplissaient une série de fonctions urbaines fondamentales comme le transport de l'eau ou l'élimination des déchets.

Dans la mesure où ils faisaient partie du système urbain, comme les égouts ou la

canalisation, les pauvres remplissaient une fonction indiscutable et ne pouvaient être considérés comme un danger. Au niveau auquel ils se situaient, ils étaient plutôt utiles. A partir du second tiers du XIX^e siècle, le problème de la pauvreté se pose en terme de menace, de danger. Les raisons sont diverses :

1) Des raisons politiques d'abord : pendant la Révolution française et en Angleterre pendant les grandes agitations sociales du début du XIX^e siècle, la population nécessiteuse se transforme en une force politique capable de se soulever ou pour le moins de participer à des révoltes.

2) Au XIX^e siècle, on trouva un moyen qui se substituait en partie aux services offerts par la plèbe, comme l'établissement, par exemple, d'un système postal et d'un système de transport. Ces réformes sont à l'origine d'une vague de troubles populaires déclenchés pour s'opposer à ces systèmes qui privaient les plus démunis de pain et de la possibilité même de vivre.

3) Avec l'épidémie de choléra de 1832, qui commence à Paris pour se répandre ensuite dans toute l'Europe, se cristallisèrent un ensemble de peurs politiques et sanitaires suscitées par la population prolétaire ou plébéienne.

A partir de cette époque, on décida de diviser l'espace urbain en secteur riches et en secteurs pauvres. On considéra alors que la cohabitation entre pauvres et riches dans un milieu urbain indifférencié constituait un danger sanitaire et politique pour la cité. C'est de ce moment que date l'établissement de quartiers pauvres et de quartiers riches. Le pouvoir politique commença alors à intervenir dans le droit de la propriété et de l'habitation privée. Ce fut le moment du grand réaménagement, sous le second empire, de la zone urbaine de Paris.

Telles sont les raisons pour lesquelles, jusqu'au XIX^e siècle, la population urbaine ne fut pas considérée comme un danger médical.

En Angleterre — où l'on faisait l'expérience du développement industriel et où, par conséquent, la formation d'un prolétariat était plus importante et plus rapide — apparaît une nouvelle forme de médecine sociale. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu par ailleurs des projets de médecine d'État de type allemand. Chadwick, par exemple, vers 1840 s'inspira en grande partie des méthodes allemandes pour élaborer ses projets. En outre, Ramsay écrivit en 1846 un ouvrage intitulé *Health and Sickness of Town Populations* qui reflète le contenu de la médecine urbaine française.

C'est essentiellement la « loi des pauvres » qui fait de la médecine anglaise une médecine sociale dans la mesure où les dispositions de cette loi impliquaient un contrôle médical des nécessiteux. A partir du moment où le pauvre bénéficie du système d'assistance, il devient obligatoire de le soumettre à divers contrôles médicaux.

Avec la « loi des pauvres » apparaît de manière ambiguë un important facteur dans l'histoire de la médecine sociale : l'idée d'une assistance fiscalisée, d'une intervention médicale qui constituât un moyen d'aider les plus pauvres à satisfaire les besoins de santé que la pauvreté leur interdisait d'espérer. En même temps, cela permit de maintenir un contrôle par lequel les

classes riches, ou ses représentants au gouvernement, garantissaient la santé des classes nécessiteuses et, par conséquent, la protection de la population privilégiée. Ainsi s'est établi un cordon sanitaire autoritaire à l'intérieur des cités, entre riches et pauvres : à cette fin, on leur offrit la possibilité de recevoir des soins gratuits ou à moindre coût. Ainsi, les riches se libéraient du risque d'être victimes de phénomènes épidémiques issus de la classe défavorisée.

Dans la législation médicale on voit clairement la transposition du grand problème de la bourgeoisie de l'époque : à quel prix ? A quelles conditions ? Comment garantir sa sécurité politique ? La législation médicale contenue dans la « Loi des pauvres » correspondait à ce processus. Mais cette loi — et l'assistance-protection, comme l'assistance-contrôle qu'elle impliquait — ne fut que le premier élément d'un système complexe dont les autres éléments apparurent plus tard, aux environs de 1870, avec les grands fondateurs de la médecine sociale anglaise, principalement John Simon, qui complétèrent la législation médicale par un service autoritaire organisant non pas les soins médicaux, mais un contrôle médical de la population. Il s'agit des systèmes du « Health Service », du « Health Office », qui apparurent en Angleterre en 1875 et dont on estimait, vers la fin du XIX^e siècle, qu'ils avaient atteint le nombre de mille. Leurs fonctions étaient les suivantes :

- 1) contrôle de la vaccination pour obliger les différents éléments de la population à s'immuniser ;
- 2) organisation du registre des épidémies et des maladies capables de se transformer en épidémie, rendant obligatoire la déclaration de maladies dangereuses ;
- 3) localisation des lieux insalubres et, si besoin, destruction de ces foyers d'insalubrité.

Le « Health Service » se situait dans le prolongement de la « Loi des pauvres ». Tandis que cette loi comprenait un service médical destiné aux pauvres proprement dit, le « Health Service » se caractérisait par la protection de toute la population sans distinction et par le fait qu'il se composait de médecins offrant des soins non individualisés, mais qui concernaient la population tout entière, les moyens préventifs à prendre et, de même que la médecine urbaine française, les objets, les lieux, le milieu social, etc.

Cependant, l'analyse du fonctionnement du « Health Service » montre qu'il s'agissait d'un moyen de compléter au niveau collectif les mêmes contrôles garantis par la « Loi des pauvres ». L'intervention dans les lieux insalubres, la vérification des vaccinations, les registres des maladies, avaient en réalité pour objectif de contrôler les classes sociales nécessiteuses.

C'est précisément pour ces raisons que le contrôle médical anglais, assuré par les « Health Offices », a provoqué, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, de violents phénomènes de réactions et de résistances populaires, de petites insurrections anti-médicales. Ces cas de résistance médicale ont été signalés par Mc Keown dans une série d'articles publiés par la revue *Public Law*, en 1967. Je crois qu'il serait intéressant d'analyser, non seulement en Angleterre, mais dans divers pays du monde, comment cette médecine, organisée sous la forme d'un contrôle de la population nécessiteuse, a pu susciter de telles réactions. Par exemple, il est curieux d'observer que les groupes religieux dissidents, si nombreux dans les pays anglo-

saxons de religion protestante, avaient pour but principal au cours des XVII^e et XVIII^e siècles de lutter contre la religion d'État et l'intervention de l'État en matière religieuse. Par contre, ceux qui réapparurent au cours du XIX^e siècle avaient pour finalité de combattre la médicalisation, de revendiquer le droit à la vie, le droit de tomber malade, de se soigner et de mourir, selon le désir propre. Ce désir d'échapper à la médicalisation autoritaire fut une des caractéristiques de ces multiples groupes apparemment religieux, à l'intense activité, à la fin du XIX^e siècle, mais aujourd'hui encore.

Dans les pays catholiques, la situation était différente. Quelle signification peut avoir le pèlerinage à Lourdes, depuis la fin du XIX^e siècle jusqu'à nos jours, pour les millions de pèlerins pauvres qui arrivent là chaque année, sinon celle d'être une sorte de résistance confuse à la médicalisation autoritaire de leurs corps et de leurs maladies ?

Plutôt que de voir dans ces pratiques religieuses un résidu actuel des croyances archaïques, ne faut-il pas y voir la forme contemporaine d'une lutte politique contre la médicalisation politiquement autoritaire, la socialisation de la médecine, le contrôle médical qui pèse principalement sur la population pauvre ? La vigueur de ces pratiques encore actuelles réside dans le fait qu'elles constituent une réaction contre cette médecine des pauvres, au service d'une classe, dont la médecine sociale anglaise est un exemple.

De manière générale, on peut affirmer que, à la différence de la médecine d'État allemande du XVIII^e siècle, apparaît au XIX^e siècle et surtout en Angleterre une médecine qui consistait principalement en un contrôle de la santé et du corps des classes nécessiteuses, pour qu'elles soient plus aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches.

Cette voie anglaise de la médecine aura un avenir, contrairement à la médecine urbaine et surtout à la médecine d'État. Le système anglais de Simon et de ses successeurs a permis, d'un côté, d'établir trois choses : l'assistance médicale du pauvre, le contrôle de la santé de la force de travail et l'enquête générale de salubrité publique, protégeant ainsi les classes riches des plus grands dangers. Par ailleurs — et en cela réside son originalité — il a permis la réalisation de trois systèmes médicaux superposés et coexistants : une médecine d'assistance destinée aux plus pauvres ; une médecine administrative chargée des problèmes généraux comme la vaccination, les épidémies, etc. ; une médecine privée dont bénéficiaient ceux qui pouvaient se l'offrir.

Alors que le système allemand de médecine d'État était onéreux ; alors que la médecine urbaine française était un projet général de contrôle sans un instrument précis de pouvoir, le système anglais rendit possible l'organisation d'une médecine aux aspects et aux formes de pouvoir différents selon qu'il sera question d'une médecine d'assistance, administrative ou privée et la mise en place de secteurs bien délimités qui permirent, au cours des dernières années du XIX^e siècle et pendant la première moitié du XX^e siècle, l'existence d'une enquête médicale plutôt complète. Avec le plan Beveridge et les systèmes médicaux des pays les plus riches et les plus industrialisés d'aujourd'hui, il s'agit toujours de faire fonctionner ces trois secteurs de la médecine, quoiqu'ils soient articulés entre eux de manière différente.