

**Florent Palluault**

**Les Étudiants en médecine en Angleterre et en France, 1815-1858. Étude comparative**

Université d'Oxford

Faculté d'Histoire moderne – Histoire des Sciences et de la Médecine

Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de Docteur en Philosophie (D.Phil)

Septembre 2003

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle les professions médicales française et anglaise et leur système d'enseignement respectif présentaient des différences notables. La structure française, rationnelle et centralisée, contrastait grandement avec le libre marché éducatif où les étudiants anglais se formaient et obtenaient leurs diplômes.

En Angleterre la division de la profession en trois branches (médecine, chirurgie et pharmacie) était plus idéale que réelle et la grande majorité des médecins exerçaient l'ensemble de ces disciplines en tant que chirurgiens-apothicaires, alors que seul un petit nombre de chirurgiens et de médecins purs se cantonnaient dans un domaine unique. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle les trois corporations londoniennes qui contrôlaient la profession (Collège royal des Médecins, Collège royal des Chirurgiens et Société des Apothicaires) furent incapables de s'entendre sur une réforme qui aurait reconnu l'émergence des chirurgiens-apothicaires. Le compromis qui en résulta, l'Ordonnance sur les Apothicaires de 1815, ne fit guère qu'imposer une certification obligatoire pour les futurs médecins qui n'étaient pas diplômés d'université. A Londres, les écoles hospitalières et cours particuliers qui s'étaient développés indépendamment des corporations fournissaient un enseignement en médecine et chirurgie aussi bien aux futurs médecins qu'aux chirurgiens et aux apothicaires.

En France la structure professionnelle avait été largement similaire à celle de l'Angleterre pendant le XVIII<sup>e</sup> siècle bien que les progrès de la chirurgie lui eussent permis de se rapprocher de la médecine. Cependant, entre 1791 et 1803 la structure de la profession médicale et de l'enseignement subit des transformations fondamentales. Les corporations furent abolies, ainsi que les établissements d'enseignement (facultés de médecine et collèges de chirurgie) et l'État prit en charge la formation de l'élite médicale et chirurgicale en créant trois écoles de santé où l'enseignement de la médecine et de la chirurgie était formellement unifié. Parallèlement, de nouveaux établissements municipaux formaient les étudiants plus modestes. En 1803 ce double système fut renforcé d'une part par le rétablissement des diplômes de Docteur en médecine et Docteur en chirurgie, délivrés uniquement par les écoles de santé (renommées Facultés de Médecine en 1808), et d'autre part par la création du titre d'officier de santé qui reconnaissait le droit d'exercer la médecine à des jeunes gens à l'éducation plus limitée.

## **I. Vers des études de médecine**

Les motifs qui incitaient les jeunes gens et leurs familles à sélectionner la carrière médicale dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle devaient plus à ce qu'ils attendaient de son exercice qu'aux avantages inhérents à cette discipline. Certains jeunes gens choisissaient cette profession pour servir la communauté dans une position sociale respectée, d'autres pour s'élever vers une classe sociale supérieure, et d'autres enfin cherchaient simplement à poursuivre une tradition familiale.

Le choix d'un diplôme ou d'un certificat particulier était dicté moins par ce que les étudiants souhaitaient réellement que par des circonstances personnelles et financières qui

définissaient la mesure de leurs ambitions futures. Seul un petit nombre de jeunes gens bien éduqués pouvaient satisfaire les pré-requis du système éducatif afin d'accéder à l'élite de la profession. Cette catégorie d'étudiants ambitieux demeurait réduite du fait de la nature exigeante de l'exercice de la médecine et des revenus peu attractifs qu'elle offrait. La médecine attirait rarement les jeunes gens les plus riches, qui trouvaient dans le droit une carrière plus adaptée à leurs goûts et leurs intérêts. La plupart des étudiants en médecine provenaient d'ailleurs de familles des classes moyennes qui pouvaient offrir à leurs fils l'éducation primaire et secondaire nécessaire pour entreprendre des études de médecine et entretenir des espoirs raisonnables de réussite.

Chaque diplôme ou certificat exigeait des études préliminaires spécifiques : de bonnes connaissances classiques pour les étudiants des universités françaises et anglaises, une éducation plus limitée pour les futurs officiers de santé, et un apprentissage obligatoire pour les chirurgiens-apothicaires. Cependant, aucun type d'enseignement préliminaire ne préparait les élèves de manière satisfaisante pour les études médicales. Si l'on excepte les apprentis, qui sacrifiaient des connaissances générales poussées à une instruction plus pratique, les jeunes hommes ne possédaient que de vagues idées sur la nature et la difficulté de l'exercice et de l'étude de la médecine. Ils étaient donc incapables de profiter pleinement de la formation dispensée dans les écoles de médecine sauf s'ils accompagnaient un praticien dans ses visites et étudiaient des ouvrages pertinents avant de commencer leurs études.

## **II. Pendant les études de médecine : Premiers pas dans la formation**

A l'école de médecine, les jeunes étudiants découvraient un éventail déconcertant de disciplines, que les discours des professeurs lors de la séance inaugurale ne clarifiaient pas toujours. Même si les professeurs londoniens montraient de l'inquiétude pour les novices déroutés et abandonnés à eux-mêmes, ils portaient davantage d'attention à leur comportement et à ses conséquences sur la réputation de la profession. A Paris, en revanche, les professeurs semblaient moins sensibles à la confusion des étudiants, peut-être persuadés que le programme définissait suffisamment ce que l'école attendait d'eux.

Les étudiants devaient s'adapter à leur nouvel environnement et acquérir le détachement clinique nécessaire pour assister aux exercices pratiques d'anatomie et aux visites cliniques avec une distance émotionnelle propice à l'instruction. Ils découvraient aussi les divers pré-requis qu'ils auraient à satisfaire avant de passer leurs examens finaux. Ces pré-requis étaient adaptés aux objectifs des institutions qui délivraient les diplômes. Alors que chaque corporation anglaise insistait logiquement sur les sujets au cœur de leur discipline et que les universités anglaises se concentraient sur la médecine, le gouvernement français exigeait des docteurs—et dans une moindre mesure des officiers de santé—qu'ils maîtrisent le spectre complet des sujets liés à la médecine, la chirurgie et l'hygiène.

La régulation plus contraignante de l'enseignement médical français se traduisait par un grand nombre d'heures de cours pour le doctorat et l'officiat. Par contraste, les pré-requis établis par les institutions anglaises étaient une base minimale sur laquelle les étudiants étaient invités à construire une formation personnalisée. Cependant ces pré-requis minimaux permettaient également aux étudiants indolents d'obtenir un diplôme avec des connaissances limitées. La même souplesse apparaissait dans le cursus flexible établi graduellement par les corporations et les universités anglaises, ce qui contrastait avec le programme d'études précis, complet et rigoureux prescrit dès 1794 par la Faculté de Paris. Le contrôle plus étroit de l'enseignement médical à Paris impliquait aussi des examens intermédiaires à partir de 1829, un système adopté également par l'Université de Londres pour le Baccalauréat de Médecine (MB) en 1836. Le Collège des Chirurgiens et la Société des Apothicaires, de leur côté, n'avaient établi que des examens finaux, ce qui poussait certains étudiants à « bachoter » pendant les derniers mois de leur formation.

### **III. Pendant les études de médecine : Apprendre la médecine**

En France comme en Angleterre les élèves acquéraient un large éventail de connaissances et d'expériences à travers des cours théoriques, des exercices pratiques d'anatomie et des leçons cliniques. Cette tâche aurait été déjà colossale si les écoles de médecine avaient fourni un enseignement adapté aux besoins des étudiants mais dans les deux capitales aucun des systèmes éducatifs ne remplissait véritablement ses fonctions. Dans la première moitié du siècle les cours manquaient souvent d'aspect pratiques, d'exemples et d'illustrations. A Londres la formation clinique était généralement déficiente, avec des rondes précipitées et peu de leçons cliniques alors que les exercices pratiques d'anatomie souffraient d'un constant manque de cadavres que l'Anatomy Act de 1832 ne réussit pas à résorber complètement. La Faculté de Paris, de son côté, ne réussissait pas à atteindre ses objectifs élevés, qui étaient de fournir un enseignement médical exhaustif. Même si les étudiants étaient censés entreprendre une formation clinique étendue, les salles de clinique bondées offraient peu d'expérience pratique et poussaient les élèves à recourir aux cours particuliers dispensés dans d'autres hôpitaux. En outre, le relativement bon approvisionnement en cadavres conduisait souvent à des dissections bâclées.

La minorité d'étudiants qui réussissaient à obtenir un poste d'auxiliaire hospitalier (élèves de médecin, apprentis auprès d'un chirurgien, bandagistes (« dressers ») ou clercs de médecin à Londres et externes et internes à Paris) profitait d'une bien meilleure instruction que leurs pairs. Ces fonctions hospitalières leur offraient l'expérience pratique de soins administrés aux patients et créait une familiarité avec le personnel hospitalier qui pouvait se révéler utile pour la carrière future. A Paris, ces postes étaient attribués par des concours qui sélectionnaient l'élite des étudiants sur des critères de mérite atténués par l'influence persistante du « patronage ». A Londres l'accès à la plupart de ces postes était déterminé uniquement par l'argent jusque dans les années 1840 quand la réussite académique devint un facteur décisif, bien que les concours n'aient pas reçu de caractère systématique. A la différence de cette élite, la majorité des étudiants ne pouvait obtenir de réelle expérience clinique jusqu'à ce qu'un stage soit introduit dans le cursus en 1843 en France et à la fin des années 1860 en Angleterre.

La qualité de l'enseignement médical français et anglais était aussi influencée par l'accent mis sur certains aspects de l'instruction. A Paris, le gouvernement imposait aux étudiants un programme d'études qui penchait vers l'exploration anatomo-clinique et participait d'une volonté plus large de découvrir des faits nouveaux sur les maladies et d'améliorer la santé globale de la population. A Londres le cursus plus court établi par les corporations cherchait à fournir au futur praticien généraliste tous les moyens nécessaires pour soigner leurs patients et insistait donc sur la thérapeutique et les disciplines pharmaceutiques plutôt que sur la science médicale.

### **IV. Pendant les études de médecine : Au-delà du cursus prescrit**

Les défauts de l'enseignement se traduisaient logiquement en doléances et demandes d'améliorations de la part des étudiants et des réformateurs. A Londres, les récriminations des étudiants apparaissaient fréquemment dans la presse médicale et stimulaient réellement la compétition entre les écoles. A Paris, en revanche, les élèves se trouvaient face à deux institutions monolithiques (la Faculté et le Conseil Général des Hôpitaux) dont il était peu réaliste d'espérer des réformes rapides.

Les étudiants les plus ambitieux ressentaient le besoin de pallier les défauts du système éducatif et de rechercher une formation adaptée à leur objectifs personnels. Alors que beaucoup suivaient simplement le cursus et le complétaient parfois avec des cours optionnels, certains adoptaient une approche plus active et employaient tous les moyens qui se présentaient pour façonner leur propre formation. A Londres ces élèves studieux entreprenaient des études plus poussées qui s'additionnaient aux pré-requis habituels, et assistaient à des cours dans des

établissements divers. Les étudiants parisiens, de leur côté, désertaient les cours officiels obligatoires et les remplaçaient par des lectures ou par des leçons particulières à l'École Pratique de Dissection ou dans les hôpitaux. A la différence des titulaires de chaires, dont les leçons théoriques demeuraient mal adaptées aux attentes des élèves, les professeurs particuliers fournissaient un enseignement personnalisé et pratique. Pour compléter la formation fournie par les professeurs, les étudiants ambitieux cherchaient également à acquérir des connaissances et de l'expérience à travers des groupes d'étude, des contributions à des sociétés savantes et l'étude solitaire dans les bibliothèques et les musées.

## **V. En-dehors de l'école : les étudiants en médecine dans le contexte social**

La perception des étudiants en médecine par le public comme des jeunes hommes chahuteurs, mal élevés et irrespectueux des règles sociales était basée à la fois sur le comportement avéré d'une minorité d'entre eux et sur ce que le public imaginait de leur comportement à l'intérieur des salles de dissection. Les étudiants construisaient leur « esprit de corps » et socialisaient principalement pendant les dissections, dans un environnement où la proximité de la mort les distinguait radicalement du reste de la société. En Angleterre la condamnation générale du comportement des étudiants était aussi renforcée par les souhaits des réformateurs qui cherchaient à élever le statut des praticiens généralistes en façonnant le comportement des étudiants sur le modèle des étudiants-gentilshommes d'Oxford et Cambridge. Alors que quelques élèves londoniens cherchaient à corriger cette perception de la société et à défendre les étudiants en médecine, leurs camarades parisiens considéraient généralement leur comportement mutin comme typique de la jeunesse et se délectaient dans une certaine mesure d'une image de rebelles qui soulignait leur engagement politique. En obtenant leur diplôme ou certificat ils prouvaient également que leur comportement chahuteur n'était que temporaire et qu'il ne portait pas préjudice au statut des docteurs qui demeurait supérieur à celui des officiers à l'éducation plus limitée.

Les parents—riches ou modestes—n'accordaient à leur fils qu'une allocation mensuelle réduite afin de contrôler ses dépenses et de limiter les risques de dissipation. Les étudiants économisaient souvent pendant un mois entier afin de goûter les rares joies de la vie de luxe, et un comportement dépensier était donc plus occasionnel que régulier. Ils partageaient leur temps libre entre les activités utiles conseillées par leurs professeurs (lectures, recherches scientifiques) et des plaisirs plus attrayants comme le théâtre, les cafés et les tavernes qui constituaient leur lieux de socialisation préférés. Ils remplissaient aussi leurs obligations sociales envers leur famille et connaissances, qui pouvaient les aider à rencontrer des personnes influentes et à se construire un réseau de contacts. Ces périodes de répit au milieu des études étaient grandement nécessaires car le programme de cours pesant et l'environnement de travail lugubre entraînaient parfois les étudiants à sombrer dans la dépression et la maladie.

A Paris, la plupart des logements disponibles pour les étudiants étaient des chambres d'hôtel bon marché qui offraient beaucoup plus de liberté et de souplesse que les pensions où vivaient beaucoup d'étudiants londoniens. Néanmoins, plusieurs réformateurs anglais appelaient de leurs vœux l'adoption dans les écoles de médecine londoniennes d'un système collégial selon le modèle d'Oxford et Cambridge. Cependant ce système ne fut que partiellement introduit à King's College et à St Bartholomew. En France, des demandes similaires pour qu'un collège héberge tous les étudiants en médecine furent effectuées en vain.

Les étudiants français et anglais différaient grandement dans leurs relations à la société. Leur plus grande liberté permettait aux carabins parisiens d'établir et de maintenir des relations étroites avec des femmes (beaucoup vivaient ouvertement avec leur maîtresse), de s'impliquer dans la politique et de montrer un anticléricalisme prononcé. Par contraste, les étudiants anglais limitaient leurs relations avec les femmes à des rencontres furtives, n'étaient pas encouragés par

le contexte politique à faire part de leurs opinions à travers des démonstrations bruyantes, et tendaient à respecter la religion bien plus que leurs collègues français.

## VI. Vers l'exercice de la médecine

Les examens de qualification ne constataient généralement que d'une manière imparfaite le niveau de connaissances des étudiants car ils restaient assez peu exigeants et purement théoriques. Les examens pratiques ne furent introduits que dans les années 1830 à Paris et ne furent pas employés par les institutions anglaises avant le passage du Medical Act en 1858. En outre, l'absence de contrôles intermédiaires impliquait que les étudiants anglais négligeaient une préparation régulière et recouraient aux services des professeurs particuliers juste avant de passer leurs examens.

Le nombre d'étudiants qui échouaient avant la fin de leurs études était probablement dû plus aux défauts de leur formation, qui ne leur offrait pas suffisamment de motivation ou de pression pour qu'ils travaillent de manière régulière, qu'à la difficulté des examens. En Angleterre, l'absence d'un processus de pré-sélection—sauf à l'Université de Londres—explique également la grande proportion d'étudiants qui ne parvenaient pas à obtenir leur diplôme.

Le lien étroit entre les places d'auxiliaire hospitalier (externat et internat) et le recrutement de l'élite des praticiens français permettait aux étudiants ambitieux d'utiliser leur réussite scolaire pour renforcer leurs perspectives de carrière. Par comparaison, l'organisation anglaise présentait une structure sociale plus rigide où les étudiants en médecine trouvaient moins d'occasions de réviser leurs options professionnelles.

La plupart des jeunes gens s'établissaient en tant que médecins généralistes alors que ceux qui souhaitaient devenir praticiens hospitaliers ou enseignants devaient entreprendre des préparations additionnelles et cherchaient à se distinguer par des prix, des publications, ou une spécialisation. Les Anglais choisissaient aussi de compléter leurs études à l'étranger, et en particulier à Paris, afin de se différencier de leurs pairs.

Quelle que soit la qualification obtenue, s'établir en tant que praticien représentait souvent une entreprise risquée pour les jeunes médecins qui n'avaient pas la chance de rejoindre un cabinet déjà installé en tant que partenaire. La patience et la persévérance étaient essentielles pour gagner la confiance de la clientèle. Mais la confiance dans ses propres capacités, édifiée sur des années de formation, était un atout que les jeunes praticiens les plus consciencieux étaient heureux de posséder lorsqu'ils étaient appelés pour traiter leurs premiers patients.

L'opinion d'Abraham Flexner sur la similitude des écoles de médecine françaises et anglaises au XIX<sup>e</sup> siècle semble uniquement valide pour la seconde moitié de cette période.<sup>1</sup> Comme Thomas Bonner je suis d'avis que les spécificités institutionnelles ont profondément affecté la manière dont l'enseignement médical était dispensé des deux côtés de la Manche.<sup>2</sup> A travers une étude plus précise de la France et de l'Angleterre ce travail a enrichi la contribution plus ambitieuse de Bonner en quantifiant et qualifiant les différences institutionnelles entre l'enseignement de la médecine en France et en Angleterre. Elle a montré que le rôle du gouvernement français et des corporations anglaises dans la définition de l'enseignement médical dans leur pays respectif avait créé deux paradigmes différents d'enseignement.

---

<sup>1</sup> A. Flexner, *Medical Education: A Comparative Study* (New York, 1925), 27, 30.

<sup>2</sup> T. N. Bonner, *Becoming a Physician. Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945* (Oxford, 1995), 132, 145.