Histoire de la Médecine

N° 16

Revue trimestrielle

Décembre 2022

Deuxième opus : Quinquina et quinine – une pharmacocénose imagée

Histoire des maladies rares

Le premier âge de la Société médico-psychologique (1852-1867)

Usage punitif de la psychiatrie en URSS

Naissance de l'enseignement vétérinaire à Lyon

Histoire du Syndrome de Kleine-Levin

Édouard Bisson (1856-1943) Après l'opération de la lithotritie (1889) Huile sur toile (300X233cm) Paris Hôpital Necker

Ceux du Pharo

L'association des anciens et amis du Pharo, plus communément appelée « Ceux du Pharo » a été fondée en 2013, au lendemain de la fermeture de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées à Marseille (École du Pharo). Elle a pour buts la conservation de la mémoire de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (1905-2013) ; la promotion de la mémoire des Anciens du Pharo, célèbres ou non ; l'aide à la publication d'ouvrages, en lien avec l'histoire et la vie du Pharo et de ceux qui y sont passés (par exemple, ouvrages sur le Pharo, sur la pathologie tropicale, sur un vécu outre-mer ou écrits par des Anciens du Pharo) ; le renforcement des échanges scientifiques et techniques ; le parrainage de manifestations scientifiques en pathologie tropicale ; la conservation des archives et documents historiques.

Privilégiant la convivialité, « Ceux du Pharo » édite un bulletin mensuel adressé aux membres par voie électronique, un compte facebook (facebook.com/groups/ceuxdupharo) ainsi qu'un site internet (http://www.ceuxdupharo.fr) d'accès libre. L'association a également fondé et organisé deux congrès de médecine tropicale à Aubusson, édité une douzaine de livres, créé un prix littéraire annuel pour tous types d'ouvrages ayant trait à l'outre-mer (règlement sur le site internet) et organisé une dizaine de cérémonies commémoratives.

L'association compte aujourd'hui 434 membres, hommes et femmes, civils et militaires, médecins ou non, et il vous est possible d'y adhérer en adressant un courrier (nom, prénom, adresse, téléphone, e-mail) avec un chèque de 25 euros à

Ceux du Pharo
Résidence Plein-Sud 1
Bâtiment B3
Boulevard Ange Delestrade
13380 Plan-de-Cuques

Histoire de la Médecine

Revue trimestrielle : septembre, décembre, mars, juin.

Siège : Revue Histoire de la Médecine, Faculté de Médecine Paris Cité, site universitaire de Necker, 160 rue Vaugirard, Paris 75015.

FONDATEURS DE LA REVUE : Jean-Noël Fabiani-Salmon, *Professeur Émérite, Faculté de Médecine Paris,* Claude Harel, *coordinateur pédagogique des enseignements en Histoire de la Médecine, Faculté de Médecine Paris Cité.*

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Noël Fabiani-Salmon, *Professeur Émérite Faculté de Médecine de Paris.*

CODIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Johan Pallud, *Professeur des universités, neurochirurgien GHU Paris, Faculté de médecine de Paris.*

RÉDACTEUR EN CHEF : Claude Harel, *coordinateur pédagogique des enseignements en Histoire de la Médecine, Faculté de Médecine de Paris.*

RÉDACTEURS EN CHEF ADJOINTS : Professeur Pascale Piolino, Membre de l'Institut universitaire de France, Directrice du laboratoire de recherche LM2/LC2, laboratoire université de Paris. Dr Robin Baudouin, *ORL et chirurgie cervico-faciale, Faculté de Médecine Simone Veil, chef de clinique à l'hôpital Foch.*

COMITÉ DE LECTURE : Jean-Noël Fabiani-Salmon, Claude Harel, Johan Pallud, Robin Baudouin, Bernard Granger, Pascale Piolino, Olivier Lafont, Martin Catala, Yves Edel , Jacqueline Vons et Françis Louis.

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Dr Olivia Anselem (Paris), Pr Jacques Battin (Bordeaux), Dr Robin Baudouin (Paris), Dr Frédéric Bauduer (Bayonne), Frédéric Bizard (Paris), Dr François Boustani (Montrouge), Pr Jean-Baptiste Busaall (Paris), Dr Michel Caire (Paris), Dr Philippe Charlier (Paris), Pr Dominique Chauvaud (Paris), Pr Olivier Cussenot (Paris), Dr Bruno Danic (Rennes), Mr. Marc Dupont (Paris), Dr Yves Edel (Paris), Dr Amine Elhassani (Rabat), Pr Bernard Granger (Paris), Dr Bruno Halioua (Paris), Pr Jacques Hardy (Lille), Stéphane Henry (Paris), Mme Marie-Noëlle Himbert (Paris), Pr René Jancovici (Paris), Dr Ben Kavoussi (Los Angeles), Pr Olivier Lafont (Paris), Pr Laurent Lantieri (Paris), Pr Paul Legmann (Paris), Gaston Leroux-Lenci (Ajaccio), Dr Jamal Mehssani (Rabat), Pr Albert Mudry (Lausanne), Pr Serge Nicolas (Paris), Dr Stanis Perez (Paris), Pr Pascale Piolino (Paris), Dr Alexandre Salvador (Paris), Pr Laurent Sedel (Paris), Dr Pierre Thillaud (Paris), Pr Georges Vigarello (Paris), Dr Steve Wilhem (Phnom Penh), Dr. Jean Pascal Durand (Tours), Pr Patrice Bourdelais (Paris).

CONCEPTION GRAPHIQUE : Michel Tournier - cellule pré-presse/graphisme Université Paris Cité - 12 rue de l'École de Médecine, Paris 75006.

IMPRESSION : Service de la reprographie de l'Université de Paris - 12 rue de l'École de Médecine, Paris 75006.

RENSEIGNEMENTS & PROPOSITION D'ARTICLES : Claude HAREL, *rédacteur en Chef de la Revue Histoire de la Médecine,* Faculté de Médecine Paris Cité, site universitaire de Necker, 160 rue Vaugirard, Paris 75015. : claude.harel@u-paris.fr

SIÈGE DE LA RÉDACTION ET CONTACT : « Revue Histoire de la Médecine », rédacteur en chef Claude Harel, Faculté de Médecine Paris Cité, site universitaire de Necker, 160 rue Vaugirard, Paris 75015. France.

POUR RECEVOIR CETTE LA REVUE *: voir encart en quatrième de couverture.*

Version électronique disponible dès Le numéro de septembre 2020.

DÉPÔT LÉGAL : Décembre 2022. ***ISSN*** **: 2678-842X**

Notre couverture

Félix Guyon

Peintre académique, de style Belle Époque, **Bisson** ignore toute sa vie les différents mouvements de son temps : l'impressionnisme, le naturalisme, le pointillisme, le réalisme, le symbolisme, le cubisme, l'expressionnisme, le fauvisme... Bref ! il n'adhère à aucune École, à aucun courant, ce qu'il aime c'est surtout peindre les jeunes femmes en tenues vaporeuses.

Ce tableau, présenté au Salon de 1890, intitulé « *Après l'opération de la Lithotritie* », semble marquer chez l'auteur une rupture radicale de style, mais elle ne sera que ponctuelle. **Édouard Bisson** s'explique en soulignant qu'il s'agit de la commande d'un particulier ; le client est connu, c'est **Iffla Osiris**, riche financier qui voulait ainsi remercier le Professeur **Félix Guyon**, son chirurgien, en lui offrant ce tableau.

Pour réaliser cette **toile, Bisson** accède à l'univers hospitalier en se rendant régulièrement dans le service de **Félix Guyon** à l'hôpital Necker.

Le Pr Félix Guyon, est né à la Réunion en 1831, fils d'un Officier médecin de la Marine et d'une mère créole, il fait sa médecine à Nantes ; il monte ensuite à Paris où il accède rapidement à l'Agrégation en chirurgie puis au titre de Chef de service. Membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, il est considéré comme le fondateur de la chirurgie urologique moderne en France ; toutefois n'oublions pas que sur ce chemin il poursuit l'œuvre déjà bien avancée de **Jean Civiale** qui s'était fait une quasi-spécialité du broyage des calculs, cette technique venant remplacer la cystotomie.

Le Dr Jean Civiale, lui-même a eu un destin remarquable. **Félix Guyon** lui succédera à Necker en 1867. On ignore à l'époque de **Civiale** les conditions d'analgésie, ce n'était sans doute pas le souci premier des chirurgiens d'alors, **Jean Civiale** introduit la notion d'hyperspécialisation dans la médecine. C'est un praticien hors normes, il sera promu Professeur et Chef du service d'urologie de l'hôpital Necker sans passer le moindre concours, sa compétence justifiait à elle seule ces nominations ; on imagine qu'une telle procédure lui attira moultes attaques de ses confrères. Si **Félix Guyon** est bien considéré comme le père de l'urologie française, n'oublions surtout pas que son prédécesseur, **Jean Civiale**, totalise 1500 lithotrities avec un pourcentage de réussite très significatif, sans doute lié à un souci d'hygiène qui, pour l'époque, était plus que rare chez les chirurgiens !

Le point fort concernant **Félix Guyon** c'est d'avoir fondé l'école de « chirurgie urologique française » en ouvrant la "Clinique des voies urologiques" à Necker, donc la première chaire française exclusivement consacrée à l'urologie. Si **Guyon** est considéré aujourd'hui comme le pionnier de la lithotritie et de la prostatectomie, n'oublions surtout pas que **Jean Civiale,** dans l'évolution des techniques de ce chapitre chirurgical, a grandement ouvert la voie en y ajoutant de surcroît l'usage systématique des statistiques comme preuve de l'efficacité de ses approches et méthodes. ◆

Claude HAREL

Histoire de la Médecine
Revue trimestrielle
Décembre2022
N° 16

Au sommaire *de ce numéro*

- ***Éditorial*** • *Claude Harel* — *4*
- ***Billet D'humeur*** • *Jean-Noël Fabiani-Salmon* — *5*
- ***Deuxième opus : Quinquina et quinine – une pharmacocénose imagée*** • *Bertrand Lefrère* — *7*
- ***D'une évolution thérapeutique & politique à une révolution numérique*** • *Marianne Lahana* — *14*
- ***Le premier âge de la Société médico-psychologique (1852-1867)*** • *Jean Christophe Coffin* — *18*
- ***Usage punitif de la psychiatrie en URSS*** • *Sonia Hakimi & Louis Chevalier* — *21*
- ***Naissance de l'enseignement vétérinaire à Lyon*** • *Fanny Demars* — *24*
- ***Histoire du Syndrome de Kleine-Levin*** • *Albane Pelluet & Antoine Jaffiol* — *30*
- ***Les livres à lire*** — *34*

Édito

Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous arrivons à la fin de l'année, c'est le moment des bilans et, au-delà, de la formulation de projets pour la nouvelle année 2023.

S'agissant de 2022 : Ce que nous retiendrons de ces douze mois passés c'est avant tout la satisfaction, pour le CIRHMS, d'avoir pu rmaintenir l'enseignement du DU en Histoire de la médecine et des maladies. Ce n'était pas gagné d'avance, mais nous avons pu garder le cap grâce à la substitution de moyens mis en place. Pour le moins cette année fut celle de tous les dangers. Le second aspect qui ne peut que nous donner du courage, c'est bien l'internationalisation des contacts qui renforce nos ambitions pour l'enseignement de l'Histoire de la médecine et des maladies. Merci à nos amis Belges, Suisses, Néerlandais, Russes, Américains, qui ont participé à notre dernier Congrès international. Il faudra sans doute encore progresser afin de permettre une expansion soutenue vers l'ensemble de nos partenaires actuels ou potentiels, mais cette étape est réconfortante ; ce sera le thème de ce prochain trimestre ; que celles et ceux qui sont intéressées par le fait de participer à cet essor se manifestent en nous proposant leurs idées, actions et projets, c'est un point crucial pour l'avenir de l'histoire de la médecine que de fédérer nos passions, le seul moyen qui nous permettra de lutter contre un état généralisé qui ressemble bien à une résignation ambiante. Nous nous sommes aussi rapprochés du Service de Santé des Armées et des « Anciens du Pharo ». Merci au Dr Francis Louis, ancien de Santé Navale, devenu médecin de la Coloniale, d'avoir mené si positivement les rapprochements entre nous et permettre nos futures collaborations. Merci aussi à Madame le Professeure Jacqueline Vons de participer à nos efforts en nous proposant ses recherches et les productions Historiques qu'elle a su promouvoir au sein de la Faculté de médecine de Tour sous la forme d'une publication électronique. Nous sommes maintenant plus confiants car le nombre de passionnés croit d'une année à l'autre et nous arriverons bien, un jour ou l'autre, à faire admettre l'Histoire de la médecine comme une discipline incontournable. Ceci ne se fera pas sans l'institution d'une école doctorale. Plusieurs axes sont possibles et nous y travaillons depuis des années, ce n'est pas simple mais, là encore, nous sommes confiants. Deux approches sont possibles : l'approche internationale et l'approche nationale ; aucune des deux n'est à négliger et nous portons nos efforts afin d'aboutir à ces ouvertures.*

*Cette année fut aussi, hélas, marquée par la disparition de deux de nos intervenants : le Professeur **Laurent Parodi**, qui avait répondu avec enthousiasme à ma demande afin de nous enseigner l'Histoire des zoonoses ; il nous a proposé quelques heures de cours d'une rare qualité. Président honoraire de l'Académie nationale de médecine, Médecin vétérinaire, Professeur émérite et Directeur honoraire du département de pathologie vétérinaire à l'École vétérinaire d'Alfort, il nous a fait l'honneur d'adhérer à notre enseignement et nous n'oublierons jamais son engagement. Le Professeur **Yves Coppens**, Paléologue et paléoanthropologue, Professeur émérite au Museum national d'Histoire naturelle, Professeur émérite au Collège de France, membre de l'Académie des Sciences, membre de l'Académie nationale de médecine, il nous a proposé une master class qui restera longtemps dans nos esprits : Trugarez dit Yves !*

Je termine en vous souhaitant une excellente année 2023 et en vous remerciant pour votre adhésion et pour votre soutien au CIRHMS ; vous en êtes sa force et nous espérons que vous prendrez une part active à son développement.

A bientôt et bon début d'année à toutes et à tous

Avec toute notre sympathie.

(*) : Les Carnets d'histoire de la médecine se situent dans la continuité de cette conception qui cherche à comprendre comment l'histoire de la médecine s'inscrit dans l'histoire des idées en général, à la confluence de la culture scientifique et de la culture humaniste. Une équipe de rédaction et un comité de lecture ont été constitués pour mettre en œuvre ce projet favorablement accueilli par Patrice Diot, doyen de la faculté de médecine de Tours.

Renseignements : jacqueline.vons@orange.fr

Claude HAREL
Directeur exécutif du CIRHMS, Rédacteur en Chef
de la revue Histoire de la médecine,
Coordinateur des enseignements en Histoire de la médecine
et des maladies à la faculté de médecine de Paris Cité.

le billet d'Humeur ...

Et si la surpopulation de la terre *n'avait pas lieu !*

◆ Jean-Noël Fabiani-Salmon

Professeur Jean-Noël Fabiani-Salmon, Chirurgien Cardio-vasculaire, ex directeur du département de chirurgie Cardio-vasculaire à l'HEGP,

Codirecteur de l'enseignement en Histoire de la médecine à l'Université de Paris,

Membre du Conseil de l'Ordre Membre de l'Académie de chirurgie,

Membre correspondant de l'Académie nationale de Médecine,

Il est auteur de nombreux ouvrages liés à l'Histoire de la médecine et Directeur de la Revue Histoire de la médecine

Thomas Malthus était pasteur anglican et économiste. Il a donné son nom à la doctrine qui prônait un contrôle de la croissance des naissances en démontrant que la population augmentait de façon exponentielle, alors que les ressources alimentaires ne suivaient que de façon arithmétique. Il avait prédit ainsi que les ressources naturelles ne seraient pas suffisantes pour nourrir une population de plus en plus importante. Tous de son temps, le traitèrent de pessimiste[1]. Et pourtant...

Aujourd'hui, nous sommes plus de 7,6 milliards d'êtres humains sur Terre[2]. Il a fallu 200 000 ans à l'humanité pour atteindre le nombre d'un milliard. Et seulement 200 ans pour atteindre 7,6 milliards. Selon les dernières projections, nous serons 9,5 milliards d'ici 2050. Et comme le prédisait le brave Malthus, on peut expliquer ces prévisions par l'explosion démographique des pays émergents et l'allongement de la durée de vie dans les pays développés. Trois domaines devraient être fortement impactés par cette situation : l'eau, la nourriture et la pollution.

- L'eau est finalement la ressource la plus précieuse sur Terre : une surpopulation mondiale pourrait entraîner des conflits généralisés liés à l'accès à l'eau. À l'heure actuelle, quatre-vingt pays manquent d'eau et une personne sur cinq n'a pas accès à l'eau potable.
- La nourriture : Aujourd'hui déjà tous les individus de la planète ne mangent pas à leur faim, les denrées alimentaires étant inégalement distribuées. L'une des conséquences de la surpopulation mondiale serait d'aggraver ces inégalités et de provoquer des famines génératrices de migrations massives de populations vers les pays les plus favorisés.
- La pollution de la planète est aussi directement liée à la surpopulation mondiale car tous les nouveaux nés sont indiscutablement des pollueurs en puissance. Mais la pollution la plus importante concerne les pays industrialisés. Or le niveau de vie des pays émergents vise à se rapprocher rapidement des pays les plus pollueurs en utilisant largement toutes les formes d'énergie fossile.

Pendant les années 1960, on pensait que la population mondiale allait croître indéfiniment.

Dans son ouvrage « *La bombe P* », paru en 1968, le démographe américain Paul R. Ehrlich prédisait une « famine massive » au cours des années 1980 en raison de la surpopulation. Mais, après un pic de 2,05 % par an dans les années 1965-1970, la croissance de la population mondiale a commencé à ralentir pour atteindre

[1] - 1824 : Malthus rédige l'article *Population* pour le supplément de l'Encyclopedia Britannica. Un long extrait de ce texte fut publié en 1830 sous le titre de *A summary view of the Principle of Population*.

[2] - Rapport de juin 2017 des Nations Unies.

1,1 % aujourd'hui, ce qui nous amène, d'après l'ONU aux prévisions actuelles de 9,7 milliards d'habitants en 2050 et 11 milliards d'ici la fin du siècle.

Il est toutefois possible que ces prévisions s'avèrent tout à fait inexactes car les hommes percevant le danger ont commencé à réagir avec plus ou moins de bonheur et d'efficacité. En Europe et en Amérique du Nord, la question ne se pose pas car spontanément le nombre des naissances s'est limité avec un solde négatif, justifiant l'immigration[3]. En revanche en Chine, de 1979 à 2015, on conduisit la politique de l'enfant unique qui consistait à n'avoir qu'un enfant. Et de préférence un garçon, ce qui pendant plus de 30 ans provoqua abandons et infanticides de petites filles... Depuis 2015, cette politique n'existe plus officiellement, la Chine ayant pris conscience que sa population devenait presque exclusivement masculine... Cependant elle met actuellement en place une politique pour favoriser les familles restreintes (pas plus de trois enfants). Aujourd'hui c'est en Inde que la question se pose, avec certes une politique de contrôle qui se cherche en favorisant les familles qui n'ont qu'un seul enfant et en leur permettant de bénéficier des soins de santé et d'éducation gratuits. Dans les probables futures lois, les familles nombreuses n'auraient plus le droit de se présenter aux élections... Et les habitants qui se porteraient volontaires pour la stérilisation bénéficieraient d'une réduction d'impôt conséquente ! Ils recevraient aussi un meilleur salaire de l'État et les propriétaires de nombreuses subventions ! On a même parlé dans ce pays de camps de stérilisation pour les femmes où auraient été réalisées à la chaîne presque cent stérilisations par jour, moyennant la somme de 10 dollars par patiente. Quant aux hommes, plus de huit millions furent stérilisés dans les années 70.

Venons-en à l'Afrique dont la population était évaluée il y a quatre siècles à près de 17 % de la population mondiale. Puis ce chiffre a chuté pour atteindre 7 % en 1900. Mais en 2019, l'Afrique est de nouveau à 17 % de la population du monde qui s'est considérablement accrue entre temps. Mais les prévisions suggèrent qu'elle pourrait doubler ou tripler d'ici 2050.

Vers une disparition de l'humanité ?

Pourtant, la croissance démographique est deux fois moins importante aujourd'hui qu'il y a 30 ans. Pourquoi une telle "décélération" ? D'abord beaucoup de parents hésitent à mettre au monde des enfants sur une planète dont l'avenir est incertain ou, tout du moins leur souhaitant « une vie de qualité », se limitent à deux enfants. Ensuite parce que de plus en plus de femmes accèdent à une meilleure éducation et maitrisent mieux les procédés de contraception... En moyenne, dans le monde, les femmes donnent actuellement naissance à 2,4 enfants, contre 5 en 1950. L'avenir des « petites familles » semble donc s'imposer.

Selon les dernières projections de l'ONU pour la population mondiale, notre planète devrait être peuplée en 2050 par 9,8 milliards d'êtres humains et la moitié de cette croissance serait concentrée en Afrique, dont la mortalité infantile diminue progressivement. La fécondité aussi semble y marquer le pas : elle est de 4,5 enfants par femme en moyenne aujourd'hui contre 5,5 en 2000.

● Foule au Sénégal.

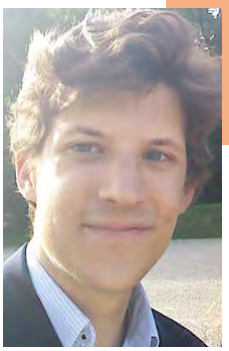
Mais après 2050, le scénario d'une évolution décroissante de la population mondiale est sérieusement envisagé par les prédictions de l'ONU. Cependant, il est clair que les projections à très long terme restent sujettes à de multiples facteurs difficilement prédictibles (politique, guerre, épidémies...). Mais si les pays en voie de développement se mettent à copier plus rapidement que prévu ceux où la transition démographique est achevée, et font moins de deux enfants par femme, de façon durable, la population mondiale atteindrait toujours son maximum (9,7 milliards) autour de 2050, puis se mettrait à diminuer, inexorablement... jusqu'à l'extinction ! « Sur le long terme, la population ne pourrait que baisser à l'échelle mondiale, et en quelques millénaires, l'humanité disparaitrait », décrit Gilles Pison[4].

Sans en arriver aux extrêmes des raisonnements théoriques, on ne peut qu'être frappé par les grands mécanismes de régulation naturelle qui recherchent un équilibre spontané entre population et ressources. L'extinction de l'espèce par la surpopulation n'est peut-être pas inéluctable et les prédictions de Malthus peuvent finalement s'avérer fausses. ◆

[3] - Gilles Pison : Prospective Community Studies in Developing Countries (1997).

[4] - Gilles Pison : Atlas de la population mondiale. Atlas Monde. 2019.

◆ Dr Bertrand LEFRÈRE,
Assistant hospitalo-universitaire
Service de Biochimie générale
Hôpital Necker-Enfants Malades
Inserm UMR_S1139
bertrand.lefrere@aphp.fr



Deuxième opus : *Quinquina et quinine – une pharmacocénose imagée*

> D'une écorce fameuse, et qui va tous les jours
> Rappeler des mortels jusqu'au sombre rivage. »
>
> Jean de La Fontaine, *Poème du Quinquina.*

Nous proposons de poursuivre l'analyse thématique, connotative, pour reprendre Barthes, d'un riche recueil iconographique dont nous ne soulèverons, ici comme précédemment [1], que certains pans. La densité de ce corpus, dédié au quinquina et la quinine, reflète indirectement le poids économique considérable des premiers chevaliers d'industrie pharmaceutique, de pair avec les preuves grandissantes d'efficacité clinique [2] pour traiter notamment le paludisme, maladie presque cosmopolite.

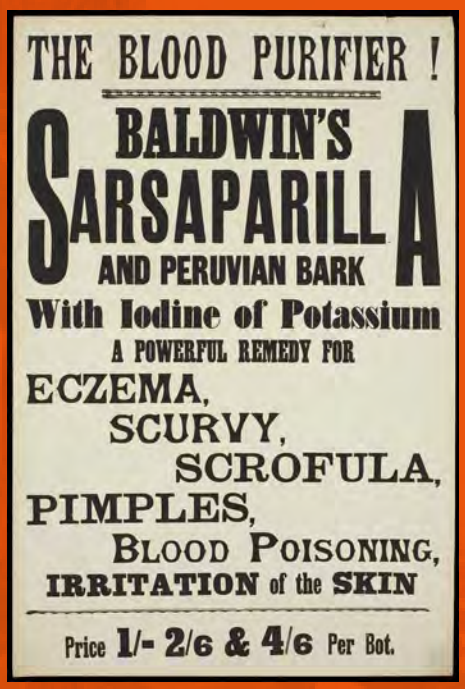
Les encadrements juridiques, effleurés, pour leurs premiers jalons, dans le précédent article, déteignent sur la cinétique globale du corpus. Durant l'entre-deux-guerres, où la profession publicitaire se structure [3], un décret abroge l'interdiction faite de promouvoir les remèdes dits secrets [4]. Progrès techniques d'impression, prix décroissants de quinine, demande accrue pour les campagnes d'éradication vectorielle expliquent aussi en partie la cinétique de notre collection, dont l'acmé se situerait au début du XXe siècle. Majoritairement françaises, ces publicités émanent principalement de pays occidentaux au monopole industriel historique. Biais de recherche exclu, cette prédominance peut s'expliquer par le rôle majeur de la France dans la connaissance de l'écorce péruvienne à la fin du XVIIe [5], sa prédilection toute particulière pour l'affiche [6], la découverte de la quinine et son exploitation industrielle [7].

Le terme *publicité* remplace en 1941 la « réclame », terme jugé trop empirique pour la nouvelle corporation [4]. Les modalités juridiques de diffusion dépendent du destinataire. Adressée au praticien, la publicité dite technique, ciblée, par voie postale ou lors de visite, est libre, mais doit s'abstenir de tout conflit d'intérêt [8]. Pour le patient, sauf exception, elle l'est tout autant, à condition de n'indiquer que nom et composition de médicament, celui du pharmacien assorti de ses titres [8]. Ces publicités tendent à se raréfier durant la seconde guerre mondiale, où l'industrie pharmaceutique, à l'inverse du conflit précédent, semble mal en point [8]. Les années cinquante, puis soixante, apportent davantage de cohérence sur le plan législatif : toute publicité de médicament doit obtenir un visa renouvelable, délivré par le ministre des affaires sociales après consultation d'experts soucieux d'en scruter la « loyauté » et l'aspect informationnel [8, 9]. Un décret, en 1968, marquera un nouveau jalon : la publicité technique ne doit pas être illustrée, sauf à montrer des images directement liées à la connaissance et l'utilisation du produit, ou bien à être publiées dans des revues médicales, sous forme d'encarts, avec seulement des mentions obligatoires [10]. Cette règlementation croissante, ainsi que l'émergence des dérivés de l'artémisine dans le traitement du paludisme, pourraient être liées à la raréfaction progressive des iconographies.

Juger l'arbre par son écorce ?

L'argumentation publicitaire peut s'appuyer sur l'origine géographique de l'écorce, ici associée à une autre drogue végétale alors réputée (1), décrite par La Condamine et Jussieu. Nous avions rappelé l'importance du fait maritime pour l'expédition scientifique et la diffusion commerciale [1]. Mettant l'accent sur l'aspect « véritable » (2) ou, épithète plus nuancée chimiquement, de « pur », ces publicités rappellent les falsifications constatées, tout particulièrement au XIXe siècle, et la nécessité d'un contrôle par les pharmaciens. Les techniques de fraude sont multiples : mélange ou camouflage d'écorces pendant le triage, addition de substance chimique amère ou de poudre de nature différente [11], le tout facilité par les multiples intermédiaires de cette véritable chaîne économique [12].

L'appellation *quinquina* constitue le leitmotiv scandé par nombre de marques de vins médicinaux, quand d'autres préfèrent les termes de *quina, china, kina, china china,* voire *chinino, chinina, chinato*... La diversité de ces dénominations trahit la méconnaissance originelle de cette drogue paradoxalement très fameuse. Ainsi, *China china* est une invention de Bado, médecin génois [12]. Le vocable *quina quina* serait vernaculaire, hérité du quecha qui aurait désigné un tout autre arbre [13]. La paternité de la découverte de l'écorce n'est en effet pas clairement établie, tant l'historiographie, parfois légendaire, s'avère contradictoire sur le plan taxonomique, étymologique et thérapeutique [14]. D'où une confusion sémantique et botanique totale jusqu'à l'ère du contrôle chimique – imbrigliolo lié à plusieurs facteurs : méconnaissance de l'arbre, défaut d'harmonisation, intermédiaires multiples, falsification fréquente, monopole jaloux des puissances... Un simple souci esthétique semble guider le choix d'éclairer ces feuilles et sommités fleuries (3), qui ne servent pas, au contraire de l'écorce, à l'extraction de la quinine [13].



1

2

3

● 1. Lithographie, 76.3 x 50.7 cm. Date précise inconnue.
Le purificateur du sang ! Salsepareille de Baldwin et écorce du Pérou avec de l'iodine du potassium.
Un remède puissant pour l'eczéma, le scorbut, l
a tuberculose, les boutons, l'empoisonnement du sang, l'irritation de la pea. Prix 1/-2/6 & 4/6 par bouteille.
2. R. Ross, *The Prevention of Malaria*. 1910, Londres. Wellcome Library, London
3. Revue Paludisme, 1945. Musée François Tillequin, Collections de matière médicale, Paris.

De récentes publicités entendent ainsi séduire par l'aspect « naturel » du quinquina, dépeignant le produit enchâssé dans l'écorce même, dans un schéma de couleur rouge reliant écorce, quinine, et effet capillaire supposé, héritier du caractère historique de panacée (4).

Un extrait de l'*Illustration,* en 1938, se distingue (5), où le quinquina semble personnifié en une dryade autochtone – bien que l'arbre en question tienne davantage du cocotier –, pour rencontrer une allégorie française de la vigne. Le soleil, symbole hautement polysémique, pourrait être une référence au pays du soleil couchant, où fut découvert le quinquina, voire, plus probablement, à Louis XIV. La mention du Roi-Soleil – d'après Blégny, traité comme le Dauphin par du vin émétique au quinquina en 1667, dans un Versailles encore marécageux [15] –, rappelle en effet l'importance du monarque dans la diffusion du quinquina au sein de la Cour. Au terme d'une guérison spectaculaire, la délivrance des fièvres intermittentes qui assaillaient les deux corps du roi suscite un intérêt sans précédent. Ce qui fut sa meilleure publicité. La drogue, infusée dans le vin, devient ainsi un tonique apprécié des grands, avant d'être commercialisé à plus large échelle comme apéritif [12]. Mis en vers par La Fontaine, où le publicitaire n'a pas eu peur ici de filer le dernier quatrain (6) et La Bruyère [16], le quinquina n'eut cependant rien d'« idéal » pour le monarque, à l'inverse de ce que laisserait à penser cette l'affiche. Vin et Bourbon ne firent en effet pas bon ménage, le monarque devant chasser l'amertume des infusions par des agrumes [15]. Cette saveur caractéristique constitue un repoussoir que le fabricant tentera de parer par l'adjonction galénique de composés doux au palais du malade ; quand il ne l'exploite pas pour l'eau tonique [17].

Maux à mots

Hormis peut-être pour l'usage cosmétique (7), voire dentaire (8) – ici dans deux styles, iconiques et purement textuels, radicalement opposés – un paradoxe de la publicité pharmaceutique est d'offrir des mots pour des maux dont le besoin est déjà créé : la maladie. La représentation du malade, comme son absence, est intéressante, selon que la publicité veuille promouvoir l'efficacité du remède par une image de pleine force physique (6) – la grande majorité du corpus –, ou en rappeler le caractère indispensable, par le truchement de symptômes. Ainsi, dans un mélange d'efficacité empirique et de ruse publicitaire intrinsèque à sa finalité – sans procès d'intention –, la représentation du corps sain devient une valeur promise à l'achat. Corps malade et corps sain peuvent aussi cohabiter. Au sein d'une série de cartes postales, un dyptique (9), abordé précédemment sous un autre angle [1], présente les conséquences radicalement opposées de la non compliance à celles de la médication dans le cadre militaire. D'un côté, un soldat en civil, seul, dépenaillé, hâve, visage creusé et jambes amaigries, le teint ictérique (conséquence clinique de l'hémolyse engendrée par le *plasmodium*), soufre probablement d'un accès palustre au regard du thermomètre et de son écharpe ; de l'autre, un fringant soldat, dandinant, goûte aux plaisirs de la « perm' », enlaçant la femme éprise de son aura. Ces contrastes, renforcés par les légendes, sont étayés par une opposition chromatique, où le vert du chemin fleuri tranche avec l'esthétique froide des pavés et l'armature austère du lit. De même, une affiche italienne oppose, de manière quasi symétrique, la promesse de bonne santé face au malade cachexique, sur fond d'essaim d'anophèles (10). L'alitement (11, 12) dans une chambre à l'esthétique nue fait écho, en second plan, au vent perceptible à l'arbre ployé qui rejoint l'horizontalité du malade. Les mots eux-mêmes, écrits en caractères blancs, sont associées de manière dynamique aux éléments, et donc au risque de contracter « grippe, toux, fièvre ». Cette menace climatique, associée, dans les pays de l'hémisphère nord, à la grippe (13), est rappelée pour plusieurs médications antigrippales à base de quinine (14, 15, 16). Avant que la plupart des antibiotiques ne soient découverts pour traiter les surinfections bactériennes grippales, ou de nouveaux antigrippaux synthétisés, une littérature s'interrogeait alors sur l'efficacité de sels de quinine pour traiter la grippe et autres affections fébriles [18, 19].

4

5

6

7

● 4. Klorane, années 90.
5. L'illustration, 1938. Musée François Tillequin, Collections de matière médicale, Paris
6. Lachaux J. 1900-1950. Papier cartonné 163x156 mm. Bibliothèque de Nancy.
7. Cheret J. 82 x 60,5 cm. Les Arts Décoratifs, Paris.

La publicité s'empare d'une multitude d'autres maux scandés de manière à maximiser l'offre, et donc la demande. Relevons quelques écarts entre le sens de la maladie à l'époque et son acception actuelle, comme pour l'anémie. Un remède napolitain se distingue par l'action vantée contre moult symptômes par un balayage graphique circulaire. Le flacon, en déstructurant l'espace graphique lézardé, suggère sa foudroyante action contre moult symptômes (17).

Au-delà de l'hyperbole publicitaire classique, ce martellement de symptômes fait écho au symbolisme fort du quinquina et de la quinine, qui révolutionnèrent, pour le premier, la vision classique hippocrato-galénique au profit de postulats empiriques iatrochimiques et de considérations mécanistes, et pour la seconde, l'exploration coloniale et les conflits armés [12].

Distinguons symptômes, quasiment tous assez banals pour susciter un acte d'achat fréquent ou du moins saisonnier ; syndromes, eux aussi assez vagues à l'époque ; maladie causale : le paludisme (Tableau 1). Celui-ci englobe les formes cliniques variées sans que le nom du parasite (pour les affiches postérieures à sa découverte par Laveran, en 1888) soit une seule fois évoqué. Cette proposition nosologique est inscrite, malgré des symptômes et syndromes vagues, dans une vision plutôt organiciste. Celle-ci contraste avec la coloration vitaliste d'autres affiches dédiées à la quinine portant les indications « vivifiant », « reconstituant », « fortifiant ». D'un côté, guérir un mal organique en somme, conception matérialiste ; de l'autre, recouvrer une force vitale, plutôt teintée de religion. Cette dualité s'explique aussi par l'état de la connaissance, surtout pour les affiches d'avant 1890, qui n'établit pas de consensus sur l'essence des maladies en général et celle du paludisme en particulier. Enfin, certains personnifient la maladie avec une note de mysticisme, sous forme de diablotins (15-16), attribuant au médicament un caractère chevaleresque. D'autres traduisent, de manière assez inventive, les douleurs musculaires comme autant de chaînes (18), pour rappeler l'usage de l'hexaquine dans le traitement des crampes idiopathiques, indication d'actualité.

Tableau 1. Recensement des symptômes, syndromes et étiologies sur l'intégralité de l'iconothèque.

Symptôme	Syndrome	Étiologie
« algies » , « toux », « angines », « courbatures fébriles », « trachéites » , « toux quinteuse », « rhinite », « refroidissement », « toux coqueluchoïdes », « névralgie » les « crampes musculaires », « douleur musculaire », « crampes - sans préjuger de leur étiologie », « algies rhumatismales ».	« grippe » +++, « agressions virales », « maladies saisonnières a frigore », « États grippaux saisonniers et épidémiques », « surinfections respiratoires », « affections broncho-pulmonaires », « rachitisme », « chlorose ».	« la malaria », ou sa « forme chronique », « la fièvre malarique », « le paludisme », (seulement) « le microbe ».

Le lion et le moucheron

Le bestiaire est utilisé principalement de deux façons par le publicitaire : adhésion aux valeurs de force censées être conférées par le breuvage et incarnées par le lion ; crainte de l'anophèle, vecteur de la maladie.

8

9

10

11

12

13

La figure du lion est emblématique de la maison Ferro-china-Bisleri [18] commercialisant un produit à base de quinquina et de sels de fer. Amené par une question rhétorique (« Voulez-vous la santé ? »), procédé publicitaire psychologique classique, le lecteur se jette dans la gueule du lion argumentative, où est écrit '*ROBUR*' (19). Cette onomatopée du rugissement est l'équivalent latin de force, solidité et vigueur, qualités que la tradition judéo-chrétienne prête au roi de animaux et que la marque entend promettre. L'idée de croissance coule du breuvage comme le suggère les lionceaux s'abreuvant de son contenu (20). La même locution « robur », filée dans un roman éponyme de Vernes mais aussi dans cet apéritif au quinquina, est une promesse de force physique, à l'instar, depuis Hercule, de la peau du lion (21). Cette idée est incarnée par un lutteur triomphant, ressemblant à Franck « Paddy » Slavin, ou John L Sullivan par sa moustache, si ce n'était sa médaille tricolore (22). D'autres illustrations – un lion personnifié en Tarzan, touche d'humour (23) – attestent des efforts de Felice Bisleri, pharmacien et chimiste italien, pour concurrencer la fabrique étatique de quinine, preuve de l'importance de l'enjeu régalien de ce médicament dans un pays alors ravagé par le paludisme [1] (24). Un député italien interpellera le gouvernement au sujet de son abondante publicité [20]. Dans un effet deux ex machina, une autre affiche fait jaillir en direction du lecteur une de ces bouteilles, où l'étiquette classique du lion est mise en abyme (25). L'effet de perspective rendu presque injonctif de ce bras tendu, atrophiant le texte au profit quasi exclusif de l'image, offre une vision saisissante, conférant au breuvage un aspect plus céleste que divin.

Certaines compositions représentent assez fidèlement l'anophèle. Une coupure de la Pharmacie centrale de France (26) procède à une distorsion d'échelle, procédé graphique classique, partagé par le cinéma et les premières de couverture de littérature populaire [21]. Ici, le personnage est surplombé par l'anophèle qui le piège entre ses pattes, motif repris par les affiches de prophylaxie antipaludéenne. La thématique du vecteur est reprise par plusieurs médias : estampille au milieu d'un halo jaune, comme une cible à abattre (27) ; essaimé en arrière-plan (10) ; ou, dans cette construction dite séquentielle, dans le coin supérieur droit, à l'extrême opposé du remède (28).

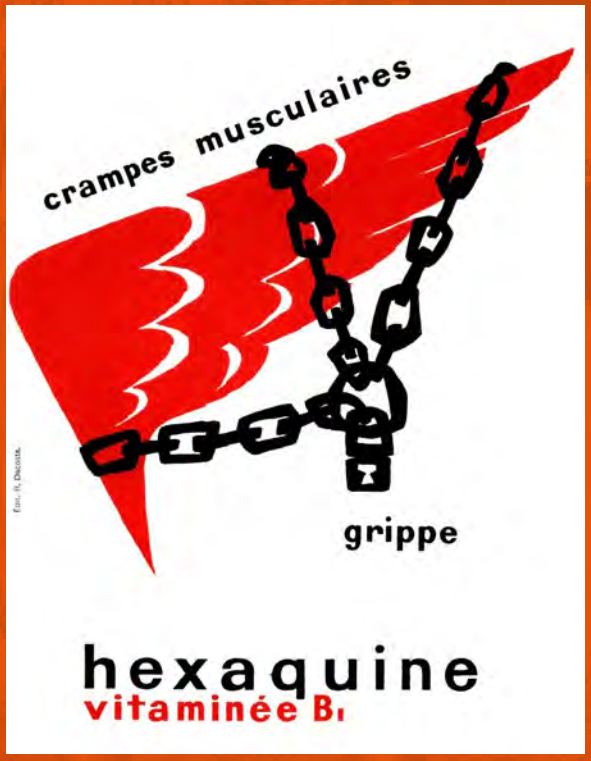
Le choix d'autres animaux apporte une forme d'affect au produit commercialisé : de ce chat de gouttière pour un vin « tonique et hygiénique », référence au fameux Chat noir de Toulouse-Lautrec ? (29), à l'imagier de la ferme (30). Benjamin Rabier, fameux artiste et illustrateur, fait ici l'apologie de la quinine avec cette affiche intitulée « Rentrée d'Orient ». Il lui donne une importance égale à la moustiquaire, comme le traduit cette métrique inversée des premiers vers aux accents laudatifs et patriotiques. Composée d'un sizain, illustrée d'une scénette champêtre – dans le style caractéristique (la ligne claire) et facétieux de l'auteur (bonhomie du célèbre sourire de la vache) –, cette scénette évoque une fable

14

15

16

17



18

● 8. Impr Champenois F. Lithographie en couleur, 150 x 102 cm. 1900.
Bibliothèque nationale de France, département Estampes et photographie.
9. Albert-André Guillaume, 1914. Institut Pasteur, Service des Archives, Paris.
10-11, 16. Collection du Dr Angelo Beccarelli.
12. Lachaux J. 1900-1950. Papier cartonné 163x156mm. Bibliothèque de Nancy.
13. Collection du Dr Henri Bonnemain.
14-15-16. Fonds de la bibliothèque Forney, Paris.
17. Collection du Dr Angelo Beccarelli.
18. Collection du Dr Henri Bonnemain.

de La Fontaine. Elle se conclut par une morale sanitaire : la prise de quinine comme le meilleur sésame de retour pour le conscrit.

Conclusion

Notre corpus publicitaire, sans pouvoir être totalement balayé par ces deux premiers opus thématiques, atteste, aux grés de ses métamorphoses, de l'importance du quinquina et de la quinine dans la pharmacopée et même au-delà – notre histoire sociale, économique, industrielle, politique, artistique. L'arbre est périssable ; sa molécule sera éternelle par le génie chimique. Nous verrons, dans un troisième et dernier opus, que le fait publicitaire associé à la promotion de ce médicament peut constituer un miroir social parfois déformant, réfléchissant les figures historiques et l'éventail de la société française. Ces iconographies témoigneront d'une autre manière de l'ancrage historique et culturel mouvant du quinquina. Elles reflètent, à la fin du XIXe siècle, un processus de révolution industrielle mondialisé au sein duquel la France rappelle sa singularité. Ce pèlerinage imagé appellerait davantage de recherche dans cette intersection des sciences humaines et sociales avec l'histoire médico-pharmaceutique.

Remerciements renouvelés aux contributeurs iconographiques suivants : Dr Thomas Gaslonde ; Dr André Frogerais, Dr Bruno Bonnemain ; Mme Marie-Lise Lahaye, Ordre des Pharmaciens ; Mme Blum, Bibliothèque Inter-Universitaire de Sant ; M. Cristophe Cloquier, bibliothèque du Val-de-Grâce ; le service des archives de l'Institut Pasteur de Paris ; Mme Marie Bertrand ; Mme Sandrine Maillet, Département des Estampes et de la photographie, BNF ; l'office de tourisme intercommunal Aspres-Thuir ; le groupe Pernod-Ricard ; le Dr Angelo Beccarelli, *Presidente Accademia Italiana di Storia della Farmacia*. ◆

19

20

21

22

23

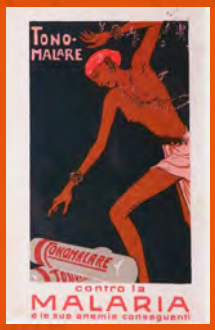
24

25

26

27

- 19-20. Collection du Dr Angelo Beccarelli.
  21. Almanach du Miroir des sports, 1929, 1930, 1931. Société d'Histoire de la Pharmacie.
  22. Guillaume Albert. Impr Camis, Paris, 1900. Affiche196 x 25 cm. Ville de Paris / BHVP Bibliothèque Historique de la Ville de Paris.
  23-24-25. Collection du Dr Angelo Beccarelli.
  26. Revue Paludisme, 1945. Musée François Tillequin– collections de matière médicale, Paris
  27-28. Collection du Dr Angelo Beccarelli
  29. Byrrh, vers 1903. Collection de Pernod-Ricard.
  30. Albert-André Guillaume, 1914. Institut Pasteur, Service des Archives, Paris



28

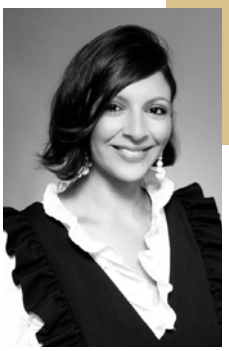
29

30

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lefrère B. Pharmacocénose imagée du quinquina et de la quinine. Revue d'Histoire de la Médecine 2022 ;14:20-26
2. Gachelin G, Garner P, Ferroni E, Tröhler U, Chalmers I. Evaluating *Cinchona* bark and quinine for treating and preventing malaria. *J. R. Soc Med* 2017 ; 110 : 31-40.
3. Chessel MM. *La publicité. Naissance d'une profession 1900-1940*, Paris, CNRS éditions, 2002.
4. Jaryc M. La publicité médico-pharmaceutique en France depuis le XVe siècle. *Le Courrier graphique* 1938 ; 15 : p.15-37.
5. Klein W, Pieters T. The Hidden History of a Famous Drug: Tracing the Medical and Public Acculturation of Peruvian Bark in Early Modern Western. *Hist Med Allied Sci* 2016 ; 4 : 400-21.
6. Martin M. *Trois siècles de publicité en France,* Odile Jacob, 1992.
7. Fredj C. Pour l'officine et pour l'usine. La France et le commerce du quinquina au XIXe siècle. *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 2019 ; 66 : 103-127.
8. Dilemann G. En guise de préface...un bref historique de la réglementation de la publicité pour les médicaments. Dans Ghozland F, Dabernat H. *Pubs et pilules, Histoires et communication du médicament*. Toulouse, Milan, 1988, 2-4 pp.
9. Ulmer B, Plaichinger T, Adevenier T. *A votre santé ! Histoire de la publicité pharmaceutique et médicale*, Paris, Syros-Alternatives, 1988.
10. Jaryc M. La publicité médico-pharmaceutique en France depuis le XVe siècle. *Le Courrier graphique* 1938 ; 15 : p.15-37.
11. Fredj C. Pour l'officine et pour l'usine. La France et le commerce du quinquina au XIXe siècle. *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 2019 ; 66 : 103-127.
12. Boumedienne S. La Colonisation du savoir. Une histoire des plantes médicinales du « Nouveau Monde » (1492-1750). *Les Éditions des mondes à faire,* Vaulx-en-Velin, 2019.
13. Exposition virtuelle du Musée de Matière médicale de Paris. https://www.biusante.parisdescartes.fr/guibourt/exposition_guibourt_1.htm. Consulté le 13 décembre 2020. c
14. Gutierrez-Golomer L. Confusions historiques à propos du quinquina. *Rev Hist Pharm* 1968 ; 199 : 187-90.
15. Ferez S. Louis XIV et le quinquina. *Vesalius* 2003 ; 9 : 25-30.
16. Chomety P. Entre philosophie et langage des dieux : Éléments pour une réhabilitation du Poème du Quinquina de La Fontaine. Dans : Le Fablier. Revue des Amis de Jean de La Fontaine, n°17, 2006. La Fontaine, poète savant. pp. 31-40.
17. Lefrère B, Barbaud A, Bagot M, Bourgogne E. [Tonic water and quinine-a bicentennial booming cocktail]. Rev Fr Allergol (2009). 2021;61:425-431.
18. Seeler AO, Graessle O, Ot WH. Effect of quinine on influenza virus infections in mice. J Infect Dis. 1946 ;79(2):156-8.
19. Dickson DJH. On the Febrifuge Power of the Sulphate of Quinine. Edinb Med Surg J. 1823;19:571-573..
20. Casadei F. «Volete la salute?». Bevande e alimenti per il benessere nelle campagne pubblicitarie italiane tra XIXe-XX secolo. *Eonomia Agro-Alimentare* 2017 ; 19 : 69-196.
21. Lefrère B. Du jeu d'échelle sur une première de couverture, une analogie Armengo-Jacobsienne. *Rocambole,* 2019 ; 86/87 : 207-12.

◆ Marianne LAHANA
Avocate,
Directrice de Centaure Santé chez Centaure Avocats,
Docteure en droit public



D'une évolution thérapeutique & politique à une révolution numérique : *l'histoire des maladies rares*

> ***We ought not to set them [rare cases] aside with idle thoughts or idle words about «curiosities» or «chances». Not one of them is without meaning; (…) if only we could answer the question - Why is this rare? or, being rare, why did it in this instance occur?***
>
> ***Sir James Paget, 1882[1]***

Les maladies rares sont une réalité depuis la nuit des temps[2]. Elles sont définies au sein de l'Union européenne comme « une maladie touchant moins de 5 personnes sur 10 000 en population générale. Environ 80 % d'entre elles sont de cause génétique[3]». En ce sens, elles constituent un véritable enjeu de santé publique et les malades sont quant à eux, très nombreux.

Pour autant, leur émergence dans le champ de la recherche médicale et l'engagement public et politique sur ce terrain fut long, puisqu'il a fallu attendre les années 1980 pour faire face à une véritable politique de lutte contre les maladies rares[4] et voir émerger une avancée scientifique. L'un ne va d'ailleurs pas sans l'autre et il sera mis en avant le parallélisme entre l'évolution technologique et thérapeutique, et l'engagement des pouvoirs publics.

En effet, les phénomènes croissants d'innovation médicale constituent un moteur d'initiatives citoyennes, politiques et législatives. En ce sens, le début du numérique et la construction des premiers outils innovants marqueront une avancée majeure pour les maladies rares, jusqu'au plan France 2030 et aux dernières initiatives européennes et industrielles qui visent à révolutionner leur diagnostic et leur prise en charge.

Les « monstres » du xvie siècle ou trois cent ans d'absence d'avancée médicale et d'engagement public

Comment diagnostiquer l'invisible, lorsque le savoir est limité et les outils inexistants ? Durant de nombreuses années, le diagnostic des maladies rares était surtout relié au visible, aux signes extérieurs telles que les anomalies morphologiques (d'ailleurs souvent représentées dans l'art, on parle même d' « invasion de la pathologie dans l'art[5] » et on pense notamment au syndrome de Cloves « Élephant Man » ou au nanisme diastrophique) qui étaient observés par les médecins et questionnés par la société, souvent sous le vocable de Monstres. Pourtant les écrits sont rares et les premières études remontent à Ambroise Paré (1510-1590) qui rapporte des cas de siamois et d'hermaphrodisme, dans un ouvrage dont le titre résume la vision de ces maladies : « des Monstres et des prodiges[6] ».

Aussi est-il relevé d'autres cas reposant toujours sur des anomalies morphologiques externes, comme par exemple, « dans un historique de la myosite progressive ossifiante, le premier cas observé fut attribué à Guy Patin[7], sur la seule mention, par ce dernier, d'une femme devenue dure comme du bois[8] ».

Il fut un temps, très long, où elles n'étaient traitées que par quelques professionnels de santé pionniers en leur domaine, pour décrire des cas cliniques singuliers qui attiraient l'attention des médecins en raison de l'apprentissage du développement humain pathologique ou des dysfonctionnements du corps humain[9]. On retrouve cela par exemple pour les cas de spondyloses unilatérales, décrits comme rares dans les populations anciennes et correspondants en réalité à des fractures de fatigue[10]. Ces descriptions de cas singuliers étaient rares et ne permettaient pas d'identifier des maladies aujourd'hui bien référencées.

Pour illustrer ce phénomène, repensons au cas du célèbre peintre Toulouse-Lautrec (1864-1901) atteint de pycnodysostose, une maladie génétique rare caractérisée par une ostéosclérose du squelette et une fragilité osseuse, causant une petite taille avec une hauteur du tronc normale et des membres courts[11]. Afin de diagnostiquer cette maladie, un examen radiographique du squelette et du crâne doit être réalisé[12]. La radiographie ayant été découverte en 1895 par le physicien allemand Wilhelm Röntgen, la maladie de Toulouse-Lautrec n'a pu être diagnostiquée de son vivant, et pour cause : il aura fallu attendre que la maladie soit décrite par Pierre Maroteaux, Maurice Lamy et Andreoli

---

1 - Paget (J.), *The Bradshawe lecture on some rare and new diseases*, Lancet, pp. 1017-1021, 1882.
2 - Duguet (C.), *Maladies rares, des défis pour le système de santé, Les Tribunes de la santé*, vol. 62, no. 4, pp. 97-106, 2019.
3 - Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, article 12 et 13.
4 - Aymé (S.), *Histoire des politiques de lutte contre les maladies rares, Les Tribunes de la santé,* vol. 62, no. 4, pp. 23-34, 2019.
5 - Charcot (J.-M.) et Richer (P.), *Les difformes et les malades dans l'art*, Paris, Lecrosnier et Babé, libraires éditeurs, place de l'école de médecine, p. 111, 1889.
6 - Paré (A.), Des monstres et des prodiges, In : Les œuvres de M. Ambroise Paré. Paris : Gabriel Buon ; 1575.
7 - Rapport de l'Académie nationale de médecine, Maladies rares, le modèle français, 5 avril 2016, p. 15.
8 - Lettres choisies de Guy Patin, Jean Petit, 999, (1692).
9 - Aymé (S.), op. cit., p. 24.
10 - Pálfi (G.), Maladies dans l'Antiquité et au Moyen-Âge. Paléopathologie comparée des anciens Gallo-Romains et Hongrois. In: Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Nouvelle Série. Tome 9 fascicule 1-2, p. 47, 1997.
11 - Guiraud (G.), Henri de Toulouse-Lautrec, Le handicap qui tue, revue d'Histoire de la médecine n°3, septembre, p. 34, 2019.
12 - Ibid.

et al. en 1962[13-14], soit plus d'un siècle après la naissance de l'artiste, pour que l'hypothèse de la pycnodysostose soit posée, après moult débats et une confirmation sur analyse génétique[15].

Quelques actions et recherches furent toutefois menées par des pionniers comme a pu le décrire l'Académie nationale de médecine dans un rapport assez éloquent sur les maladies rares[16].

En effet, le célèbre William Harvey (1578-1657) indiquait alors : *Ce n'est que pour les maladies plus communes que nous pouvons avoir un très grand nombre d'observations, tandis que les histoires de maladies plus rares sont si peu nombreuses par cela même que ces affections sont plus rares, qu'il y en a à peine assez (...), pour pouvoir établir une comparaison, de laquelle résulte la principale utilité (...). Je ne méprise pas ces dernières ; je les approuve même par la raison qu'elles sont rares et étonnantes, et il importe au médecin de ne point les ignorer, soit parce que ce qui est arrivé une fois peut arriver une seconde, soit parce que quand des faits étonnants sont ainsi confirmés par le témoignage sincère de beaucoup de médecins, ils préviennent la mauvaise habitude d'un grand nombre de gens qui semblent avoir résolu trop facilement de ne jamais croire certains cas extraordinaires. (...) Plus les hôpitaux nous donnent de facilité à observer les maladies rares, et à plus forte raison les maladies communes, plus je plains souvent le sort des anciens médecins, qui furent nécessairement privés de cet avantage*[17].

Fig. 1 Rembrant (1606-1669), Leçon d'anatomie

Ce précurseur avait bien résumé les enjeux de santé publique qui se posaient. Quelques initiatives ont suivies, sans qu'une vraie forme de mobilisation soit mise en place. On relève ainsi la création de l'École de Santé de Paris qui permit d'inaugurer les premiers cours de maladies rares[18]. Elles commencèrent à faire l'objet de plus de publications, notamment au sein de Dictionnaires spécifiques (dont il faut relever l'article de François Fournier sur les cas rares[19]).

L'évolution de la médecine et notamment de la biologie médicale au XIXe siècle a permis de décrire de nombreux cas de maladies rares (on pense à la sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales associées à l'épilepsie décrite en 1880 par Désiré-Magloire Bourneville[20-21], mais aussi aux nombreuses maladies rares décrites par Archibald Garrod[22] en 1928, par exemple sur la maladie d'Addison, l'hydarthrose intermittente, le purpura de Henoch-Schönlein, la sulfhémoglobinémie, le chlorome, le syndrome de Hutchinson-Gilford,...) mais surtout de se rendre compte que durant trois siècles, les avancées furent sporadiques et aussi rares que les maladies en cause.

Les années 1980 : les débuts d'une préoccupation globale des maladies rares comme enjeu de santé publique

Le début des années 1980 a véritablement marqué un tournant dans l'évolution de la recherche pour les maladies rares et leur prise en compte par les pouvoirs publics. On relève toutefois quelques dates importantes en amont, d'un point de vue médical tout d'abord, puis politique. En effet, c'est l'évolution de la génétique théorique qui a permis d'affirmer l'origine génétique de certaines maladies. On relève plusieurs dates[23] : Dès 1869, l'acide désoxyribonucléique est découvert par Miescher, puis en 1879, c'est Walter et Remming qui découvrent les chromosomes, suivi par Archibal Garrod pour la découverte de l'alcaptonurie en 1902 (une anomalie rare, qui se comportait comme un caractère récessif mendélien caractéristique, et avait l'habitude de se produire chez plusieurs frères et sœurs[24]). A partir de 1944, il est démontré par Oswald Avery, Colin McLeod, et McLyn McCarthy à l'Institut Rockfeller de New-York[25] que l'ADN est le support biochimique des caractères héréditairement transmis. En 1953, Watson et Crick décrivent la structure de l'ADN en double hélice, permettant de mettre en lumière le diagnostic et le traitement des maladies rares. En 1985, c'est le principe de l'amplification en chaîne par polymérase qui viendra révolutionner le diagnostic des maladies infectieuses mais aussi des maladies génétiques et des cancers[26].

Dans cet élan, Victor McKusik a été un acteur révolutionnant la transition entre la génétique médicale et la médecine génétique[27] mais aussi un précurseur. En 1966, il créé une base de données, disponible depuis 1987 sous le nom d'OMIM (On-line Mendelian Inheritance in Man[28]) au sein du National Institute of Health (NIH), qui fait de lui non seulement le « premier grand encyclopédiste des connaissances médicales[29] » mais aussi un pionnier de l'innovation en santé numérique.

Du côté du pouvoir législatif, dès 1938, le Food Drug and Cosmetic Act[30] est venu encadrer la mise sur le marché des médicaments notamment orphelins et produits cosmétiques. Elle a ainsi permis la mobilisation de malades sur les médicaments de maladies rares, et a été renforcée par l'amendement de Kefauver-Harris de 1962, qui imposait, pour pouvoir commercialiser un tel médicament, que l'entreprise prouve à

13 - Maroteaux (P.), Le diagnostic de Toulouse-Lautrec, en Nat. Genet., vol. 11, nº 4, p. 362-3, décembre 1995.
14 - Andren (L.), Dymling (J-F.), Hogeman (KE.), Wendeberg (B.), Osteopetrosis acro-osteolytica. A syndrome of osteopetrosis, acro-osteolysis and open sutures of the skull. Acta Chir Scand., vol. 124, pp. 496-7, décembre 1962.
15 - Gilbert (G.), op. cit., p. 34.
16 - Rapport de l'Académie nationale de médecine, op. cit., p. 15.
17 - Desormeaux (MA), Destouet (JP), Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies par J.B. Morgagni. Traduction du latin. Tome 8. Paris : Béchet Jeune ; 1823.
18 - Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris depuis son origine jusqu'à nos jours., Librairie de Deville Cavellin, Sabatier JC, (1835) et Plan général de l'enseignement dans l'École de santé de Paris. Imprimé par ordre du Comité d'Instruction publique de la Convention nationale. Imprimerie de Ballard fils (1795), In Rapport de l'Académie nationale de médecine, op. cit., p. 17.
19 - Fournier (de F. Pescay), Cas rares. In : Adelon NP. Dictionnaire des Sciences Médicales. Paris : Imprimerie Panckouke ; p. 135-255, 1813.
20 - Rapport de l'Académie nationale de médecine, op. cit., p. 17.
21 - Bourneville (D.), Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales : idiotie et épilepsie hémiplégique. Arch Neurol 1880 ; 1 : 81-91.
22 - Garrod (A.), The lessons of rare maladies: annual oration before the medical society of London, Br Med J. 1928.
23 - Le Gall (J.-Y.), La génétique : une brève histoire en pleine expansion, Bull. Acad. Natle Méd., 2015, 199, nos 8-9, 1485-1492, séance du 15 décembre 2015, p. 1487.
24 - Garrod (A.), op. cit. p. 914.
25 - Avery (O.T.), McLeod (C.M.) & McCarthy (M.), Induction of transformation by a desoxyribonucleic acid fraction isolated from Pneumococcus Type III, J. Exp. Med. 79, 137-158, 1944.
26 - Vassias (I.), Principe de l'amplification en chaîne par polymérase, EM Consulte, 2012.
27 - Giovanni (R.), Victor A. McKusick (1921-2008), Initiateur et orchestrateur de la transition entre Génétique Médicale et Médecine Génétique, Med Sci (Paris) ; 24 : 1103–1104, 2008.
28 - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim
29 - Giovanni (R.), ibid.
30 - https://www.fda.gov/about-fda/changes-science-law-and-regulatory-authorities/part-ii-1938-food-drug-cosmetic-act

Figure 1-Rembrandt (1606-1669), Leçon d'anatomie

la fois son innocuité mais aussi son efficacité. Mais cette loi posait de nombreuses difficultés notamment quant aux choix effectués sur les médicaments testés et jugés non efficaces et ceux non testés mais toujours commercialisés[31].

Forte de ces constats, dès 1968, l'association américaine de pharmaciens hospitaliers demande à l'administration de trouver une issue, mais ce n'est qu'en 1980 qu'une évolution majeure voit le jour avec la première coalition d'association de patients pour les maladies rares, la NORD (National Organization for Rare Disorders). S'ensuit alors une réelle mobilisation à la fois des acteurs de la maladie, mais aussi des acteurs publics. En 1983, l'Orphan Drug Act (modifié dès 1984) vient encadrer les médicaments orphelins tout en précisant qu'ils ne sont pas rentables car ils traitent de maladies peu fréquentes[32].

Dès 1990, la France entreprend un « projet Génome humain » pour établir le séquençage complet de l'ADN dont les premières machines arrivent dès 1993 pour séquencer des fragments de génome[33]. Parallèlement, des outils de diffusion de l'information se mettent en place avec l'ouverture d'une ligne téléphonique de santé dédiée aux maladies rares[34]. Les mouvements associatifs continuent de se développer concomitamment aux avancées de la biologie médicale. Simone Veil a créé, en 1995, la « mission des médicaments orphelins » pour promouvoir une politique européenne de développement de médicaments orphelins et accompagner ce projet par des initiatives nationales[35], ainsi que l'association française contre les myopathies qui développe le service « Allo-Gènes[36] », autre outil de diffusion.

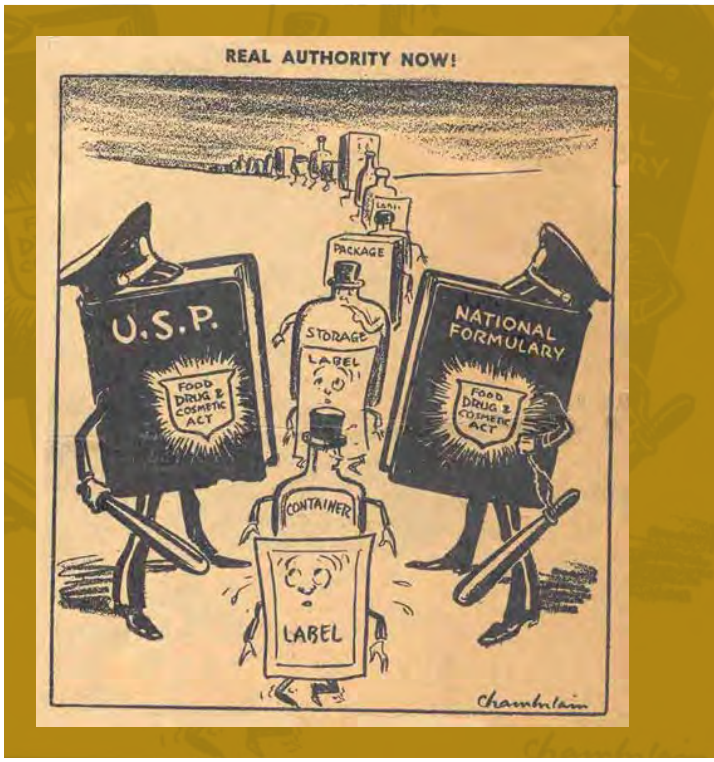
En 1997 est créé le site d'information Orphanet[37] par Ségolène Aymé ainsi qu'EURORDIS, organisation européenne pour les maladies rares dont l'impulsion a permis l'accélération de l'entrée en vigueur du règlement européen du 16 décembre 1999[38]. Ce sujet devient ainsi un domaine prioritaire pour la Commission européenne.

Ainsi l'on constate que l'arrivée du World Wide Web et du numérique ont profondément influé non seulement sur les découvertes médicales mais aussi, et surtout, sur la culture de diffusion de l'information, qui est actuellement un enjeu de taille aux côtés de l'avancée de la recherche médicale. Les maladies rares sont donc devenues en 20 ans une préoccupation de santé publique majeure.

2000 : une nouvelle ère numérique et technologique pour encadrer le progrès sur les maladies rares

Le numérique foisonne depuis les années 2000 et modifie à la fois nos représentations et notre capacité à évoluer et à faire évoluer. Les travaux d'Alain Fischer et de ses équipes ont permis dans les années 2000 de poursuivre un travail de thérapie génique auprès d'enfants atteints de déficit immunitaire (SCID de type X1)[39]. Rappelons toutefois que dès 1990, le succès de la thérapie génique a été attribué à son père fondateur, le docteur French Anderson, pour une maladie génétique due à une déficience de l'adénosine désaminase (ou ADA)[40].

Dès 2001, une plateforme maladies rares est créée et permet de regrouper tous les acteurs non gouvernementaux sur le sujet. Dans le même temps, un rapport est présenté au conseil économique et social et pointe le déficit de connaissances qu'il existe toujours malgré la



révolution du prélèvement de l'ADN, seule compétence des médecins, et la nécessité de continuer de renforcer la création de nouveaux médias d'information[41].

A compter de 2003, après 30 années de mobilisation des patients, du législateur et des chercheurs, les pouvoirs publics commencent à construire des plans stratégiques annonçant le début d'un virage institutionnel en faveur de ceux qui « revendiquent le droit à l'espoir[42] ». Le premier Plan National Maladies Rares (PNMR) est créé par Jean-François Mattei dans le cadre de la loi de santé publique 2004-2007[43], suivi par le PNMR 2 de 2011 à 2016, permettant la mobilisation des acteurs du domaine et une organisation inédite, au sein de laquelle voient le jour 23 filières de santé, 109 centres de référence maladies rares (CRMR) identifiant 387 centres de références et 1 757 centres de compétence maladies rares (CCMR)[44].

De nombreuses enquêtes verront le jour comme celle sur les attentes et les besoins des malades et des familles en 2009[45] et l'enquête ERRADIAG, initiée par l'Alliance maladies rares en 2016. Du côté de la politique européenne, le Programme d'action communautaire dans le champ de la santé publique en fait une véritable priorité de 2008 à 2013.

Ces efforts des politiques publiques ainsi que les avancées thérapeutiques ont permis de voir l'apparition de premiers traitements comme celui contre une forme rare de la mucoviscidose en 2017, mais

31 - Huyard (C.), Rares (maladies), dans Hervé Guillemain (dir.), DicoPolHiS, Le Mans Université, 2020.
32 - Ibid.
33 - Aymé (S.), op. cit., p. 29.
34 - Dagiral (E.), Ashveen (P.), La construction et la diffusion de l'information sur les maladies rares, Hélène Romeyer éd., La santé dans l'espace public, Presses de l'EHESP, p.8, 2010.
35 - Detoudeville (T.), L'errance diagnostique dans les maladies rares, Sciences pharmaceutiques, Dumas-01932874, p.47, 2018.
36 - Dagiral (E.), Ashveen (P.), op. cit., p. 8.
37 - Ressource unique, rassemblant et améliorant la connaissance sur les maladies rares, afin de faciliter et perfectionner le diagnostic, le soin et le traitement des patients atteints de maladies rares.
38 - Regulation (EC) n°141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products, 16 December 1999.
39 - https://www.leem.org/la-therapie-genique
40 - Nouvel (P.), IV. De l'ingénierie génétique à la thérapie génique, Le possible et les biotechnologies. Essai de philosophie dans les sciences, sous la direction de Debru Claude, Nouvel Pascal. Presses Universitaires de France, pp. 259-360, 2003.
41 - Barataud (B.), Cinq mille maladies rares, le choc de la génétique, rapport du conseil économique social et environnemental, p. 50, 2001.
42 - Barataud (B.), op.cit., p. 50.
43 - Faisant des maladies rares l'une des 5 grandes priorités.
44 - Plan National Maladies Rares 2018-2022, Filières de santé maladies rares, p. 6.
45 - Étude sur les maladies rares : Attentes et besoins des malades et des familles Analyse des données de l'enquête régionale Languedoc-Roussillon Juillet 2009 Bernard AZEMA & Nathalie MARTINEZ, étude réalisée à la demande d'Alliance maladies rares.

aussi de permettre l'entrée en essais cliniques de traitements pour des centaines de maladies rares[46].

2020 : Le boom de l'innovation médicale à travers la révolution numérique. Quelles perspectives pour demain ?

Nous constatons, depuis quelques années, une vitesse du changement exponentielle, une explosion de l'innovation médicale, qu'elle soit de nature thérapeutique, technologique ou encore organisationnelle, à l'origine également d'un changement de nature médico-économique de notre système. Au cœur de ces trois types d'innovation, le numérique prend toute sa place et nous offre la possibilité de révolutionner la prise en charge des maladies rares.

Le 3ème Plan National Maladies Rares 2018-2022 mis en place par Agnès Buzyn est articulé autour de 5 ambitions dont celle de permettre un diagnostic rapide, d'innover pour traiter, d'améliorer la qualité de vie, de communiquer et former, et de moderniser les organisations et optimiser les financements nationaux. A ce troisième plan s'ajoutent le plan France 2030 qui vise une mise sur le marché de nombreux médicaments ainsi qu'un diagnostic pour tous et la création d'une base de données exhaustive des mécanismes associés aux maladies génétiques. Tous les acteurs nationaux, internationaux et européens (plan Rare 2030) sont désormais pleinement investis et engagés sur ces questions.

Ces ambitions mettent toutefois en avant un problème qui a perduré dans toute l'histoire des maladies rares : l'absence de connaissances médicales et le temps de l'évolution scientifique ne peut pas se résoudre seulement par l'arrivée de nouveaux outils et de nouveaux savoirs. Sans la diffusion de ce savoir et surtout, sans la formation adaptée des professionnels de santé à ces nouveaux savoirs et à ces nouveaux outils, toutes les maladies rares ne seront pas diagnostiquées à temps. Les perspectives pour demain semblent donc s'attacher à la formation des professionnels de santé, mais cette formation doit être modulée et envisagée différemment selon les spécialités des médecins, qui ne pourraient, en tout état de cause, maîtriser parfaitement les 7 000 maladies rares référencées. L'enjeu se situe donc autant dans une bonne formation des professionnels que dans la juste orientation des malades vers les spécialistes adéquats. A ce titre, relevons l'engagement croissant des industriels dans cette lutte mais aussi l'initiative de sociétés telles que SimforHealth qui vient tout récemment de lancer une plateforme de simulation numérique (RareSim) dont l'objectif est de sensibiliser les professionnels au diagnostic des pathologies rares, grâce à la diffusion gratuite de contenus pédagogiques.

L'avenir des maladies rares sera donc le fait d'une adaptation à l'évolution numérique, aux modes d'apprentissage, à la poursuite des évolutions médicales soutenues par les pouvoirs publics, et permettra de rompre avec une histoire très lente, qui n'a réellement débutée qu'il y a 50 ans et pour laquelle il reste encore beaucoup de combats à mener. ◆

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Paget J., *The Bradshawe lecture on some rare and new diseases,* Lancet, pp. 1017-1021, 1882.
2. Duguet C., *Maladies rares, des défis pour le système de santé,* Les Tribunes de la santé, vol. 62, no. 4, pp. 97-106, 2019.
3. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, article 12 et 13.
4. Aymé S., *Histoire des politiques de lutte contre les maladies rares*, Les Tribunes de la santé, vol. 62, no. 4, pp. 23-34, 2019.
5. Charcot J.-M. et Richer P., *Les difformes et les malades dans l'art*, Paris, Lecrosnier et Babé, libraires éditeurs, place de l'école de médecine, p. 111, 1889.
6. Paré A., *Des monstres et des prodiges*, In : Les œuvres de M. Ambroise Paré. Paris : Gabriel Buon ; 1575.
7. Rapport de l'Académie nationale de médecine, Maladies rares, le modèle français, 5 avril 2016, p. 15.
8. Lettres choisies de Guy Patin, Jean Petit, 999, (1692).
9. Pálfi G., *Maladies dans l'Antiquité et au Moyen-Âge. Paléopathologie comparée des anciens Gallo-Romains et Hongrois.* In: Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Nouvelle Série. Tome 9 fascicule 1-2, p. 47, 1997.
10. Guiraud G., Henri de Toulouse-Lautrec, *Le handicap qui tue*, revue d'Histoire de la médecine n°3, septembre, p. 34, 2019.
11. Maroteaux P., *Le diagnostic de Toulouse-Lautrec*, en Nat. Genet., vol. 11, no 4, p. 362-3, décembre 1995.
12. Andren L., Dymling J-F., Hogeman KE., Wendeberg B., *Osteopetrosis acro-osteolytica. A syndrome of osteopetrosis, acro-osteolysis and open sutures of the skull*. Acta Chir Scand., vol. 124, pp. 496-7, décembre 1962.
13. Desormeaux MA, Destouet JP, *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies* par J.B. Morgagni. Traduction du latin. Tome 8. Paris : Béchet Jeune ; 1823.
14. Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris depuis son origine jusqu'à nos jours., Librairie de Deville Cavellin, Sabatier JC, (1835) et Plan général de l'enseignement dans l'École de santé de Paris. Imprimé par ordre du Comité d'Instruction publique de la Convention nationale. Imprimerie de Ballard fils (1795), In Rapport de l'Académie nationale de médecine, op. cit., p. 17. 19 - Fournier (de F. Pescay), Cas rares. In : Adelon NP. Dictionnaire des Sciences Médicales. Paris : Imprimerie Panckouke ; p. 135-255, 1813.
15. Bourneville D., *Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales : idiotie et épilepsie hémiplégique*. Arch Neurol 1880 ; 1 : 81-91.
16. Garrod A., *The lessons of rare maladies: annual oration before the medical society of London*, Br Med J. 1928.
17. Le Gall J.-Y., *La génétique : une brève histoire en pleine expansion*, Bull. Acad. Natle Méd., 2015, 199, nos 8-9, 1485-1492, séance du 15 décembre 2015, p. 1487.
18. Avery O.T., McLeod C.M. & McCarthy M., *Induction of transformation by a desoxyribonucleic acid fraction isolated from Pneumococcus Type III,* J. Exp. Med. 79, 137-158, 1944.
19. Vassias I., *Principe de l'amplification en chaîne par polymérase*, EM Consulte, 2012.
20. Giovanni R., Victor A. McKusick (1921-2008), *Initiateur et orchestrateur de la transition entre Génétique Médicale et Médecine Génétique*, Med Sci (Paris) ; 24 : 1103–1104, 2008. 28 - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim
21. Office of the Commissioner. (2018, 27 novembre). Part II : 1938, Food, Drug, Cosmetic Act. U.S. Food and Drug Administration. https://www.fda.gov/about-fda/changes-science-law-and-regulatory-authorities/part-ii-1938-food-drug-cosmetic-act
22. Huyard C., Rares (maladies), dans Hervé Guillemain (dir.), DicoPolHiS, Le Mans Université, 2020.
23. Dagiral E., Ashveen P., *La construction et la diffusion de l'information sur les maladies rares,* Hélène Romeyer éd., La santé dans l'espace public, Presses de l'EHESP, p.8, 2010.
24. Detoudeville T., *L'errance diagnostique dans les maladies rares,* Sciences pharmaceutiques, Dumas-01932874, p.47, 2018.
25. Regulation (EC) n°141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products, 16 December 1999.
26. Nouvel P., IV. *De l'ingénierie génétique à la thérapie génique, Le possible et les biotechnologies.* Essai de philosophie dans les sciences, sous la direction de Debru Claude, Nouvel Pascal. Presses Universitaires de France, pp. 259-360, 2003.
27. Barataud (B.), *Cinq mille maladies rares, le choc de la génétique,* rapport du conseil économique social et environnemental, p. 50, 2001.
28. Plan National Maladies Rares 2018-2022, Filières de santé maladies rares, p. 6.
29. Étude sur les maladies rares : Attentes et besoins des malades et des familles Analyse des données de l'enquête régionale Languedoc-Roussillon Juillet 2009 Bernard AZEMA & Nathalie MARTINEZ, étude réalisée à la demande d'Alliance maladies rares.
30. Maladies rares, santé 2030, p. 180, réalisé avec l'appui de Marc Peschanski, neurologue, directeur scientifique d'I-Stem, Corbeil.

[46] - Maladies rares, santé 2030, p. 180, réalisé avec l'appui de Marc Peschanski, neurologue, directeur scientifique d'I-Stem, Corbeil.

◆ Jean Christophe COFFIN
Historien,
Directeur de l'UFR Sciences de l'éducation et psychanalyse de l'université Paris 8.
Il est rattaché au centre d'histoire des sciences Alexandre Koyré (Cnrs-Ehess),
participe aux D.U. « Humanités médicales » de Paris Sorbonne Nouvelle
et « Histoire de la psychiatrie » de l'Université Paris Cité.

Le premier âge de la Société médico-psychologique *(1852-1867)*

À l'occasion des célébrations des 170 ans de la Société médico-psychologique, il est utile de se pencher sur cette société savante, une des plus anciennes au monde dans le domaine de la médecine mentale. Au milieu du XIXe siècle, ce domaine d'études et de pratiques demeure modeste et ne bénéficie pas encore d'une grande visibilité. Les médecins s'activent dans des hôpitaux appelés asiles pour aliénés et leur emploi est rattaché au ministère de l'Intérieur et semble quelque peu distant de la communauté médicale qui se retrouve dans les facultés de médecine ou à l'Académie. Une revue savante, les *Annales médico-psychologiques*, a bien été constituée et publie ses cahiers très régulièrement depuis 1843. La fondation d'une société savante sur le modèle du fonctionnement des académies apparaît comme une étape supplémentaire dans la consolidation d'une discipline et de sa visibilité. Il s'agit aussi de faire circuler des expériences, d'échanger sur un métier présenté comme complexe et nécessitant courage et abnégation. Beaucoup d'éléments de compréhension des folies restaient à écrire et la transmission du savoir était perçue comme essentielle pour progresser. Les aliénistes, terme privilégié à l'époque, celui de psychiatre ne s'imposant que plus tard, ont laissé passer le tumulte de 1848 et lancent leur société savante en 1852. La première séance de la Société Médico-Psychologique, puisque c'est le nom qui a été retenu, a lieu au printemps. Les statuts sont précis et codifient les futurs usages des sociétaires. Réunions le lundi, rapports sur des sujets à discuter, différents types de membres et procédures d'admission sont ainsi définies et vont créer des codes ritualisés dont la plupart sont toujours existants. Ses buts sont larges et variés car l'étude du cerveau et du fait mental doit être abordée sous différents aspects. Les mécanismes intimes de la folie ne sont pas encore pleinement connus et de surcroît cette exploration conduit à aborder des questions sensibles et délicates telles que le déterminisme, la responsabilité humaine ou encore l'éclosion des folies. Si les sciences ont besoin d'un contexte apaisé, le démarrage au printemps 1852 se situe quelques mois à peine après le 2 décembre 1851 qui crée un tournant décisif dans la vie institutionnelle et politique française. Il est difficile de ne pas prendre en compte cet événement d'autant que la décision s'accompagne de tout un ensemble de mesures qui confirme que l'on quitte la république pour une nouvelle organisation, attestée par la constitution de janvier 1852. Le contexte de fondation de la SMP se télescope avec le moment politique dans lequel se retrouve la société française. Cela fournit un éclairage sur la place des médecins aliénistes en tant que citoyen et pas seulement en tant que professionnels d'une branche du savoir médical. De plus, l'université voire les académies sont loin d'être des espaces à l'abri des changements de régime qui sont somme toute régulier dans cette première moitié du XIXe siècle. Or comme nous le savons, les médecins qui en font partie sont aussi des universitaires et sont donc potentiellement exposés aux changements d'humeur politique. C'est ainsi qu'en mars, par exemple, le gouvernement par la voix du ministre de l'Instruction publique, Hippolyte Fortoul (1811-1856), a fait savoir qu'il y aurait une reprise en main de l'université dans son ensemble. Dans le décret correspondant, le ministre en exercice rappelle que « l'autorité centrale ressaisit le pouvoir de nommer et de révoquer directement tous les professeurs fonctionnaires ou agents de l'instruction publique (...) »[1].

Les changements de régime, finalement nombreux, depuis le début du XIXe siècle les ont exposés dans des proportions plus importantes que les médecins directeurs des asiles pour aliénés. On repère, par exemple, la mise à l'écart d'Achille L. Foville (1799-1878) du poste de directeur de la Maison Nationale de Charenton. Ce n'est pas tant son engagement auprès d'une république qui désormais semble enterrée qui lui vaut cette sanction que d'avoir été très proche de la famille royale puisqu'il fut le médecin personnel de la reine Marie-Amélie. À la faculté, Auguste François Chomel (1788-1858) s'attira les foudres du ministère de l'Instruction publique car il déclara avoir déjà prêté serment et qu'il n'allait pas retirer sa fidélité au roi qui était parti en exil quelques années plutôt. La nomination d'un nouveau doyen, Paul Antoine Dubois, (1795-1871) n'est pas totalement étrangère à ce nouveau climat intellectuel et culturel qui se met en place[2]. Le décret sur la presse n'affecte pas directement des revues savantes telles que les *Annales médico-psychologiques* mais elles pourraient venir limiter l'expression de la presse médicale comme la *Gazette médicale de Paris* ou *l'Union médicale*. Il ne devait plus être possible d'exprimer notamment des idées politiques et encore moins de critiquer ouvertement les décisions gouvernementales. Dès lors, il n'est guère étonnant de trouver un ton parfois très sage et tout en retenue dans les écrits médicaux dans ce type de support.

Certaines thématiques devront être revues dans un tout autre esprit que par le passé. Le matérialisme, par exemple, est directement visé et les médecins qui sont parfois les vecteurs d'une telle orientation pourraient en faire les frais si d'aventure ils se prenaient à persister dans de tels égarements. Pierre Célestin Roux Lavergne (1802-1874), ancien député et éditorialiste du journal catholique *L'Univers* ne cesse de le rappeler : « Adversaire déclaré de la révolution et choisi précisément pour achever de la vaincre, le Prince Président n'ignore pas que c'est par l'enseignement qu'elle s'est introduite et fortifiée. (...) Les diverses sections du corps enseignant ont toutes plus ou moins été animées de cet esprit. Il en est une cependant qui mérite sous ce rapport une mention particulière car elle s'est constamment signalée par une profession ouverte de matérialisme. Nous voulons parler de l'École de médecine de Paris. »[3]

---

1 - Hippolyte Fortoul, *Rapport à l'Empereur sur la situation de l'instruction publique depuis le 2 décembre 1851*, Paris, Dupont, 1853, 110 p.

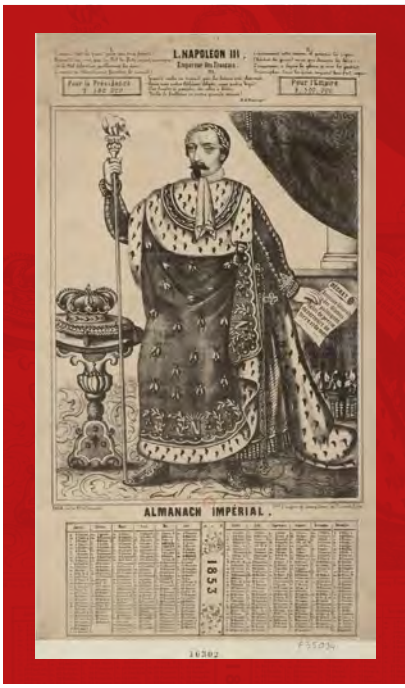
2 - Il est nommé le 13 mars alors que le décret de « reprise en main » est du 9 mars.... Son prédécesseur Pierre H. Bérard (1797-1858) ne peut cependant être tenu comme un ennemi du régime qui se met en place.

3 - P.C. Roux Lavergne, « *Éditorial* », L'Univers, 15 février 1852.

Les aliénistes ont pris la précaution de faire porter le projet de création de la SMP par des hommes à qui le pouvoir politique ne devrait rien reprocher. Parmi ceux-ci, il y a Claude François Michéa (1815-1882)[4] qui a publié un opuscule pour dire tout le mal qu'il fallait penser justement du matérialisme quelques mois plutôt. Certains ont eu des engagements politiques qu'on ne peut effacer comme pour ceux qui ont été députés sous la Monarchie de Juillet ou même sous la République. Toutefois, l'heure est à la recomposition politique et les députés médecins n'échappent pas à ce phénomène. Certains ont tenté l'aventure politique et ne semblent en garder aucune nostalgie, à l'enseigne d'un Pierre-Nicolas Gerdy (1797-1856). Il n'en demeure pas moins important que la Société médico-psychologique donne des gages de bonne moralité en quelque sorte et qu'elle ne puisse pas, par exemple, être associée à une sorte de syndicat d'intérêts. C'est la raison pour laquelle les rédacteurs prirent soin d'instaurer dans les articles des statuts le fait que la SMP abordera l'étude de la physiologie cérébrale mais également les faits d'un ordre supérieur ce qui signifie dans le langage de l'époque que le mystère du moi serait appréhendé. Le règlement stipulait de surcroît que la proportion de médecins ne serait pas fixée. L'intégration de sociétaires qui ne sont pas médecins était donc sinon encouragée du moins attendue. Déjà dans la revue *Les Annales médico-psychologiques*, la présence d'auteurs non médecins ou de médecins cultivant d'autres appartenances comme Francisque Lélut (1804-1877), membre de l'Académie des sciences morales et politiques depuis 1844 était une pratique sinon coutumière du moins acceptée.

La prise en compte du climat politique nouveau ne doit pas conduire à le considérer comme seul facteur déterminant des comportements et des expressions. Tout d'abord force est de constater que les médecins ne s'engagent pas si spontanément dans les luttes partisanes. C'est le cas pour les aliénistes. Selon nos calculs, ils sont aux alentours de 15% à exprimer ouvertement un engagement politique Si certains aliénistes, y compris parmi les sociétaires ont donc eu des positions critiques à l'égard de celui qui sera nommé « Napoléon III, empereur des Français », à la fin de l'année 1852, ils peuvent aussi éprouver une certaine hésitation, voire manifester une certaine acceptation de la nouvelle situation à l'instar de ce qui se passe majoritairement dans le pays comme l'atteste le résultat des plébiscites, aussi bien celui de la fin 1851 que peut-être plus encore celui de 1852 qui ne s'organise pas dans le même climat de surprise que le premier. La stabilisation du corps social et de la vie politique, il est vrai plus corsetée, n'est pas non plus pour déplaire à ceux qui pensent que l'agitation politique pourrait favoriser l'agitation cérébrale des plus fragiles. À peine quelques semaines après février 1848, un aliéniste, le docteur Belhomme filait la métaphore entre commotion cérébrale et commotion politique. Cette mise en perspective ne devait pas s'arrêter à ce seul article qui formulait plutôt des hypothèses qu'il n'assénait des certitudes. Il avait en tout cas entraîné plusieurs discussions parmi les aliénistes et tout autant au sein de l'Académie de médecine où il avait été présenté préalablement[5].

Enfin, les divergences politiques peuvent être passées au second rang au profit d'une défense du métier de médecin. C'est ainsi par exemple que Philippe Joseph Benjamin Buchez (1796-1865), futur président de la Société Médico-Psychologique en 1854 est défendu par un éditorialiste de la presse médicale face aux attaques dont il est l'objet après l'épisode de mai 1848. À cette date, Buchez est le président de l'Assemblée constituante. Lors d'une manifestation qui dérape, des manifestants pénètrent dans l'Assemblée et Buchez est accusé de mollesse voire de s'être rendu complice. Le journal *L'Union médicale* écrit quelques jours après : nous avions plus que les autres citoyens, nous médecins, le droit de nous émouvoir de la conduite de M. Buchez pendant l'orage du 15 mai. Les explications sont venues et nous savons aujourd'hui que le digne président de l'Assemblée nationale a fait preuve non seulement de courage mais encore d'habileté morale. (..) Thérapeutiste habile et expérimenté en face de cette espèce d'attaque d'épilepsie politique, son premier soin a été de contenir le malade, de l'empêcher de nuire à lui et aux autres (...) »[6]. Au fur et à mesure de l'éloignement du coup du 2 décembre, les engagements politiques passés ne sont plus mobilisés pour contester aux sociétaires une quelconque responsabilité dans un tel espace que celui de la société savante. C'est ainsi, par exemple, que Ulysse Trélat père (1795-1879), ce républicain déterminé et qui a été élu en 1848 est retenu en 1860 pour devenir le président de la Société médico-psychologique.



Les sociétaires élisent comme premier président de la nouvelle société savante Guillaume Ferrus (1784-1861) qui s'occupe de l'inspection générale du service des aliénés depuis plus de quinze ans. Il est le doyen de la communauté puisque âgé de 68 ans et il a connu Philippe Pinel, le fondateur de cette médecine mentale qu'il convient de consolider. Et puis il avait proposé un projet d'organisation de la prise en charge des aliénés dont s'est inspiré le texte de la loi votée en 1838 et qui est rapidement devenue l'étendard de la communauté des aliénistes. Les sociétaires sont moins de quarante pour la première année d'activité. Le lien entre la Société médico-psychologique et la revue les *Annales médico-psychologiques* qui ont quasiment dix ans d'existence désormais est pensé en étroite collaboration. À ce clin d'œil pour l'honorable passé encore récent de la profession, il convient aussi de l'arrimer à la faculté de médecine puisqu'aucune chaire à proprement parler ne relève de la médecine mentale. L'élection de 1853 permet au professeur de pathologie interne et membre de l'Académie de médecine Pierre Nicolas Gerdy (1797-1856) d'être élu. L'Académie de médecine et la Société médico-psychologique avancent de concert. Cette situation se répète quelques années plus tard avec l'élection de Jules Baillarger (1809-1890). Cette figure incontournable de la communauté des aliénistes était aussi un membre de l'Académie de médecine depuis 1847 dans la section d'anatomie et physiologie. Toutefois, la difficulté de créer une chaire de pathologie mentale ne permit pas autant le rapprochement qui avait pu être imaginé. Il faut en effet attendre plus de vingt cinq ans pour que cette chaire soit créée et dans des conditions qui ne seront pas à l'abri de pas mal de critiques. Si les sociétaires veillent à ce que la Société médico-psychologique soit bien placée dans le monde médical, ils sont nombreux à ne pas renoncer à l'expression d'une spécificité qui tient à l'objet même de leur spécialité. Le domaine du mystère de l'homme et celui de l'exploration de la psychologie humaine demeurent des sujets travaillés tout au long de ces premières décennies à partir de l'alliance ancienne entre psychologie et philosophie. On est alors loin des perspectives voulues par un Broussais dont le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine Frédéric Dubois (1797-1873) avait souligné, il est vrai, en 1848 les excès[7]. La folie ne saurait être, à leurs yeux, réduit à un seul désordre matériel et la psychologie, « science ardue »[8] nécessitait sagacité et hauteur de vue.

---

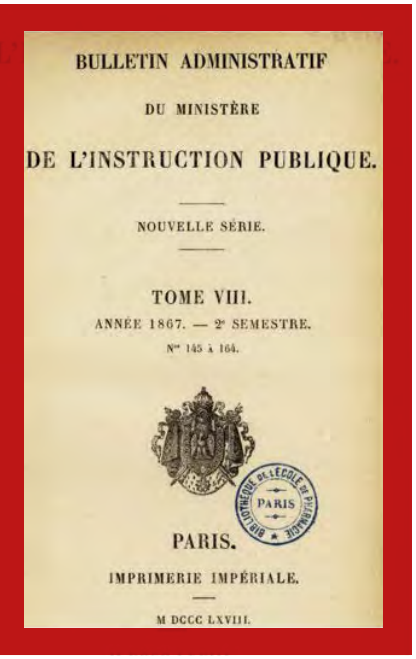
4 - C. F. Michéa, *Le matérialisme réfuté à l'aide d'arguments empruntés à l'histoire naturelle à la physiologie à la médecine, Paris, 1850 (*également publié dans l'Union médicale l'année précédente)

5 - J.P. Falret et al., « Rapport sur le mémoire du docteur Belhomme », *Bulletin de l'Académie de médecine*, XIV, 1849, p. 592.

6 - « Feuilleton. Causeries hebdomadaires », *Union médicale*, II, n°63, 25 mai 1848, p. 1.

7 - F. Dubois, « Éloge de F.J.V. Broussais », *Mémoires de l'Académie de médecine de Paris*, vol. XIV, 1849, p. II-XXVIII.

8 - J.B.G. Barbier, « De la psychologie », *Gazette médicale de Paris*, n°5, 1er février 1852, p. 58.


BULLETIN ADMINISTRATIF

DU MINISTÈRE

DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

NOUVELLE SÉRIE.

TOME VIII.

ANNÉE 1867. — 2e SEMESTRE.

Nos 145 à 164.

PARIS.

IMPRIMERIE IMPÉRIALE.

M DCCC LXVIII.

Les discussions furent nombreuses et fournies au cours des années qui suivirent la création de la Société médico-psychologique. Certaines étaient des thématiques déjà abordées comme la monomanie, d'autres échanges tendent à prendre à bras le corps de nouvelles approches ou de nouvelles catégories cliniques comme celle de folie raisonnante. Le spectre des discussions était incontestablement large et celles-ci témoignaient des multiples façons dont on pouvait les aborder. En effet il y avait les aspects cliniques bien entendu mais parfois aussi des aspects juridiques et enfin une tonalité philosophique puisqu'elle était incluse dans les buts de la Société à travers l'exploration de « l'homme moral ». C'est pourquoi cette dimension et les considérations sociales qui l'accompagnaient étaient tout à fait régulières. C'est la raison pour laquelle les discussions ne pouvaient pas systématiquement éviter les affrontements doctrinaux puisque dans une large mesure les conceptions autour de la folie relevaient de conceptions sur la raison et la liberté humaines notamment. Bien qu'aucun sociétaire ne cherchait à transformer la Société médico-psychologique en champ de bataille ni de faire des *Annales médico-psychologiques* un journal satirique, les oppositions étaient perceptibles. Félix Ravaisson (1813-1900), agrégé de philosophie et haut fonctionnaire notait à l'occasion d'une rétrospective : « L'aliénation mentale a été le sujet de publications nombreuses et de discussions non moins animées »[9]. Personne n'était désireux cependant d'aller trop loin dans les affrontements pour au moins deux raisons. La première est que les critiques à l'égard des médecins et au sein de la médecine contre ceux qui se laissaient aller aux proclamations doctrinales plutôt que de s'en tenir à l'examen des faits étaient suffisamment nombreuses pour ne pas contribuer à son tour à donner le sentiment d'une incertitude diagnostique et d'une incapacité à produire certains éléments de vérité. Le progrès médical ne pouvait se permettre de tels flottements. C'est la raison pour laquelle l'éclectisme est devenu un instrument pour ainsi dire diplomatique qui pouvait être mobilisé lorsque les affrontements théoriques pointaient à l'horizon. Mais cet instrument de conciliation pouvait aussi être regardé avec ironie au fur et à mesure que l'on s'éloignait du temps où il dominait comme courant philosophique dans les années 1840. La deuxième raison tient au fait que les aliénistes exerçaient une fonction délicate et qu'il ne leur fallait en aucune manière perdre de vue la légitimité d'une profession qu'il leur fallait consolider. Dans de nombreuses affaires de diagnostic de l'état mental mis en avant par la presse, on mesure bien l'enjeu qui était celui de ces médecins. Il n'était pas toujours aisé de pointer du doigt l'état mental d'hommes connus comme le comte Mortier ou de reconnaître l'environnement propice à un état mental fragile d'un ministre et homme de lettres comme Abel Villemain (1790-1870)[10].

En 1867, la Société médico-psychologique s'était développée et comptait presque le nombre maximum de sociétaires de plein exercice. Les membres correspondants, dont le nombre n'était pas limité, avaient considérablement augmenté puisque multiplié par 3 tandis que le nombre de ceux venant de l'étranger était multiplié par huit. Certes, on partait de chiffres modestes mais ces gains attestaient de ce que cette académie de médecine mentale correspondait à une attente. La Société médico psychologique obtenait cette année là la reconnaissance d'utilité publique ce qui lui ouvrait de nouvelles perspectives et attestait de ce que le pouvoir politique et le ministère de tutelle n'avaient pas de griefs particuliers à lui adresser[11]. Les sociétaires pouvaient s'enorgueillir du résultat et regarder l'avenir avec une confiance certaine. La Société avait en large partie tenue ses promesses et constituait un espace de savoir et de transmissions qui était d'autant plus nécessaire que l'université laissait au seuil de sa porte la médecine mentale[12]. Elle contribuait à l'existence d'un savoir médico-psychologique qui ne renonçait ni à son ancrage médical tout en veillant à la prise en compte d'un abord psychologique. Le médecin-aliéniste Jean Pierre Falret (1794-1870) écrivait : « Nous différons des médecins purement psychologues, en ce sens que nous admettons une modification organique quelconque, comme base indispensable de toutes les folies; mais nous différons encore plus peut-être des médecins somatistes, puisque, dans notre manière de voir cette lésion organique primitive appréciable ou non, ne rend compte que de la disposition générale à délirer et non de la variété infinie des délires »[13]. Important également, la Société médico-psychologique était sollicitée pour son expertise dans des diagnostics litigieux qui défrayaient la chronique en France, je l'ai dit, mais aussi dans d'autres pays européens. Elle contribuait par conséquent à la constitution d'une expertise à la fois nationale et internationale. Enfin, l'adhésion d'un nombre croissant de médecins était présentée comme la manifestation d'un esprit confraternel dont bien des plumes avaient dénoncé l'absence par le passé[14].

Toutefois, les défis demeuraient importants. Les incertitudes quant à la compréhension des mécanismes des troubles mentaux restaient encore bien actuelles. Le docteur Guardia (1830-1897) considérait, de manière quelque peu abrupte que hormis l'observation et le sens clinique, les aliénistes n'avaient pas grand chose d'autres pour leur domaine. Et il ajoutait dubitatif : « Que sait-on de l'étiologie et de la pathogénie des folies ? »[15]. Cela demeurait indubitablement un temps d'exploration et d'hypothèses. La doctrine des dégénérescences qu'un des membres correspondants de la Société, le docteur Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), avait fait paraître et sa tentative de fonder un schéma étiologique des troubles mentaux à travers son *Traité des maladies mentales* publié en 1866 laissait espérer une compréhension nouvelle de la folie même si l'audace de ses vues n'avait échappé à personne. Le second semestre de l'année 1867 fut marqué par plusieurs manifestations scientifiques internationales dont « le congrès aliéniste international » qui permettaient de faire rayonner la médecine française dans le cadre de l'exposition universelle qui avait lieu entre le printemps et l'automne. On pouvait se laisser aller à l'idée que le progrès médical continuerait sa route et apporterait son lot de bonnes nouvelles et on pouvait écrire : *humanitatis optima est certatio* ! Même si certains aspects concernant la fonction sociale de l'aliéniste, le dispositif de prise en charge étaient en proie à de nouvelles interrogations le nouveau président pour l'année 1868 faisant observer la primauté de l'observation clinique dans les travaux de sociétaires et pouvait conclure son discours par les mots suivants : « c'est parce que vos travaux ont tous la marque de cette garantie que la Société médico-psychologique a acquis dans le monde savant cette légitime autorité qui ne fera que grandir, je l'espère, dans l'avenir. »[16] ◆

Jean Christophe Coffin

9 - F. Ravaisson, *La philosophie en France au XIXe siècle*, Paris, Hachette, 1867, p. 209.

10 - En 1844, il se jeta par la fenêtre de son appartement. Certaines accusations prononcées à son encontre permettent, au moins en partie d'expliquer son geste.

11 - « Nouvelles de Paris », *L'Avenir national*, 26 décembre 1867, p. 2.

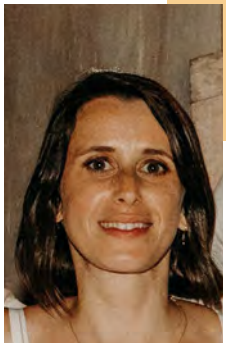
12 - Charles Lasègue (1816-1883) était cependant élu en février 1867 professeur de pathologie générale permettant ainsi à la pathologie mentale d'être évoquée devant les étudiants.

13 - J.P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés : leçons cliniques et considérations générales,* Paris, A. Everat, 1864, p. XIII.

14 - « La Société médico-psychologique », *Journal des débats politiques et littéraires*, 6 mars 1864, p. 2.

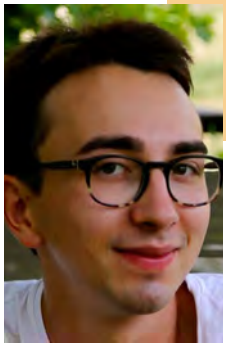
15 - J .M. Guardia, « Études sur la folie », *La Gazette médicale de Paris*, n°9, 2 mars 1867, p. 134.

16 - C. E., Brochin, « Discours », *Annales médico-psychologiques*, 1868, n°11 (1), p. 280.



◆ Sonia HAKIMI,
est psychiatre à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest.
Elle-même rédactrice d'une thèse médico-historique sur la folie du roi Charles VI, elle a supervisé celle de Louis Chevalier sur la psychiatrie punitive en URSS.

◆ Louis CHEVALIER,
est interne de psychiatrie au CHU de Nantes.
Son travail de thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine porte sur la psychiatrie punitive en Union soviétique.



Usage punitif de la psychiatrie en URSS : *État des lieux historique et clinique du concept de schizophrénie lentement progressive*

À travers l'Histoire, de nombreux régimes ont dévoyé la psychiatrie à des fins punitives et donc politiques. Ce fut par exemple le cas via des internements d'opposants pendant la Révolution française ou la Restauration *[1]*, ou du concept de drapétomanie aux États-Unis.

Plus récemment, l'Union soviétique a porté, du milieu des années 1960 jusqu'au début des années 1980, l'usage systémique de la santé mentale au service du pouvoir à son paroxysme. La littérature occidentale contemporaine a souvent dénoncé la *vialotekouchtchaïa chizofrenia* (*schizophrénie torpide* ou *schizophrénie lentement progressive* en français) comme l'archétype du diagnostic psychiatrique fallacieux, inventé par les psychiatres soviétiques à la solde du pouvoir afin de justifier l'internement de dissidents politiques. Plus tard, certains soviétologues iront même jusqu'à affirmer que ce diagnostic fut inventé de toutes pièces sur ordre du KGB. *[2]*

Si l'utilisation du diagnostic de schizophrénie lentement progressive (SLP) à visée répressive en URSS n'est plus à prouver *[3-4-5]*, l'étude de l'histoire et des descriptions sémiologiques de cette entité reste aujourd'hui, plus que jamais, pertinente tant elle illustre les fondements mêmes du totalitarisme de par sa volonté d'imposer une vision normative à l'ensemble de la société.

L'histoire de la SLP

La genèse du diagnostic de SLP est la résultante des débats intenses qui traversent la psychiatrie soviétique dans les années 1920-1930 au sujet des formes atténuées de psychose. Introduit en Russie en 1912, le concept de schizophrénie connaît un grand succès quelques années plus tard, dans la toute jeune URSS. Les psychiatres russes adhèrent à la vision large de cette entité nosologique que propose E. Bleuler. Celui-ci a en effet décrit une forme de schizophrénie dite « latente », regroupant un certain nombre de patients qui présentent une symptomatologie atténuée (simple irritabilité, morosité, repli ou ponctualité exagérée) pendant de nombreuses années avant l'apparition de symptômes schizophréniques plus francs. Les psychiatres soviétiques se montrent dès lors particulièrement intéressés par les formes limites entre psychose et névrose, car celles-ci posent des problèmes diagnostiques notoires. En 1932, le psychiatre moscovite L. Rozenchteïn produit la description d'une « schizophrénie légère », forme dans laquelle les symptômes psychotiques sont absents et le tableau clinique dominé par des « microsymptômes » (repli, apathie, affects dépressifs), reconnaissables par le clinicien aguerri. En parallèle, G. I. Soukhareva, une psychiatre d'origine ukrainienne considérée comme une des pionnières de la pédopsychiatrie en URSS, étudie une cohorte de 107 enfants souffrant de schizophrénie. En 1933, elle distingue deux groupes au sein de cette cohorte qui diffèrent de par leur symptomatologie : d'une part, le groupe de la *schizophrénie aiguë*, où la maladie évolue par poussées symptomatiques de plus en plus rapprochées ; d'autre part, la *schizophrénie lentement progressive*, au pronostic plus favorable, où les symptômes vont s'aggraver de façon lente et continue au cours de l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte. Si la schizophrénie légère de Rozenchteïn et la schizophrénie lentement progressive de Soukhareva connaissent un certain succès initial, elles tombent en désuétude vers la fin des années 1930. Elles seront ravivées au début des années 1950 par A. V. Snejnevski, figure majeure de la psychiatrie soviétique de la deuxième moitié du siècle. Cet ancien collègue de Soukhareva reprend à son compte le terme de SLP pour l'intégrer à sa théorie de la schizophrénie, elle-même fortement influencée par le tournant idéologique appliqué à la psychiatrie soviétique lors des sessions plénières de 1950 et 1951. C'est, en effet, au cours de ces sessions qu'une ligne pavloviste « dure », soutenue par le pouvoir stalinien, prend l'ascendant sur la communauté psychiatrique et entérine une vision purement mécanistique de la maladie mentale. L'idée, très répandue dans les premières années de l'URSS, selon laquelle la société pouvait imprimer à l'individu les causes de la maladie mentale est officiellement abandonnée. *[4-5]*

Les descriptions soviétiques de la SLP

Snejnevski est le principal théoricien de la SLP et est à l'origine de la quasi-totalité des textes ayant décrit ce trouble, que ce soit en qualité d'auteur ou comme directeur scientifique de la publication d'ouvrages collectifs traitant du sujet. Certains de ses collaborateurs ont également joué un rôle actif dans l'étude et la description de la SLP. Les différents supports de sémiologie psychiatriques de référence alors en usage émanaient donc du même groupe de praticiens. *[6-7-8-9]* Ce sont ces écrits auxquels nous allons nous intéresser.

Selon le modèle théorique de Snejnevski, la schizophrénie est un processus mental pathologique d'origine endogène (c'est-à-dire biologique), progressif et incurable, qui se développe sur l'entièreté de la vie de l'individu selon trois formes évolutives principales : continue, récurrente (sous forme de crises) et mixte. La SLP est décrite comme un sous-type de schizophrénie continue et en représente la variante la plus favorable sur le plan pronostique. Elle se caractérise par une phase initiale dite « latente » de longue durée

(de la naissance jusqu'au début de l'âge adulte) au cours de laquelle apparaît progressivement une symptomatologie déficitaire appelée « syndrome négatif ». Lors de la phase dite « active », un « syndrome positif » se surajoute au tableau déficitaire, produisant des symptômes de registres variés qui donnent leur nom aux différentes formes de SLP décrites : formes obsessionnelle, hystérique, hypocondriaque, cénestopathique, paranoïaque, avec dépersonnalisation. Des formes hybrides, regroupant des symptômes positifs de plusieurs registres, ainsi qu'une forme à début juvénile, sont aussi décrites. La troisième et dernière phase de la maladie, dite phase « résiduelle », correspond à l'appauvrissement du syndrome positif au profit d'une pérennisation du syndrome négatif qui prend alors un caractère stable et définitif.

La comparaison des descriptions sémiologiques contenues dans les manuels de psychiatrie soviétique avec les référentiels diagnostiques actuels (DSM-IV, DSM-5 et CIM-10) montre que le concept de SLP n'est, pour l'essentiel, pas comparable à la définition actuelle de la schizophrénie. La présence d'éléments délirants, d'hallucinations ou de désorganisation majeure de la pensée n'est pas obligatoire dans la définition soviétique de cette maladie. La comparaison systématique au DSM montre que les phénomènes cliniques décrits pour la SLP correspondent davantage à des troubles de la personnalité du cluster A (troubles de la personnalité schizotypique, schizoïde, paranoïaque). Un grand nombre de symptômes « positifs » ont été interprétés à tort par les psychiatres soviétiques comme des signes d'une décompensation psychotique productive alors qu'ils pouvaient être rattachés à un prolongement des caractéristiques cliniques d'un trouble de la personnalité. De rares descriptions peuvent faire évoquer un authentique trouble psychotique, tel qu'un trouble délirant (au sens du DSM) pour la SLP de forme paranoïaque.

Place de la SLP dans l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives

Selon le psychiatre dissident A. I. Koryaguine, parmi les étiologies invoquées pour justifier l'internement d'opposants politiques en établissement psychiatrique, on retrouve la SLP à hauteur de 30 à 50 % alors qu'une autre entité diagnostique, la « psychopathie paranoïaque », est relevée dans 50 à 70 % des cas. *[10]* Ainsi, en reprenant les estimations du nombre de dissidents soviétiques victimes de la psychiatrie punitive (500 à 7000 personnes selon les auteurs) *[5]* et en les recoupant avec les statistiques avancées par Koryaguine, nous pouvons estimer le nombre de dissidents ayant reçu le diagnostic de SLP entre 150 et 3500 individus.

La procédure d'internement des dissidents était relativement commune. Après avoir été mis en cause pour des motifs s'avérant très variables comme la participation à une manifestation, la publication d'écrits protestataires, une dénonciation ou de simples soupçons, le dissident était arrêté par le KGB, organisme chargé de l'instruction du dossier. Puis, avait lieu une expertise psychiatrique au cours de laquelle une commission devait statuer sur la présence ou non d'un trouble mental, ainsi que sur l'éventuelle responsabilité du mis en cause pour les faits reprochés. Dans la plupart des cas d'internement de dissidents, les experts psychiatres étaient issus de l'institut de psychiatrie médico-légale Serbski, à Moscou, établissement brièvement dirigé par Snejnevski de 1950 à 1951.

Si l'irresponsabilité était retenue, il n'y avait pas de procès : l'inculpé était appelé à comparaître à une audience où était décidée la forme sous laquelle il devait bénéficier de soins psychiatriques. Cette procédure n'autorisait pas l'inculpé à se défendre puisqu'il n'avait pas accès au dossier d'instruction et ne pouvait être représenté par un avocat qu'à partir du moment où l'expertise psychiatrique était produite. L'accusé ne pouvait par ailleurs pas faire appel des conclusions de la commission ni de celles de l'audience. Lorsqu'une hospitalisation sous contrainte était ordonnée, l'inculpé était généralement interné dans un hôpital psychiatrique de type « spécial », réservé aux malades présentant une dangerosité pour la société. Les conditions d'hospitalisation étaient assimilables à de la torture : injections forcées d'antipsychotiques, d'insuline ou de soufre (substance pyrogène) sans justification médicale ; accès restreint aux sanitaires ; passages à tabac réguliers par le personnel, etc. *[11]* La durée d'hospitalisation était variable et empirique. En général, le transfert des inculpés vers des hôpitaux psychiatriques conventionnels était décidé au bout de quelques mois.

● Fig. 1 - Photographie de l'institut de psychiatrie médico-légale V. P. Serbski de Moscou en 2009 (Par A. Savin – Travail personnel, CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org)

En parallèle de l'utilisation répressive de la SLP, il faut souligner que la majorité des personnes recevant ce diagnostic n'étaient pas des dissidents. La prévalence de la SLP est en effet estimée à 4,17 pour 1000 habitants en 1973 *[12]*, ce qui représente environ 500 000 individus. Ces patients recevaient des soins psychiatriques avant tout ambulatoires (psychothérapies, thérapie par le travail) dans les dispensaires neuropsychiatriques répartis sur le territoire. Une attention particulière était portée à la recherche de traitements pharmacologiques adéquats selon la forme de SLP présentée par le patient (antipsychotiques, benzodiazépines, coma atropinique). *[9]*

Facteurs explicatifs

Plusieurs facteurs peuvent être identifiés pour expliquer les raisons de l'utilisation de la psychiatrie, et plus particulièrement de la SLP, dans le système répressif soviétique. D'un point de vue historique, la période 1960-1980 correspond en URSS à l'abandon de certaines méthodes répressives héritées de l'époque stalinienne, notamment

les camps du Goulag ou les déportations massives, dans un contexte de guerre froide. *[13]* Malgré la déstalinisation, l'URSS demeura un régime fondamentalement autoritaire, employant des méthodes répressives pour dissuader ou mater les velléités protestataires, réelles ou supposées, de certaines franges de la population. À ce titre, l'enfermement d'opposants dans des hôpitaux psychiatriques possède l'avantage de la discrétion, en comparaison aux procès de dissidents, qui auraient pu servir de tribune et attirer l'attention de l'opinion publique internationale. La psychiatrie punitive ne remplaçait pas les autres méthodes de répression (détentions arbitraires, menaces, exil forcé) mais venait plutôt les enrichir.

Sur le plan sociologique, ce phénomène s'inscrivit dans un contexte de psychiatrisation de l'opposition au régime soviétique. Puisque la société soviétique avait censément résolu toutes les contradictions de classe et devait, selon la doctrine, conduire ses membres vers le « bonheur socialiste », toute critique à son encontre ne pouvait donc provenir que d'individus dont le jugement et le discernement étaient altérés par des troubles psychiques. La conception de Snejnevski, défendant le fait que les maladies mentales provenaient pour l'essentiel d'un dérèglement biologique interne, dans lequel les facteurs psychosociaux n'étaient donc pas impliqués, venait ainsi confortablement légitimer une interprétation normative selon laquelle tout signe de dissidence, même de faible ampleur, pouvait être interprété comme le symptôme d'une maladie mentale telle que la SLP et nécessiter un traitement psychiatrique adapté. N. S. Khrouchtchev ne nia d'ailleurs pas ce dogme lorsqu'il déclara en 1959, devant le Comité central du Parti communiste : « il y a des gens qui luttent contre le communisme [...], mais il est clair que l'état mental de ces gens n'est pas normal ». *[5]*

Sur le plan sémiologique, le champ diagnostique recouvert par la définition de la SLP est très large, empruntant des symptômes à de multiples registres (obsessionnel, hypocondriaque, etc.). Il est donc assez aisé de retrouver l'un ou l'autre de ces symptômes chez tout individu, et de relier ce symptôme à l'existence d'une maladie schizophrénique. Certaines formes de la maladie, comme la SLP paranoïaque, comprennent en outre des critères sémiologiques finalement très proches des manifestations classiques d'une activité dissidente : « idées » et « actions réformatrices », « obsession dans leur mise en œuvre », « lutte pour ses droits ». *[9]*

À l'internement contraint vient s'ajouter le caractère stigmatisant d'un diagnostic tel que celui de « schizophrénie », source supplémentaire d'oppression contre l'individu visé. Si la psychiatrisation de la dissidence semble bien exister au niveau officiel et parmi les psychiatres responsables des expertises médico-légales de dissidents, il n'est cependant pas possible d'affirmer que l'ensemble de la communauté psychiatrique soviétique validait cet amalgame. Au contraire, plusieurs psychiatres se sont ouvertement prononcés contre, tels Koriaguine, S. F. Glouzman (psychiatre ukrainien, auteur d'un *Guide de psychiatrie à l'usage des dissidents soviétiques*) ou encore L. A. Kalinine (psychiatre de Leningrad opposé à l'école de Moscou et ayant infirmé le diagnostic de SLP chez l'écrivain dissident V. K. Boukovski).

● Fig. 2 - Portrait du psychiatre Semion Glouzman en 2012 (Par Mikhaïl Kalnitski – Travail personnel, CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org)

● Fig. 3 - Portrait du mathématicien et dissident Leonid Pliouchtch en 2013 (Par Cyberic71 – Travail personnel, CC BY-SA 4.0, https://commons.wikimedia.org)

Par ailleurs, les études de prévalence syndromique pour les diagnostics effectifs de schizophrénie lentement progressive en population générale montrent une dominance des syndromes délirants et donc une discordance entre les définitions théoriques de cette maladie et son application diagnostique *[7]*. Cela suggère une faible adhésion des psychiatres soviétiques à ce concept. Il est ainsi permis d'avancer que la plupart des psychiatres soviétiques se montraient peu convaincus de l'existence d'une schizophrénie chez des dissidents qui ne présentaient pas de symptomatologie délirante manifeste. Au final, l'application de la psychiatrie à des fins punitives ne serait le fait que d'une minorité de psychiatres : les proches collaborateurs de Snejnevski et les experts psychiatres issus de l'institut Serbski de Moscou. Certains d'entre eux entretenaient par ailleurs des liens de connivence étroits avec les autorités ; on citera D. R. Lounts (qui expertisa, entre autres, le mathématicien et dissident L. I. Pliouchtch, et qui était colonel au KGB *[14]*) ainsi que Snejnevski lui-même, réputé être un membre actif du parti communiste. *[15]*. ◆

SOURCES

[1] Murat, L. (2011). L'homme qui se prenait pour Napoléon. Paris : Gallimard.

[2] Van Voren, R. (2010). Political Abuse of Psychiatry–An Historical Overview. Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 1, 33-35

[3] Dufaud, G. (2021). Une histoire de la psychiatrie soviétique. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

[4] Gonnet, L. (2019). Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir psychiatrique (thèse pour le grade de Docteur en Médecine)

[5] Smith, T., & Oleszczuk, T. (1996). No Asylum, State Psychiatric Repression in the Former USSR. Londre : Macmillan Press Ltd.

[6] Grachenkov, N., & Snejnevski, A. (1965). Répertoire de neuropathologie et psychiatrie. Moscou : Meditsina.

[7] Snejnevski, A. (1972). Schizophrénie. Etude multidisciplinaire. Moscou (URSS) : Meditsina.

[8] Snejnevski, A. (1983). Manuel de psychiatrie. Moscou (URSS) : Meditsina.

[9] Snejnevski, A., & Nadjarov, R. (1985). Répertoire de psychiatrie, 2e édition revue et augmentée. Moscou (URSS) : Meditsina.

[10] Koriaguine, A. (1981). Unwilling Patients . The Lancet.

[11] Pliouchtch, L. (1977). Dans le carnaval de l'histoire : Mémoires. Actuels. Paris : Seuil.

[12] Tiganov, A., & Snejnevski, A. (1999). Manuel de psychiatrie en deux tomes. Moscou (Russie) : Meditsina

[13] Werth, N. (2020). Histoire de l'URSS. Paris : Que sais-je ?

[14] Boukovski, V. (1971). Une nouvelle maladie mentale en URSS : l'opposition.

[15] Van Voren, R. (2013). O Gueorgui Morozove. Bulletin de l'Association des psychiatres d'Ukraine.

◆ Fanny DEMARS
Dr Vétérinaire, Urgentiste chez VetoAdom Alpin
PhD en neurobiologie, Membre de l'Institut de Psychiatrie
Lauréate de l'Académie Vétérinaire de France et de la Société Francaise d'Histoire de la Médecine

Naissance de l'enseignement vétérinaire *à Lyon*

Résumé

L'école vétérinaire de Lyon est le premier établissement du monde occidental dédié à l'enseignement de l'art vétérinaire. Fille du siècle des Lumières et de ses bouleversements culturels, sociaux, politiques et scientifiques, l'école est créée le 4 août 1761 par arrêté royal de Louis XV grâce aux efforts de Claude Bourgelat et de Henri Bertin. Ainsi, face à la situation sanitaire déplorable du cheptel français, une école est destinée, pour la première fois, à former des professionnels devant délivrer des soins à l'ensemble des animaux. S'éloignant de la seule maréchalerie, des pratiques empiriques et superstitions, Bourgelat veut développer une médecine du cheval mais aussi des animaux de rente qui se base sur des méthodes scientifiques et rationnelles. C'est la naissance de la profession vétérinaire. La renommée de Bourgelat et ses qualités de divulgateur des succès de ses élèves permettent le développement rapide de ses idées. On voit alors fleurir dans toute l'Europe des écoles vétérinaires sur le modèle de celle de Lyon, « berceau de l'enseignement vétérinaire ». C'est ainsi que plusieurs années avant les grands succès de l'école du XIXe et XXe siècle, l'école et son fondateur acquièrent une renommée mondiale.

Fille du siècle des Lumières, la première école vétérinaire du monde occidental est créée par arrêté royal de Louis XV en 1761 à Lyon grâce aux efforts de Claude Bourgelat et Henri Bertin. Homme intelligent, ami de Bertin, Malesherbes, d'Alembert, Turgot, correspondant de Voltaire et possiblement de Frédéric II de Prusse, collaborateur de la Grande Encyclopédie, membre de l'Académie des Sciences de Paris, Bourgelat a su mettre au service de son école, sa notoriété, son prestige ainsi que ses relations. Voltaire lui écrit vers 1770 : « *J'étais étonné qu'avant vous les bêtes à cornes ne fussent que du ressort du boucher, et que les chevaux n'eussent pour leurs Hippocrates que des maréchaux-ferrants. Les vrais secours manquent dans les pays les plus policés. Vous avez seul mis fin à cet opprobre si pernicieux... [...] Vous avez ouvert, Monsieur, une nouvelle carrière par la voie de l'expérience ; vous avez rendu de vrais services à la société : voilà de la bonne physique...* » (cité dans [1]).

Le contexte

Une situation sanitaire déplorable du cheptel français

Au XVIIIe siècle, de nombreuses maladies affectaient les cheptels français et européens. Souvent contagieuses, ces maladies touchaient sévèrement les bovins, chèvres, moutons et chevaux. Parmi elles, il faut citer la peste bovine[1] (notamment en 1714-1715 puis 1743-1746), la clavelée des petits ruminants, les charbons (notamment en 1743 et 1746), une glossite gangréneuse, et la morve des chevaux. Les taux de mortalité sont difficiles à estimer. Néanmoins des relevés ponctuels permettent de mesurer l'ampleur des pertes engendrées par ces épizooties. Ainsi, dans la région lyonnaise, Henri Hours rapporte qu'en 1714, 133 des 160 bovins de la paroisse de Chassagny seraient décédés ainsi que 110 des 120 de Pouilly-le-Monial. Les paysans, tout comme les autorités, étaient démunis face à ces épidémies qui décimaient à la fois les chevaux et le bétail, animaux nécessaires dans la vie quotidienne et pour l'alimentation de toutes les classes de la société. [2–4]

Au XVIIIe, les connaissances médicales sur les maladies, de l'homme et des animaux, sont clairsemées et imprécises. L'exercice de la médecine des animaux était confiée aux gens d'écurie, équarrisseurs, bergers, maréchaux, soi-disant guérisseurs ou sorciers. En parallèle, le clergé organisait des bénédictions des troupeaux. Pour le bétail, les traitements comprenaient, en parallèle de diverses pratiques spirituelles, des saignées, cautérisations, applications de végétaux, fumigations, et lavements. L'art vétérinaire se résumait à l'hippiatrie, art de soigner les chevaux. Son développement est associé à l'engouement pour l'équitation des classes aisées de la société qui a fait du cheval un animal de prestige. L'hippiatrie reste néanmoins principalement restreinte à l'art de la ferrure et à diverses pratiques empiriques. Deux classes sociales s'opposent dans l'exercice de la médecine du cheval : les maréchaux-ferrants, praticiens depuis longtemps auprès de toutes les classes sociales et qui regroupent au XVIIe des personnages d'élites exerçant auprès des chevaux du roi et des nobles, et les écuyers qui ont amené une théorisation de ces soins en s'appuyant sur les ouvrages anciens et les théories de la médecine humaine. Des ouvrages précieux sont rédigés tels que Le Parfait Maréchal (1713) de Jacques de Solleysel, écuyer de Louis XIV, dédiés aux pratiques d'élevage, à l'anatomie et aux maladies du cheval. En 1772, Pierre-Etienne Lafosse, grand rival de l'école vétérinaire de Bourgelat, fait paraitre son Cours d'Hippiatrique. Cependant, si les grands écuyers se préoccupaient des soins des chevaux et formaient des élèves, aucun n'a créé une réelle école qui aurait chercher à valoriser une profession donnant des soins à l'ensemble des animaux sur les bases d'un enseignement scientifique. [3–6]

Évolution des idées

Le XVIIIe siècle connait une multiplication des découvertes scientifiques. Les savants s'éloignent des pratiques du Moyen-âge, adoptent la

[1] - La peste bovine n'est que la deuxième maladie à avoir été éradiquée avec succès partout dans le monde, en 2011, une trentaine d'années après la variole, et 250 ans après la création de l'école vétérinaire de Lyon.

méthode expérimentale, et se réunissent en sociétés et académies pour communiquer et discuter leurs découvertes. Cela s'accompagne d'un développement économique avec la création de nombreuses industries et de nouvelles voies terrestres et maritimes de commerce. L'essor des lettres et des arts est marquant, notamment en France, préparant les grands bouleversements sociétaux de la fin du siècle. L'esprit encyclopédique du siècle des Lumières encourage une étude méthodique de la médecine des animaux qui relevait jusqu'alors de l'empirisme et de la superstition. De plus, l'intérêt pour la nature se développe comme le montre les écrits de Rousseau notamment. L'époque voit par ailleurs la transformation de la relation homme-animal. Suite à la création de l'Académie Royale des Sciences en 1666, les dissections de différentes espèces animales s'étaient développées. Buffon ose comparer l'anatomie de l'homme et celle des animaux, et l'on discute avec étonnement de leur proximité. La vie de cour s'accompagne aussi du développement de l'animal de compagnie avec l'entrée de lévriers, bichons, épagneuls dans le cercle familial. Enfin, l'agriculture est considérée sous un regard nouveau. Elle intéresse les élites et de nombreuses publications relatives l'économie rurale voient le jour. Le courant physiocrate mené par Quesnay, médecin de Louix XV et soutenu par Mirabeau et madame de Pompadour est en plein développement. Il place l'agriculture au centre de l'économie et de la prospérité des nations.

La fondation de l'école vétérinaire de Lyon

Claude Bourgelat et Henri Bertin

Bourgelat (Figure 1) nait en 1712 à Lyon, alors deuxième ville de France. Son père, échevin de Lyon, est un riche commerçant qui meurt en 1719. Suite à de nombreux procès, l'héritage de Bourgelat ne sera que très maigre. Il reçoit néanmoins une très bonne éducation et tiendra un cabinet d'avocat de 1733 à 1740, plaidant des affaires pour la haute bourgeoisie et la noblesse. Il se tourne ensuite vers sa passion pour le cheval. Considéré comme l'un des meilleurs écuyers de France, il devint écuyer du Roi et dirige la prestigieuse académie d'équitation de Lyon[2] entre 1740 et 1765 ce qui le place en vue dans le milieu lyonnais. Il se forme à l'anatomie et à la pathologie comparée auprès de chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. Il publie ses premiers ouvrages (Le nouveau Newkastle en 1744 et les Eléments d'hippiatrique à partir de 1750). Dans ces livres novateurs, empreints de son esprit scientifique, Bourgelat cherche à aborder toutes les notions des soins aux chevaux par le raisonnement, l'observation et l'expérience, refusant l'empirisme. Ils lui vaudront une renommée internationale et il sera nommé correspondant de l'Académie royale des sciences en 1752. Il rédige par ailleurs près de 200 articles pour la grande encyclopédie de Diderot et d'Alembert et occupe divers postes enviés : commissaire inspecteur des haras du Lyonnais (1757), censeur (1758), puis inspecteur (1760) de la librairie de Lyon et détenteur du privilège des fiacres de Lyon qui lui accorde le monopole de leur exploitation (1760). Dès 1750, ses écrits montrent qu'il envisage la création d'une école vétérinaire. Homme d'esprit, encyclopédiste, il participe aux bouleversements des idées du siècle des lumières. Il s'intéresse aux problèmes sociaux, à l'agriculture et aux épizooties des chevaux et des animaux de rentes. Très ambitieux, Bourgelat s'est appuyé sur des amis puissants de son temps, tels que de La Michodière (intendant du Lyonnais), Malesherbes, d'Alembert, Mirabeau et surtout Bertin. S'il est persévérant, il peut aussi être obstiné et autoritaire. [6,7]

Fig. 1 - Claude Bourgelat (1712-1779). Henri Bertin (1720-1792) par Alexander Roslin, huile sur toile, Issac, Château de Montréal

A ses côtés pour la création de l'école, Henri Léonard Bertin (Figure 1) est Intendant du Lyonnais de 1754 à 1757. Protégé par Mme de Pompadour, il sera nommé lieutenant général de police de Paris, puis Contrôleur Général des Finances en 1759 auprès de Louis XV, et enfin ministre d'état. Il fut à la tête du cinquième secrétariat d'État rétabli pour lui par Louis XV. Une part importante de son travail est dédiée à l'amélioration de l'agriculture, par le développement des connaissances théoriques mais aussi grâce à la transmission de conseils pratiques auprès des paysans à travers les provinces de France. Il souhaite faire de l'agriculture une activité économique performante qui participerait pleinement à l'amélioration des finances de l'état. Il est ainsi à l'origine de la création des Sociétés régionales d'agriculture. Bertin semble avoir joué un rôle majeur dans l'évolution de l'école pensée par Bourgelat vers une école soignant tous les animaux, en particulier le bétail, élément central pour la création de l'école par le conseil du roi. En effet, Bourgelat se concentrait initialement sur la médecine du cheval et ses bienfaits pour la santé et la médecine humaine, sans évoquer les soins au bétail. Le soutien de Bertin auprès du roi sera par ailleurs déterminant pour la création mais aussi pour la persistance de l'école. [6,8]

Fondation de l'école

Le 4 août 1761 les efforts de Bourgelat (qui a 48 ans) et de Bertin, alors Contrôleur Général des Finances sont récompensés : un arrêt du Conseil d'Etat autorise « l'établissement dans la ville de Lyon d'une école pour le traitement des bestiaux ». École « *où l'on enseignerait publiquement les principes et les méthodes de guérir les maladies des bestiaux, ce qui procurerait insensiblement à l'agriculture du royaume les moyens de pourvoir à la conservation du bétail, dans le temps où cette épidémie désole les campagnes [...] Sa Majesté désirant traiter favorablement le dit Sr. Bourgelat et contribuer au soutien d'un Établissement utile à l'Agriculture de son royaume [...]* ». Le roi Louis XV accorde pour l'établissement une dotation de 50 000 livres payables en six ans.

Bourgelat adopte le terme de « vétérinaire », manifestant ainsi son intention de créer une école dédiée aux soins de l'ensemble des animaux selon les souhaits de Bertin et du roi. Cela le sépare aussi du corps des maréchaux ferrants. Si des pratiques vétérinaires existaient bien avant l'ouverture de l'école, elles sont désormais institutionnalisées et le métier de vétérinaire devient associé à l'application d'une démarche scientifique et rationnelle pour les soins de tous les animaux.

Ouverture de l'école

Plusieurs mois s'écoulent avant l'ouverture de l'école. Bourgelat peine à trouver un local convenable, jusqu'à la négociation d'un bail de 6 ans avec les Recteurs de l'Hôtel-Dieu pour occuper le « Logis de l'Abondance » dans le faubourg de la Guillotière, ancienne auberge, dont les Hospices étaient propriétaires. L'école restera environ 35 ans dans ces locaux modestes. Bourgelat y fait aménager une pharmacie, une salle de dissection, des écuries, un atelier de maréchalerie, et une salle de démonstration (qui abritera plus tard le cabinet du roi avec collection de squelettes, pièces anatomiques et animaux empaillés), la chambre du démonstrateur (sans doute occupée par Honoré Fragonard) ainsi que celle du directeur qui fut occupée par Bourgelat jusqu'à son départ pour Paris (Figure 2). Les premiers élèves devaient se loger dans une auberge proche de l'école gérée par les Pierry. En 1774, un dortoir de 25 lits fut construits pour les élèves, désormais internes. [4,9,10]

[2] - Les académies sont issues de la renaissance italienne : au XVIe siècle, les humanistes constituent des assemblées afin de se réunir et d'approfondir leurs connaissances. L'étude de l'équitation est elle aussi organisée au sein d'Académies. En France, elles se développent particulièrement sous Louis XIV, encouragées par Colbert. Au sein de l'Académie du Roi, Bourgelat donne à ses élèves, jeunes gentilshommes, une instruction générale tout en leur enseignant l'art de monter à cheval, les mathématiques, l'art de de se battre, la musique et la danse.

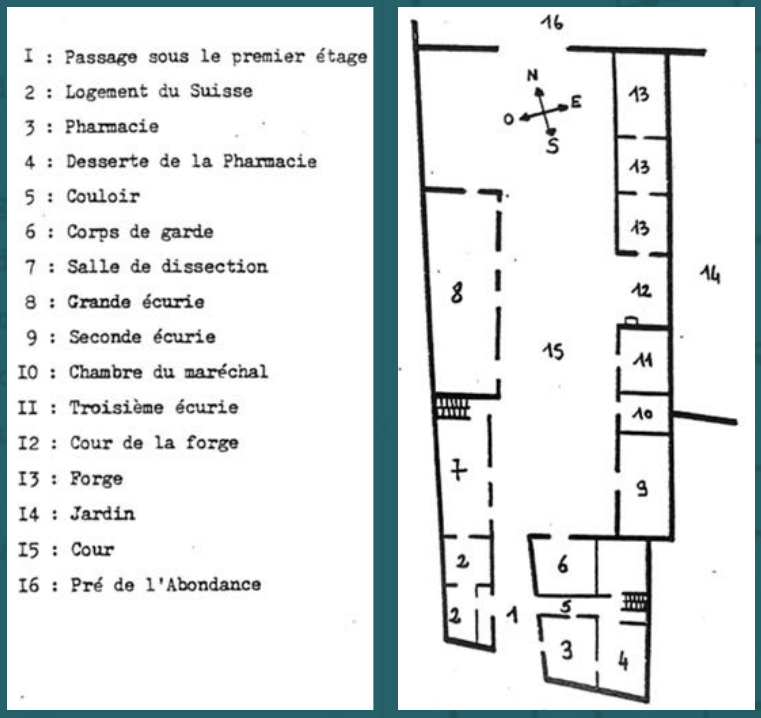


Fig. 2 - Plan du rez-de-chaussée de l'école vétérinaire de Lyon lors de sa création d'après Arloing (1889). Source : Reymann, 1980

Bourgelat se livre à la publicité de sa nouvelle école afin d'y attirer des élèves, notamment par la distribution auprès des Intendants des provinces d'un prospectus, retravaillé par Bertin, decrivant les buts de l'école et les principes de ses enseignements [11]. Quelques jours avant l'ouverture de l'école prévue début février 1762, Bourgelat se désole du peu de candidats. Les personnes s'occupant des animaux malades ou décédés, étaient alors très peu considérées et il était dégradant de disséquer des cadavres d'animaux pour un homme de qualité. Alors que l'Académie du roi reçoit de jeunes gentilshommes, Bourgelat choisit pour l'école vétérinaire de recruter des élèves de condition modeste, habitués du monde rural, milieu où ils devront vivre et exercer, notamment des fils de maréchaux-ferrants. Les conditions d'admission se limitent alors à « savoir lire et écrire ». Ces conditions restaient néanmoins souvent imparfaitement satisfaites, l'orthographe des élèves relevant souvent de l'écriture phonétique, alors que beaucoup ne parlaient que le patois de leur province. Finalement, 38 élèves, en provenance de plusieurs provinces (Lyonnais, Dauphiné, Bourgogne, Picardie, et d'Angoulême), sont inscrits la première année. En l'absence de limite d'âge (jusqu'en 1777), un enfant de 11 ans y côtoie un homme de 31 ans, ainsi que Louis Bredin, 23 ans, futur directeur de l'école. L'effectif de l'école de Lyon monte à 52 en 1763 puis 88 en 1764. Il se stabilise ensuite autour d'une trentaine d'élèves pour plusieurs années en raison de la concurrence engendrée par l'ouverture de l'école d'Alfort. [3,4]

Les premières années de l'école

Bourgelat, directeur de l'école, régit l'établissement d'une main de fer. Il s'occupe des recrutements, du programme des enseignements et des règles de vie de l'école.

L'enseignement

Bourgelat semble n'avoir pas directement participé à l'enseignement. Il recrute Pierre Pons (chirurgien) et l'abbé Rozier puis Honoré Fragonard[3], ainsi que Philibert Chabert, maréchal-ferrant. Gargeaud, régisseur, est chargé de la surveillance des élèves et de la comptabilité. Dans l'attente des traités que Bourgelat prévoit de publier, il écrit ou faire écrire des cahiers par ses démonstrateurs. Les élèves doivent lire et recopier ses cahiers avant d'assister à l'exposé oral du professeur. Sans doute fait-il appel à d'autres médecins et chirurgiens lyonnais mais cette pratique cessera rapidement. En effet, l'école forme ses propres cadres parmi ses meilleurs élèves qui deviennent répétiteurs, parfois démonstrateurs puis professeurs pour les plus brillants.

Bourgelat prône un enseignement privilégiant l'observation et la réflexion contrairement aux traditions de l'enseignement médical des universités de l'époque. Rejetant les longs discours théoriques, il accorde une place importante à l'enseignement pratique. Les matières sont réparties en sept cours : anatomie, botanique et pharmacie, matière médicale interne et externe (thérapeutique), extérieur (conformation externe, critères pour guider le choix des animaux selon leur utilisation), forge, maladies, bandages et opérations. Les cours de ferrure en été et de dissection en hiver sont prépondérants. Les animaux décédés sont autopsiés, et des travaux pratiques d'anatomie et de chirurgie sont dispensés en plus de l'enseignement clinique, l'école étant aussi un lieu de consultations. Conçue pour les chevaux à ses débuts, rien n'avait été initialement prévu pour loger les chiens ou animaux de rentes dont l'examen se fait en dehors des murs de l'école. [3,4,12]

Les missions des élèves

Dès 1762, quelques mois après l'ouverture de l'école, Bourgelat envoie sur demande d'Intendants des provinces des élèves en mission dans les campagnes pour traiter le bétail malade. Alors que les connaissances de l'époque, et à fortiori celle des jeunes élèves, n'étaient que très minces, de simples mesures d'hygiène, de bon sens, et une certaine dose de chance, associée à une phase de déclin de l'épidémie, permettent d'expliquer un certain succès de plusieurs de ces missions. Bourgelat diffuse alors largement ces succès. Il en informe Bertin par lettre et fait imprimer les résultats obtenus pour les Intendants des provinces. Il peut ainsi établir la réputation de son école et se défendre contre ses opposants (Figure 3). L'avis de Bourgelat est souvent sollicité, et ce à travers l'Europe, par exemple par les cours royales du Danemark et de Suède en 1762 pour une épizootie de « peste bovine ». La publicité du succès des missions de ses élèves, accroit sa renommée et surtout celle de la toute jeune école qui reçoit de nombreuses demandes d'aide. Bourgelat adresse alors des conseils par écrit ou envoie des élèves avec des instructions précises. Lors de ces missions mais aussi après la fin de leurs études, il est demandé aux élèves de renvoyer auprès de l'école autant d'informations que possible sur les maladies qu'ils traitent. En effet, Bourgelat est conscient du manque de connaissances scientifiques sur les maladies des animaux et souhaite y remédier. [3,12,13]

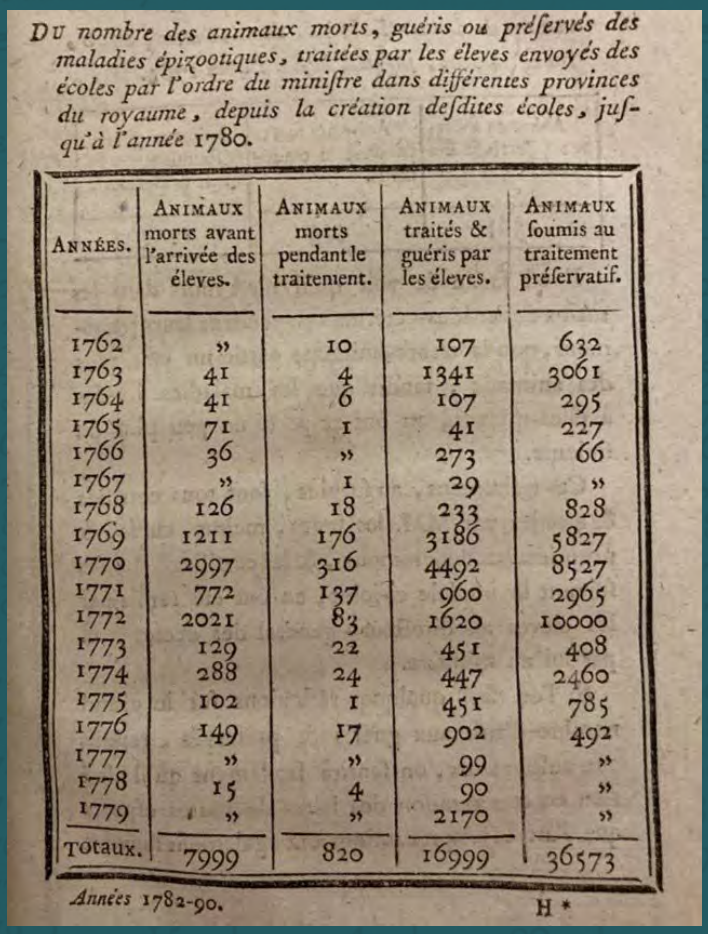
L'école et l'évolution des connaissances vétérinaires

Dès sa création, Bourgelat envisage l'école non seulement comme un lieu d'enseignement mais prône aussi son ouverture à l'expérimentation et à la recherche. Ainsi, il écrit dans le prospectus destiné aux Intendants en 1761 : « Nous *ferons plus, nous oserons attaquer des maux que peut-être notre ignorance seule a mis au rang de ces maladies formidables & rebelles dont l'art ne peut triompher. Nous soumettrons, par exemple, la morve à nos tentatives & à nos efforts[...] Nous nous attacherons surtout à l'étude & à la cure de ces maladies épidémiques & funestes, qui dévastent les campagnes & et qui désolent les cultivateurs* ». [11]

[3] - Fragonard, chirurgien et anatomiste, cousin du célèbre peintre, marquera l'histoire par ses préparations anatomiques spectaculaires, dont certaines sont toujours visibles notamment au musée Fragonard à l'ENVA. L'abbé Rozier est un célèbre agronome et académicien lyonnais, qui sera directeur de l'école vétérinaire. Il a développé le jardin botanique de l'école. Ce dernier, établi par La Tourrette, est le plus ancien de la région lyonnaise. Il est largement ouvert et fréquenté, aussi bien par les élèves, les étudiants du collège de Lyon, les étudiants en chirurgie des hôpitaux de l'hôtel-Dieu et de Charité, que par les maitres de l'Art, et les amateurs.

Progressivement, les élèves et les professeurs des écoles vétérinaires vont amasser de nombreuses connaissances sur les maladies des animaux. Ils recueillent diverses informations épidémiologiques, cliniques et anatomo-pathologiques grâce aux autopsies et aux tentatives thérapeutiques réalisées. Divers types de publications ont pour but la diffusion régulière des progrès réalisés, notamment l'Almanach vétérinaire publié à partir de 1782 (Figure 3) [13]. La tâche est néanmoins ardue : Bourgelat rapporte ainsi en 1765 : « *il n'en est aucune maladie de celles qui attaquent tant les bêtes à cornes que les bêtes à laine qui ne soit connue dans chaque pays... par des dénominations bizarres et différentes. Nous voulions démêler cet énorme chaos où les noms sont confondus et les causes et les effets également ensevelis ; nous nous proposions de débrouiller cette matière en quelque sorte inextricable, pour la présenter ensuite d'une manière claire et dans une langue qui aurait été commune et pour ainsi dire universelle ; nous avions demandé dans toutes les généralités des instructions sur les maladies contagieuses et épidémiques des bestiaux... nos espérances ont été trompées, nous n'avons pu obtenir des renseignements que de quelques provinces [...] » (cité dans [3]).*
Bourgelat innove peu dans le domaine de la thérapeutique, qu'elle soit curative ou préventive. Il sait néanmoins transposer aux animaux les connaissances de la médecine humaine de son temps. Avec ses successeurs, ils s'intéressent notamment au charbon, à la morve et à la rage. Progressivement la notion de virulence du sang et des cadavres porteurs du charbon se développent permettant de restreindre partiellement les risques épidémiques par l'application de quelques mesures d'hygiène. Bourgelat est convaincu du caractère contagieux de la morve qui touche les chevaux et parfois l'homme. Il fait réaliser des expérimentations au sein des écoles vétérinaires mais cela restera néanmoins contesté jusqu'au milieu du XIXe siècle notamment par le grand Bouley avant sa conversion pasteurienne. Enfin, l'école de Lyon se retrouve très vite impliquée dans les controverses au sujet des causes et traitements de la rage, aussi bien animale qu'humaine. Déjà avant 1762, Bourgelat aurait été consulté sur cette pathologie par les praticiens de l'Hôtel-Dieu. Suite à sa création, l'école est souvent sollicitée pour le traitement d'animaux ou de personnes chez qui l'on suspecte la maladie. En effet, Bourgelat pensait avec d'autres savants que la poudre d'Anagallis (mouron rouge) était un remède efficace. Son inefficacité sera prouvée plusieurs années plus tard. Ce n'est qu'à partir des années 1879 que le professeur Pierre-Victor Galtier de l'école vétérinaire de Lyon identifiera l'intérêt de l'utilisation du lapin pour l'expérimentation sur la rage et mettra au point le premier processus de vaccination contre la maladie chez le mouton, préparant les travaux d'Emile Roux, Pasteur et leurs collaborateurs sur la vaccination humaine. [3] Enfin, Bourgelat est perspicace sur l'efficacité de mesures de police sanitaire : «*il ne suffit pas que le médecin conseille, il faut que le gouvernement ordonne. La promulgation de plusieurs lois très sévères en pareil cas serait d'une importance absolue ... une bonne déclaration sauvera plus de bestiaux que ne pourrait le faire l'appareil pharmaceutique le mieux digéré...* » (cité dans [3]).

Dans les règlements de 1777, Bourgelat écrit : « *les portes des Ecoles seront sans cesse ouvertes à tous ceux qui chargés par état de veiller à la conservation des hommes, auront acquis par le nom qu'ils se seront fait, le droit d'y venir interroger la nature, chercher des analogies et vérifier des idées dont la confirmation peut être utile à l'espèce humaine* » [14]. L'école est le premier établissement scientifique de Lyon qui ne possédait pas d'université. Alors qu'il faudra attendre plus d'un siècle pour la création d'une faculté de médecine à Lyon, l'école vétérinaire se veut, dès son origine, ouverte aux médecins et chirurgiens désirant étudier la pathologie comparée, s'exercer à la pratique de leur art ou à des recherches expérimentales : « *Nous nous estimerons trop heureux si les personnes à qui la vie des hommes est confiée, persuadées des progrès que leur art peut attendre encore de la médecine comparée, daignait nous mettre à portée d'éprouver,..., sur des animaux ce que la prudence ne leur permet pas de tenter sur la nature humaine. » [11]. Bourgelat est en effet persuadé que les deux médecines peuvent* s'être utile respectivement : « *Nous avons connu l'intimité des rapports qui existent entre la machine humaine et la machine animale, rapports qui sont tels que l'une et l'autre médecine s'éclaireront et se perfectionneront mutuellement. » [14]*



Du nombre des animaux morts, guéris ou préservés des maladies épizootiques, traitées par les éleves envoyés des écoles par l'ordre du miniſtre dans différentes provinces du royaume, depuis la création deſdites écoles, juſqu'à l'année 1780.

Années.	Animaux morts avant l'arrivée des éleves.	Animaux morts pendant le traitement.	Animaux traités & guéris par les éleves.	Animaux ſoumis au traitement préſervatif.
1762	»	10	107	632
1763	41	4	1341	3061
1764	41	6	107	295
1765	71	1	41	227
1766	36	»	273	66
1767	»	1	29	»
1768	126	18	233	828
1769	1211	176	3186	5827
1770	2997	316	4492	8527
1771	772	137	960	2965
1772	2021	83	1620	10000
1773	129	22	451	408
1774	288	24	447	2460
1775	102	1	451	785
1776	149	17	902	492
1777	»	»	99	»
1778	15	4	90	»
1779	»	»	2170	»
Totaux.	7999	820	16999	36573

Années 1782-90. H *

Fig. 3 - Tableau du nombre des animaux morts, guéris ou préservés des maladies épizootiques, traités par les élèves envoyés des écoles vétérinaires. Source : Almanach vétérinaire [13]

Les premiers succès

Grâce à la persévérance de Bourgelat et de Bertin, deux ans après sa création, la jeune école, devient « École Royale Vétérinaire », par arrêt du roi Louis XV. Elle est désormais prise en charge par l'état : « *Sa Majesté a reconnu que la discipline qui est observée dans ladite Ecole, la méthode, la précision et l'efficacité des leçons qu'on y donne, y avaient attiré une grande quantité d'Elèves de son royaume et même de pays étrangers, qui sont venus y puiser des connaissances jusques alors inconnues des cultivateurs ; que les élèves de l'École ayant été envoyés dans plusieurs provinces pour y porter des secours dans la maladie épidémique qui commençait à les ravager, elle a été arrêtée par leurs soins ; sa Majesté a jugé qu'il serait juste de décorer cette École du titre d'École Royale Vétérinaire.* » (Figure 4). Face à ce succès, Bourgelat prévoit l'ouverture de plusieurs établissements, et le roi lui accorde en 1764 le titre de « *directeur et inspecteur général de l'école vétérinaire de Lyon et de toutes les*

écoles vétérinaires établies ou à établir dans le royaume ». Bourgelat part pour Paris où il fonde la seconde école française à Alfort en 1766. Bertin insiste alors avec succès pour que perdure l'école de Lyon contrairement aux souhaits de son fondateur. La première école vétérinaire du monde est donc issue d'une initiative privée bien que Bertin et les subventions de l'État aient joué un rôle déterminant dans sa subsistance. L'école continuera de profiter du soutien des différents gouvernements successifs : cessant d'être royale, elle deviendra impériale puis nationale. La correspondance très abondante de Bertin avec Bourgelat montre que le ministre fait preuve d'un intérêt marqué pour l'école. Il souhaite être informé, semaine après semaine, de l'évolution des épizooties suivies par Bourgelat à travers les provinces, sorte de prémices d'un service vétérinaire sanitaire national centralisé. L'état des finances de l'école de Lyon va néanmoins mettre en péril sa survie à plusieurs reprises dans les années suivant sa création. Bourgelat renonce en sa faveur à son privilège des fiacres, ce qui constitue jusqu'en 1795 l'une des principales sources de financements de l'École bien que largement insuffisante.

Dès les premières années, à partir de 1763, plusieurs étudiants étrangers seront présents au sein de l'école : suisses, autrichiens, danois, italiens, suédois, prussiens. Plusieurs d'entre eux ont ensuite fondé des écoles sur le modèle lyonnais lors de leur retour dans leur pays (Figure 5). [3]

ARREST
DU CONSEIL D'ÉTAT
DU ROI,

*Qui permet à l'École Vétérinaire, établie à Lyon par Arrêt du 4 août 1761, de prendre dorénavant le titre d'*École royale Vétérinaire.

Du 3 Juin 1764.

Extrait des Registres du Conseil d'État.

SUR le compte qui a été rendu au Roi, en son Conseil, de la situation & des progrès de l'École pour la connoissance & le traitement des maladies des bestiaux, que Sa Majesté a permis, par son arrêt du 4 août 1761, d'ouvrir dans un des faubourgs de la ville de Lyon, sous le titre d'*École vétérinaire*; Sa Majesté a reconnu que la discipline qui est observée dans ladite École, la méthode, la précision & l'efficacité des leçons qu'on y donne, y avoit attiré une grande quantité d'Élèves de son royaume, & même des pays étrangers, qui sont venus y puiser des connoissances jusques

2

alors ignorées des Cultivateurs; que les Élèves de l'École ayant été envoyés dans plusieurs provinces pour y porter des secours, dans la maladie épidémique qui commençoit à les ravager, elle a été arrêtée par leurs soins: Sa Majesté a jugé qu'il seroit juste de décorer cette École du titre d'*École royale vétérinaire*, comme une marque de la protection directe & spéciale que Sa Majesté accorde à un établissement dont Elle attend les plus grands services pour le soulagement des campagnes. A quoi voulant pourvoir: Ouï le rapport; LE ROI ÉTANT EN SON CONSEIL, a ordonné & ordonne que l'École vétérinaire, établie à Lyon par arrêt du Conseil du 4 août 1761, prendra dorénavant le titre d'*École royale vétérinaire*, qu'elle pourra faire inscrire sur la principale porte de l'École, & faire imprimer dans tous les ouvrages qu'elle aura occasion de publier, en observant les réglemens à ce sujet; lui permettant de cacheter ses expéditions du cachet des armes de Sa Majesté, entourées de ces mots, *École royale vétérinaire*; de jouir enfin de tous les égards qui sont dûs aux établissemens que Sa Majesté a décorés de cette marque particulière de sa protection. FAIT au Conseil d'État du Roi, Sa Majesté y étant, tenu à Versailles le trois juin mil sept cent soixante-quatre. *Signé* BERTIN.

A PARIS, DE L'IMPRIMERIE ROYALE. 1764

● Fig. 4 - Arrêt du conseil d'état du roi du 3 Juin 1764 qui permet à l'école vétérinaire de prendre le titre d'École Royale Vétérinaire.

Source : BnF

● Fig. 5 - Arbre généalogique des écoles vétérinaires. Source : Vetagro Sup

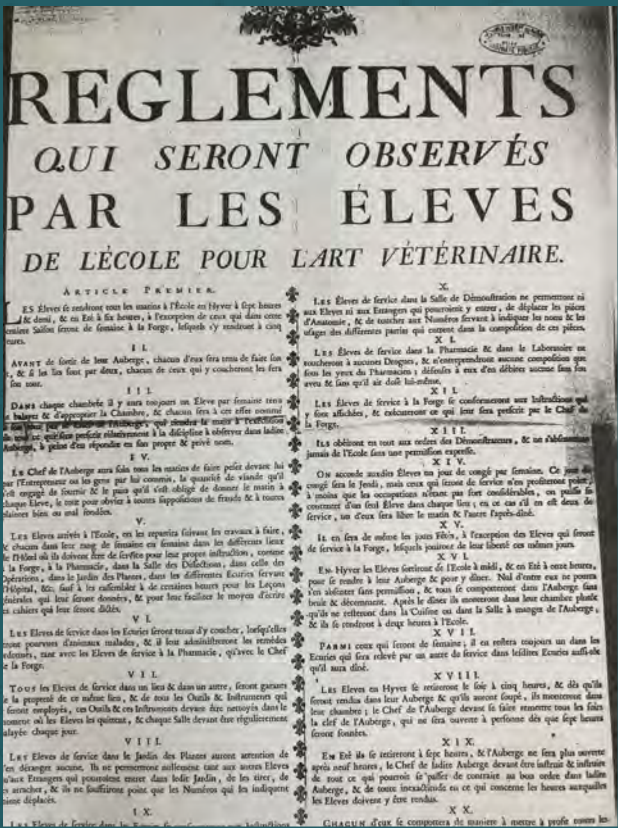
Vie à l'école et destinée des premiers élèves

La durée des études est variable en fonction des capacités des élèves mais est initialement prévue pour s'étaler sur 2 à 3 ans. De nombreux élèves abandonnent ou sont renvoyés en raison de leur niveau insuffisant. Un règlement très strict est rédigé par Bourgelat, encadrant l'ensemble de la vie des élèves, pendant les cours, qui sont obligatoires, mais aussi leur conduite à l'extérieur de l'école, au sein de l'auberge (Figure 6). Les élèves doivent se lever à 5 h 30 l'été, 7 h en hiver et se coucher avant 10h. Ils participent à leur propre encadrement selon une organisation hiérarchisée. Même au sein de l'auberge, le « chef d'auberge » est chargé du maintien de la propreté et de la bonne conduite de ses camarades. Les frais de scolarité comprennent les frais de pension et ceux pour l'achat d'un uniforme, tablier, instruments et livres de leçons. Ils sont souvent pris en charge, au moins en partie, par la Généralité d'origine des élèves de milieu modeste suite à une sélection par l'Intendant de la province. L'élève s'engage alors à exercer comme vétérinaire dans un lieu choisi par l'Intendant à l'issue de ses études. [3,4,12,14]

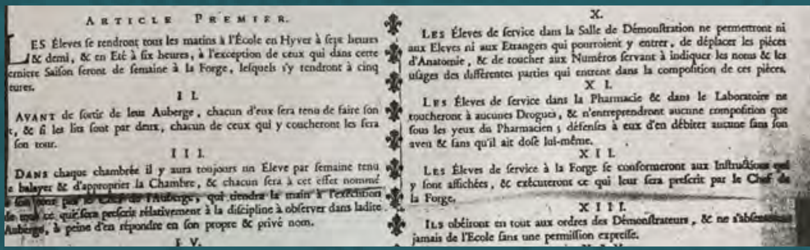
Alors que Bourgelat profite d'un apparent succès dans les hautes sphères avec la création de l'école, les premiers élèves ont du mal vivre de leur métier. L'implantation des vétérinaires dans les provinces est très lente. En effet, ils sont généralement mal accueillis dans les campagnes où les paysans préfèrent conserver leurs habitudes et continuent d'avoir recours aux maréchaux-ferrants et à diverses sortes de charlatans, héritage de plusieurs siècles de traditions et croyances. De plus, si les soins des étudiants en mission sont souvent gratuits, les professionnels doivent se faire payer. Les paysans ont aussi parfois peur de la saisie de leur animaux malades car le vétérinaire est connu pour ses relations avec les autorités administratives. Les vétérinaires appelés tardivement n'ont que peu de chances de succès. Ainsi mal payés et peu reconnus, beaucoup se détournent du métier pour devenir chirurgiens ou simple maréchaux. Plusieurs tentatives officielles sont mises en place : certaines provinces accordent un salaire au vétérinaire, alors que l'état institue en 1765 un « Brevet de Privilégié du Roi en L'art de la médecine vétérinaire » aux élèves qui ont réalisés leur quatre années d'étude dans les écoles vétérinaires françaises, ce qui signe la naissance de la profession vétérinaire. [15]

Conclusion

Malgré ses succès, l'école vétérinaire de Lyon persiste difficilement dans les années qui suivent sa création en raison de difficultés



REGLEMENTS QUI SERONT OBSERVÉS PAR LES ÉLEVES DE L'ÉCOLE POUR L'ART VÉTÉRINAIRE.



ARTICLE PREMIER.

LES Éleves se rendront tous les matins à l'École en Hyver à sept heures & demi, & en Eté à six heures, à l'exception de ceux qui dans cette derniere Saison seront de semaine à la Forge, lesquels s'y rendront à cinq heures.

I I.

AVANT de sortir de leur Auberge, chacun d'eux sera tenu de faire son lit, & si les lits sont par deux, chacun de ceux qui y coucheront les fera à son tour.

I I I.

DANS chaque chambrée il y aura toujours un Éleve par semaine tenu de balayer & d'approprier la Chambre, & chacun sera à cet effet nommé à son tour par le Chef de l'Auberge, qui tiendra la main à l'exécution de tout ce qui sera prescrit rélativement à la discipline à observer dans ladite Auberge, à peine d'en répondre en son propre & privé nom.

X.

LES Éleves de service dans la Salle de Démonstration ne permettront ni aux Eleves ni aux Etrangers qui pourroient y entrer, de déplacer les piéces d'Anatomie, & de toucher aux Numéros servant à indiquer les noms & les usages des différentes parties qui entrent dans la composition de ces pièces.

X I.

LES Éleves de service dans la Pharmacie & dans le Laboratoire ne toucheront à aucunes Drogues, & n'entreprendront aucune composition que sous les yeux du Pharmacien ; défenses à eux d'en débiter aucune sans son aveu & sans qu'il ait dosé lui-même.

X I I.

LES Éleves de service à la Forge se conformeront aux Instructions qui y sont affichées, & exécuteront ce qui leur sera prescrit par le Chef de la Forge.

X I I I.

ILS obéiront en tout aux ordres des Démonstrateurs, & ne s'absenteront jamais de l'Ecole sans une permission expresse.

Fig. 6 - Règlements de l'école vétérinaire de Lyon avec extrait des premiers articles. Antérieur à 1764.
Source : Bost, 2005

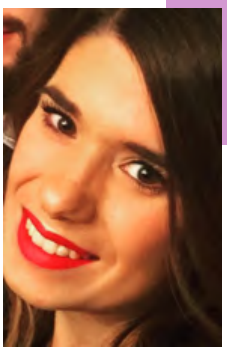
financières récurrentes. Elle fait néanmoins partie des rares établissements académiques de l'Ancien Régime qui aient traversé la Révolution en conservant leur situation et leurs professeurs. Les vétérinaires diplômés sont eux aussi confrontés à des difficultés quotidiennes, loin de l'objectif fixé par Bourgelat et Bertin selon lequel la science aurait permis la transformation de l'économie agricole du Royaume. La persistance des pratiques charlatanesques complique la situation et les écoles vétérinaires restent très démunies face aux épizooties du XVIIIe siècle qui continuent de décimer les troupeaux. Après 1770, le retour de la peste bovine en France résiste aux tentatives de traitements des écoles obligeant à préconiser l'abattage des animaux contaminés.

Néanmoins les travaux de l'école et de ses étudiants vont servir de base à l'incroyable essor que connaitra l'école vérérinaire de Lyon au XIXe siècle. Ne se limitant pas au traitement des maladies des bêtes, l'école a démontré la pertinence de l'application dès sa fondation du concept « pas de frontière entre les deux médecines » (Dr. C Mérieux), en inaugurant d'importantes découvertes pour la santé humaine selon la prédiction de Bourgelat : « *Nous ouvrons simplement la voie... D'autres que nous reculeront les bornes auxquelles nous nous serons arrêtés. Le champ vaste et inculte dont nous arrachons avec tant de peine les ronces et les épines deviendra fertile dans leurs mains...* » (cité dans [3]). En effet, d'abord reconnue pour la qualité de ses anatomistes, de Bourgelat à Lesbre, l'école va s'illustrer par les travaux de cardiographie intracardiaque de Chauveau et Marey, puis dans le domaine des pathologies infectieuses avec les travaux d'Arloing et Galtier sur la tuberculose et la rage notamment. ◆

RÉFÉRENCES

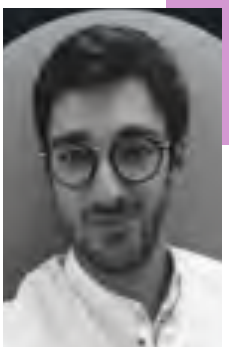
Avec tous mes remerciements au Pr. R Boivin pour sa relecture attentive et ses conseils dans la rédaction de cet article.
* Suggestions de références pour aller plus loin. L'auteur déclare avoir un lien de parenté avec le Pr Bost.

[1] Bost J. L'école vétérinaire de Lyon, fille du siècle des Lumières. Mémoires de l'Académie Des Sciences Belles Lettres et Arts de Lyon 2006.
[2] Vallat F. Les épizooties en France de 1700 à 1850. Inventaire clinique chez les bovins et les ovins. Histoire & Sociétés Rurales 2001 ; 15 : 67–104.
[3] Bost J. Lyon berceau des sciences vétérinaires. Lyon: Ed. Lyonnaises d'Art et d'Histoire ; 2005. *
[4] Privat-Savigny MA (sous la direction). De Bourgelat à Mérieux 250 ans de l'École vétérinaire de Lyon. Livres EMCC. Lyon : 2011. *
[5] Roche D. La culture équestre de l'Occident XVIe-XIXe siècle L'ombre du cheval Tome premier: Le cheval moteur. Paris, Fayard ; 2008.
[6] Degueurce C. Claude Bourgelat et la création des écoles vétérinaires. Comptes Rendus Biologies 2012 ; 335 : 334–42.
[7] Cottereau P, Weber-Godde J. Claude Bourgelat: un lyonnais fondateur des deux premières écoles vétérinaires du monde: 1712-1779. École Normale Supérieure de Lyon; 2011. *
[8] Pédro G. Henri-Léonard Bertin et le développement de l'agriculture au siècle des Lumières. Comptes Rendus Biologies 2012 ; 335 : 325–33.
[9] Arloing S. Le berceau de l'enseignement vétérinaire: création et évolution de l'école vétérinaire de Lyon. Lyon : Pitrat ; 1889.
[10] Reymann F. L'école vétérinaire de Lyon au XVIII°. Thèse de Doctorat Vétérinaire. 1980.
[11] Bourgelat C. Art vétérinaire, ou Médecine des animaux. Prospectus à destination des intendants des Provinces; 1761.
[12] Daniel R. Claude Bourgelat et les écoles vétérinaires. Bulletin de La Société Française d'Histoire de La Médecine et Des Sciences Vétérinaires 2002.
[13] Anonyme. Almanach vétérinaire. 1782-1790. Édition revue, corrigée et augmentée par MM. Chabert, Flandrin et Huzard. Paris : 1790.
[14] Bourgelat C. Règlements pour les Écoles royales vétérinaires de France , divisé en deux parties ; la première contenant la police & la discipline générale : la seconde, concernant l'enseignement en général, l'enseignement en particulier & la police des études. Paris : 1777.
[15] Hubscher RH. Les maîtres des bêtes: Les vétérinaires dans la société française, XVIIIe-XXe siècle. Odile Jacob; 1999. *



◆ Dr Albane PELLUET,
Praticien Hospitaliser en pédopsychiatrie,
Service de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, HCL.

◆ Dr Antoine JAFFIOL,
Assistant Spécialiste en Médecine du Sommeil,
Psychiatre, FST Sommeil.
Centre du sommeil et des maladies respiratoires,
Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, HCL.



Histoire du Syndrome de *Kleine-Levin*

Introduction

Le syndrome de *Kleine-Levin (KLS)*, pathologie éponyme de *Willie Kleine* et *Max Levin*, (*respectivement neurologue et psychiatre de renom*) qui ont tous deux contribué à son individualisation en tant qu'entité clinique demeure une pathologie complexe et rare dont l'étiologie multifactorielle reste à ce jour imparfaitement identifiée.
Son expression clinique associe à divers degrés des manifestations somnologiques, psychiatriques, neurologiques insidieuses et florides touchant l'adolescent et l'adulte jeune.
Sa survenue précoce, sa présentation clinique interindividuelle variable sont souvent à l'origine d'une errance thérapeutique et d'un retard diagnostic préjudiciable pour le patient.
Nous reviendrons brièvement sur la description clinique de ce syndrome puis nous nous intéresserons à l'historique et aux grandes découvertes qui ont conduit à établir lrs critères diagnostics validés actuellement par la communauté scientifique.

Éléments de sémiologie :

Cliniquement, ce syndrome neurologique rare (1 à 5 cas pour un million) appartient au groupe des hypersomnolences d'origine centrale défini dans la *Classification Internationale des Maladies du Sommeil* (ICSD-3) par *l'American Academy of Sleep Medicine*.

On le retrouve également sous le terme d'*hypersomnie récurrente* ou *hypersomnie périodique*.

Il a pu être également nommé à tort en raison du symptôme hypersomnie, (point clé du diagnostic), *« syndrome de la belle au bois dormant »* en référence au célèbre conte de *Perrault* qui inspirera plus tard les frères *Grimm* en 1812. *(Illustration 1)*

Le KLS touche deux hommes pour une femme, débutant volontiers dans la seconde décennie de vie (81% des patients) et une association préférentielle a été démontrée avec l'identification de l'allèle HLA DQB1*0201.

Plusieurs éléments ont été identifiés comme éléments précipitant la survenue de la pathologie ou le déclenchement d'une nouvelle poussée dont la consommation aigue et massive d'alcool ou de cannabis, une infection récente des voies aériennes supérieures, un traumatisme crânien, un voyage inopiné ou encore l'exposition a une anesthésie.

Le KLS se définit ainsi par la survenue brutale d'épisodes d'hypersomnie pouvant persister de 48 heures à 80 jours (médiane d'évolution de 10 jours) entrecoupés de plusieurs mois de rémission totale des symptômes.

En période de crise, les patients présentent une somnolence très intense pouvant dormir parfois 15 à 22 heures par jour d'un sommeil souvent non réparateur.

Dans la littérature sont également dépeints des troubles cognitifs tels que l'apathie, la confusion mentale, le ralentissement psychomoteur marqué ou encore l'amnésie.

Des éléments dissociatifs comme l'impression d'être dans un rêve ou de voir ses sensations altérées sont également associées.

Enfin, on retrouve des troubles du comportement parmi lesquels une mégaphagie ou hyperphagie, une désinhibition sexuelle de l'anxiété ou encore des troubles de l'humeur.

Entre les poussées les patients sont asymptomatiques mais peuvent décrire des déficits cognitifs légers impactant notamment le traitement de l'information et la stratégie de restitution en mémoire non verbale.

Il est aujourd'hui démontré que les poussées deviennent moins fréquentes et moins intenses à mesure que la maladie évolue dans le temps ayant pour finalité une disparition totale et spontanée des symptômes.

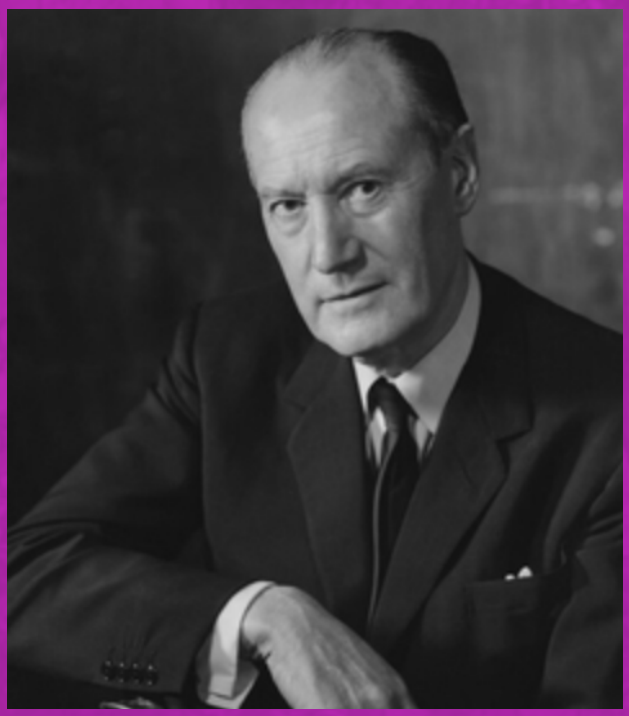
La médiane d'évolution du KLS est variable, entre 8 et 14 ans mais plusieurs facteurs de mauvais pronostics sont aujourd'hui connus tels que le sexe masculin, le début tar dif (après l'âge de 20 ans) ou encore la présence d'une désinhibition sexuelle pendant les poussées.

Histoire

La première description de cette hypersomnie récurrente aux caractéristiques atypiques qui deviendra a posteriori le KLS remonte très précisément à 1786. Elle est attribuée à *Edmé Chauvot de Beauchêne*, un médecin français dont le nom passera à la postérité pour ses travaux pionniers sur l'hystérie (actuel trouble

Illustr. 1 - *Illustration de Gustave Doré pour le comte de Charles Perrault « La Belle au Bois Dormant tiré de l'ouvrage « Histoires ou Contes du Temps passé : Les Contes de ma Mère l'Oye » (1697).*

Illustr. 2 - *Portrait d'Alexandre Brière de Boismont, portrait photographique argentique. Auteur inconnu,1842.*



Illustr. 3 - Mac Donald Critchley par BASSANO Ltd Portrait argentique du 25 Février 1963. National Portrait Gallery.

de la personnalité histrionique appartenant au cluster B du *DSM 5-TR*).

Conformément à sa spécialisation dans les « *maladies nerveuses féminines* » *(Illustration 2) Beauchêne* se vit confier le cas atypique d'une jeune femme de 26 ans chez qui, par la suite, il put personnellement constater quatre « attaques » d'hypersomnie dont la durée variait entre vingt- quatre heures et huit jours.

Il est intéressant de noter que peu avant le développement des symptômes de somnolence chronique cette patiente avait été victime de plusieurs épisodes infectieux d'origine virale avec expression de symptômes fébriles ce qui est aujourd'hui corroboré par la thèse auto immune défendue par les spécialistes de cette pathologie.

Voici la description que Beauchêne fait de cette patiente :

« Dans sa quatorzième année, elle fut prise d›un sommeil léthargique qui dura plusieurs jours, et qui fut si profond qu›on l'a crue morte. À partir de ce moment, l'affection du sommeil se reproduisit à intervalles irréguliers ; elle durait habituellement de huit à dix jours, continuant parfois pendant quinze jours ; et à une seule occasion, elle se prolongea jusqu'au dix-septième jour … Pendant les quatre premières années de sa maladie, cette pauvre fille eut des appétits aussi bizarres que dangereux, qui lui firent manger de la chaux, du plâtre, de la terre et du vinaigre. Par la suite, ces appétits se sont calmés, et elle s'est nourrie indistinctement de toutes sortes d'aliments, à l'exception du pain, pour lequel elle a gardé un dégoût insurmontable jusqu'à sa guérison complète. Cette nourriture provoquait toujours des vomissements. »

Une autre description précoce est attribuée à l'aliéniste français *Alexandre Brière de Boismont (1797-1881)* en 1862 soit près d'un siècle plus tard. *(Illustration 3)*. Il relate le cas isolé d'un jeune anglais dont la symptomatologie floride ferait évoquer de nos jours un syndrome de *Kleine-Levin.*

Voici la description que Brière de Boismont en fait :

« Je dois à l'obligeance de notre ami le Docteur Wilson, médecin de l'hôpital de Middlesex, raconte le Docteur Binns, d'avoir pu observer un cas très remarquable de double conscience chez un enfant

OBS 102 : Le sujet de cette observation était défiant, timide et modeste ; il mangeait modérément ; dans son état naturel, ses actes dénotaient un caractère honnête et scrupuleux ; mais, lorsque le changement morbide arrivait, il perdait toutes ces qualités. Il dormait beaucoup, ne pouvait qu'être difficilement réveillé, et dès qu'il était levé, il chantait, récitait et improvisait avec beaucoup de feu et d'aplomb. Quand il ne dormait pas, il dévorait. Sortait-il de son lit pour se diriger vers celui d'un autre malade, il s'emparait sans scrupule et ouvertement de tous les aliments qu'il trouvait sous sa main. Malgré sa singulière infection, il était intelligent et habile » (Illustration 3)

Il faut ensuite attendre 1925 pour que *Willi Klein*, neurologue allemand de Francfort décrive une première série de cinq patients souffrants de *« Periodische Schlafsucht »* ou somnolence périodique d'étiologie variée. Ces patients avaient été recrutés dans le service du Professeur *Karl Kleist* neuropsychiatre allemand célèbre pour ses apports à la classification des maladies mentales (il est à l'origine du terme de psychose cycloïde entre autres.)

En 1929, *Max Levin* un psychiatre New Yorkais spécialiste de la narcolepsie écrit plusieurs articles en lien avec cette pathologie mais rapporte un cas atypique isolé de somnolence excessive périodique associé à une hyperphagie.

Sept ans plus tard, *Levin* publie 5 cas similaires dans *Brain* (dont celui décrit en 1929) qu'il associe à un patient de la série décrite par *Willi Kleine* en 1925. On parle alors d'un syndrome de somnolence excessive périodique et d'hyperphagie pathologique ou selon les termes originels de *Levin « periodic somnolence and morbid hyperphagia »*

En 1942, *Mac Donald Critchley,* neurologue britannique alors en poste en tant que médecin militaire s'associe à *H. Lovell Hoffmann,* chirurgien militaire, pour écrire à propos de ce syndrome en 1942 évoquant alors un facteur « précipitant » inflammatoire ou infectieux.

En effet, ces derniers avaient remarqué que près de la moitié des patients rapportant les symptômes d ce qui deviendra le KLS avaient traversé un épisode infectieux dans les semaines précédant la première poussée.

En 1962, *Mc Donald Critchley* rapporte une série de onze cas impliquant des jeunes cadets de la marine servant dans la *Royal Navy* chez qui il a pu constater une hypersomnie associée à des faits d'insubordination pour des motifs divers mais de façon notable à versant plutôt comportemental évoquant un syndrome frontal.

Il étoffe ces symptômes d'une description clinique de dépersonnalisation, de vie onirique particulièrement riche mêlant rêves et cauchemars de nature souvent violentes ou à contenu sexuel.

Voici sa description dont les 4 critères diagnostiques sont toujours d'actualité et posent les jalons de sa description sémiologique future :

« Il y a trente-trois ans, un syndrome de « faim morbide et de somnolence périodique » a été extrait pour la première fois de groupes polymorphes et de divers cas de sommeil pathologique. Il y a vingt ans, il a reçu pour la première fois le statut de «s yndrome de Kleine-Levin ». Depuis lors, il a été possible d'établir 4 autres caractéristiques cliniques importantes qui peuvent être interprétées de deux manières. Soit, ces caractéristiques sont des aspects intégraux et importants du syndrome de Kleine-Levin ; soit, il existe un autre syndrome allié, mais indépendant, de ce qui est communément appelé le syndrome de Kleine-Levin. [..]

Ces 4 caractéristiques … sont : (I) l'incidence du sexe, les hommes étant prépondérants, voire totalement affectés ; (II) l'apparition à l'adolescence ; (III) la disparition éventuelle spontanée du syndrome, et (IV) la possibilité que la mégaphagie soit de la nature d'une alimentation compulsive, plutôt que d'une boulimie».

En 1975, *Michel Billiard*, neurologue montpelliérain décrit chez une jeune patiente de 13 ans une variante du KLS qu'il nomme « *hypersomnie liée aux menstruations.* » En effet, les sujets affectés présentent une hypersomnie parfois sévère associée à une apathie et à une confusion similaire aux *KLS* typiques bien que dans le cas décrit par *Billiard* on retrouve seulement une mégaphagie associée.

Cependant après étude de ce syndrome *Billiard* démontrera que tous les épisodes de menstruations ne donnent pas lieu aux symptômes et surtout plus surprenant qu'ils disparaissent totalement lorsque la patiente bénéficie d'un traitement contraceptif témoignant ainsi de leur origine hormono-dépendante.

En 1980, *Popper et al* décrivent des cas d'agrégation familiale de KLS chez 9 membres d'une famille de caucasiens-hawaïens apparentés permettant de démontrer qu'il n'existe pas uniquement des cas sporadiques.

En parallèle de quelques cas isolés décrits précocement, dans les années 1980 il faut attendre le début des années 2000 pour voir apparaitre des séries rétrospectives de cas. Une cohorte de 7 adolescentes israéliennes est ainsi décrite par *Kesler et Gadoth* en 2000. Cette cohorte de petite taille sera ensuite complétée par une étude longitudinale publiée par les mêmes auteurs en 2001 dans laquelle seront inclus 34 patients. Ces derniers démontrent également qu'il existe plus élevée de la pathologie chez les juifs ashkénazes.

En 2002, *Dauvilliers et al.* Publie une série rétrospective de 30 patients européens et cette même année *Katz &r Ropper* décrivent un nouveau cas d'agrégation familiale chez un frère et une sœur d'une même famille.

En 2005, la neurologue française de la Pitié Salpetrière *Isabelle*

Arnulf publie une méta analyse incluant une série de 186 patients tirée de 139 articles montrant des caractéristiques sémiologiques intéressantes communes compatibles avec le KLS.

Cette étude est complétée par une étude prospective en 2008 incluant 108 patients recrutés à travers le monde.

La grande majorité des patients étaient des hommes (68%), avec un âge médian de début à 15 ans, une durée d'évolution moyenne des troubles de 8 ans émaillée de 7 épisodes d'une durée moyenne de 10 jours en se répétant environ tous les trois mois et demis.

En 2015, un case report de traitement avec succès d'un KLS par clarithromycine est publié par *Rezvanian et al.* tandis qu'un autre cas de traitement avec succès par ESCITALOPRAM 20 mg est rapporté en par *Reddy et al*.en 2022.

Toujours en 2022, Hédou et al. Identifient plusieurs marqueurs protéomiques du KLS via une quantification du LCR et des protéines du sérum chez les patients atteints.

Conclusion

A l'heure actuelle, les causes l'évolution comme le traitement du syndrome de *Kleine-Levin* restent incertains et s'avèrent un sujet de recherche extrêmement stimulant en recherche médicale.

Malgré sa relative rareté, son impact majeur sur le quotidien des patients atteints nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, personnalisée et surtout précoce qui impose au clinicien d'en connaitre sa présentation parfois trompeuse, insidieuse et riche en éléments sémiologiques psychiatriques.

Enfin, mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent la survenue de ce syndrome nous permettra d'affiner notre compréhension des mécanismes de l'éveil et de la somnolence mais surtout de mettre en lumière les liens de plus en plus étroits existants entre sommeil, neurologie et psychiatrie. . ◆

BIBLIOGRAPHIE

Arnulf I, Lin L, Gadoth N, File J, Lecendreux M, Franco P, Zeitzer J, Lo B, Faraco JH, Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic study of 108 patients. Ann Neurol. 2008 Apr;63(4):482-93. doi: 10.1002/ana.21333. PMID: 18438947.

Arnulf.I, J. M. Zeitzer, J. File et N. Farber, « Kleine–Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature », *Brain*, vol. 128, nº 12, 1er décembre 2005, p. 2763–2776 (ISSN 0006-8950 et 1460-2156, PMID 16230322, DOI 10.1093/brain/awh620, lire en ligne [archive], consulté le 5 janvier 2017)

Arnulf I, Lecendreux M, Franco P, Dauvilliers Y. Le syndrome de Kleine-Levin [Kleine-Levin syndrome: state of the art]. Rev Neurol (Paris). 2008 Aug-Sep;164(8-9):658-68. French. doi: 10.1016/j.neurol.2008.04.020. Epub 2008 Jul 23. PMID: 18653203.

Billiard M, Guilleminault C, Dement WC. A menstruation-linked periodic hypersomnia. Kleine-Levin syndrome or new clinical entity? Neurology. 1975 May;25(5):436-43. doi: 10.1212/wnl.25.5.436. PMID: 166331

Critchley M, Hoffman HL, « The Syndrome of Periodic Somnolence and Morbid Hunger (Kleine-Levin Syndrome) », *Br Med J*, vol. 1, nº 4230, 942, p. 137-9.

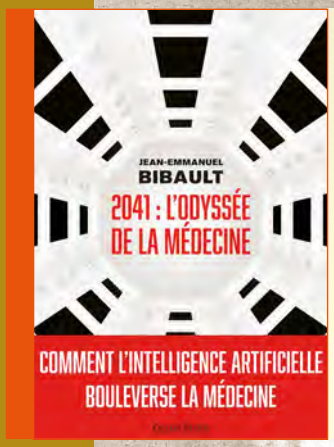
Critchley Mc D « Periodic hypersomnia and megaphagia in adolescent males », *Brain*, nº 85, 962, p. 627-56. (PMID 14023898.)

Gadoth N, Kesler A, Vainstein G, Peled R, Lavie P. Clinical and polysomnographic characteristics of 34 patients with Kleine-Levin syndrome. J Sleep Res. 2001 Dec;10(4):337-41. doi: 10.1046/j.1365-2869.2001.00272.x. PMID: 11903864.Kesler A, Gadoth N, Vainstein G, Peled R, Lavie P. Kleine Levin syndrome (KLS) in young females. Sleep. 2000 Jun 15;23(4):563-7. PMID: 10875563.

Kleine W. « Periodische schlafsucht » *Monats Psychiatr Neurol.*1925;57:285–320.

Levin M. *« Periodic somnolence and morbid hunger: A new syndrome » Brain*. 1936;59:494–504.

Pearce JM. Kleine-Levin syndrome: history and brief review. Eur Neurol. 2008; 60(4):212-4. doi: 10.1159/000148694. Epub 2008 Jul 30. PMID: 18667831



Nous sommes en passe d'inventer les machines qui nous soigneront mieux que nous sommes capables de nous soigner nous-mêmes.

L'intelligence artificielle se dressera bientôt contre la maladie, avec une implacable efficacité. »

Médecin-chercheur, PU-PH en cancérologie à Paris Cité, après avoir travaillé à Stanford dans la Silicon Valley, Jean-Emmanuel Bibault est aussi un geek de la première heure.

Un livre absolument à lire

2041, L'ODYSSÉE DE LA MÉDECINE

Auteur : Jean-Emmanuel Bibault

Éditions : ÉQUATEURS

D'Ambroise Paré, père de la chirurgie moderne et médecin de Charles IX, à Henri Laborit, découvreur des neuroleptiques, du « syndrome de stress post-traumatique» aux prothèses, de la kinésithérapie aux vaccins, des antibiotiques aux greffes de peau, ce livre est un voyage passionnant des champs de bataille aux hôpitaux.

Après des études d'histoire, Élisabeth Segard s'est orientée vers l'information et la communication. Elle travaille actuellement comme journaliste à La Nouvelle République du Centre-Ouest.

ALLONS MÉDECINS DE LA PATRIE...

Auteur : Élisabeth Segard

Éditions : du ROCHER

Les tableaux qui ponctuent cet ouvrage sont destinés à nous faire découvrir l'art, la médecine et l'histoire des hommes. Les œuvres choisies ont été regroupées par grands thèmes médicaux et présentées par une brève biographie des peintres et suivies d'un décryptage de l'histoire médicale qu'elles couvrent. L'auteur, le docteur Eric Marsaudon est médecin des hôpitaux, interniste et nutritionniste. Ancien conseiller technique au Ministère de la santé, il fut responsable à la Direction générale de la santé, des programmes nationaux d'actions de la prévention et de prise en charge du diabète. Il est Membre du Collège international en Histoire de la médecine et de la santé.

REGARDS DE PEINTRES SUR LA MÉDECINE

Auteur : Éric Marsaudon,

Éditions : FAGE

LES ENSEIGNEMENTS EN HISTOIRE DE LA MÉDECINE À L'UNIVERSITÉ PARIS CITÉ ET FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS (EX-DESCARTES)

Ces enseignements sont organisés au niveau des différentes UFR. Médecine, pharmacie, psychologie.

A) Faculté de médecine : La médecine, la chirurgie et la santé avec :

- 1/ **Un D.U en Histoire de la médecine et des maladies** : organisé en année universitaire de septembre à Juin. Cet enseignement est proposé en mode « à distance » ou « en présentiel », au choix; le mode « présentiel » est programmé les samedis de 9 H 30 - 12 H 30 à la faculté de médecine de Paris, sur le site de Necker (160 rue de Vaugirard, Paris). Cet enseignement recouvre toutes les périodes et pratiques en matière de médecine, de chirurgie et d'organisation du droit de la santé de l'antiquité à nos jours. Prérequis, programme et horaires, mode de validation : Renseignements auprès du coordinateur pédagogique : institut.histmed@gmail.com Ce D.U est ouvert aux étudiants et professions de santé, aux juristes, journalistes et autres filières, mais aussi, sur autorisation, à ceux qui s'intéressent à l'Histoire de la Médecine. Poursuite : M2 en Histoire de la Médecine, voie doctorale

- 2/ **Un D.U en Histoire de la Psychiatrie** : organisé en mode « à distance exclusivement », sur l'année universitaire de janvier à Juin. Il propose une étude de l'évolution des concepts et des pratiques de la psychiatrie de l'antiquité à nos jours. Le mode « à distance » permet de suivre les cours sur un site dédié différé ; ce site est ouvert aux inscrits sans limite d'accès 24h/24h. Il peut-être reçu en direct par zoom. Programme détaillé, modalités d'inscription et de validation sur demande auprès du Pr Granger : bernard.granger@aphp.fr.

B) UFR de Pharmacie

- 3/ **Un D.U en Histoire de la pharmacie :** Ce diplôme s'adresse à toute personne intéressée par l'histoire du médicament et de la pharmacie, ou se destinant à effectuer des recherches dans le domaine. Rythme : 9 modules organisés sur 1 à 2 journées. Lieu de la formation site de la faculté de la pharmacie Paris 75006. Renseignements sur le programme auprès de l'assistante de formation de l'université : 01 53 73 99 10 (Directeur de cet enseignement : Professeur Olivier Lafont : olivierlafont@wanadoo.fr).

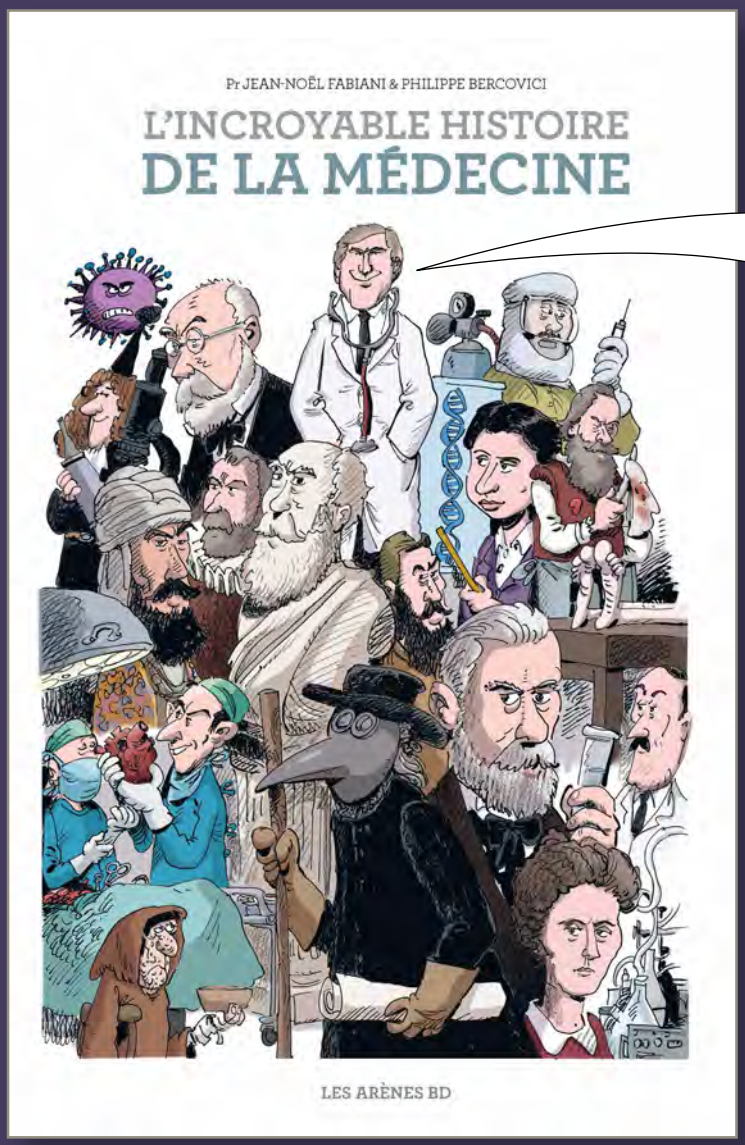
C) UFR de Psychologie

- 4/ **Histoire de la Psychologie**. Histoire de la Psychologie. Exclusivement diffusé en mode « à distance ». Renseignements auprès du Professeur Serge Nicolas : serge.nicolas@u-paris.fr

Nouvel Enseignement organisé en alliance avec le « Collège International de Recherche en Histoire de la Médecine et de la Santé » - la Faculté de Médecine de Paris.

- 5/ **Séminaire complémentaire en Histoire de la médecine 2023.**
  Les cours sont accessibles en mode « à distance (Zoom) », **mais aussi en mode différé en accès permanent 24H/24H, 7j/7j, dès les lendemains des cours, pour celles et ceux qui ne peuvent se rendre libres le jour des cours ;** de plus, cet enseignement est ouvert à toutes et tous après acceptation du Coordinateur pédagogique : Claude Harel, Faculté de Médecine Paris Cité (institut.histmed@gmail.com), il n'y a pas de frais de scolarité à prévoir pour ce séminaire, simplement 50 euros de gestion de dossier seront perçus à l'inscription pour la totalité du séminaire. Calendrier : de Janvier à décembre 2023, un mercredi par mois de 16 H 30 à 18 H 30. Le programme est disponible sur demande auprès du Coordinateur pédagogique.

- 6/ **Séminaire de recherche : Charcot, sa vie son œuvre :** séminaire ouvert pour trois années consécutives à ceux qui, intéressés par ce sujet, peuvent consacrer du temps et de l'énergie à explorer ce thème afin de réaliser, au final, un ouvrage Collectif consacré à JM Charcot. Directeurs du séminaire : Claude HAREL. (institut.histmed@gmail.com), Pr Martin CATALA, Dr Yves EDEL. Une réunion par mois en présentiel et/ou « à distance (Zoom) ». Aucun droit d'accès. (Séminaire international).



Bonne année 2023 à toutes et tous !

Nous vous donnons rendez-vous fin Mars prochain.

Vous pouvez d'ici là vous inscrire au Séminaire complémentaire en Histoire de la médecine, qui vous est proposé en mode zoom direct ou/et en mode différé.

Le programme peut-être consulté sur le site du Collège www.cirhms.org.

Le rédacteur en chef, Claude HAREL, répond à vos questions sur institut.histmed@gmail.com

Bonnes lectures et bon début d'année.

Pr Jean-Noël Fabiani-Salmon
& Philippe Bercovici
L'INCROYABLE HISTOIRE
DE LA MÉDECINE
Éditions les Arènes BD

Comment recevoir cette revue à votre adresse postale chaque trimestre ?

Cette revue est publiée en mars, juin, septembre, décembre de chaque année par le « Collège international de recherche en histoire de la médecine et de la santé (CIRHMS) » et la Faculté de médecine Paris Cité. Elle est gratuite et pour la recevoir pendant un an (4 numéros), à votre domicile, il vous suffit d'être Membre du Collège. Adhésion ouverte à tous sans la moindre discrimination professionnelle ou d'un autre ordre.

Quelle est la procédure pour recevoir cette Revue ?
Vous devez être Membre du Collège (ouvert à tous), et nous adresser votre adhésion annuelle.

ADHÉSION ANNUELLE

Tarifs de souscription : 25 - 30 - 35 - 40 euros selon votre statut.

25 euros : tarif statut étudiant avec Revue en version électronique.
30 euros : tarif statut étudiant avec Revue en version « papier » - 35 euros : tarif particuliers et praticiens, avec Revue en version « papier » - 40 euros : tarif pour les Institutions avec Revue versions électronique et « papier ».

Inscriptions possibles sur le site : www.CIRHMS.org

Pour souscrire :

• Adresser à Claude HAREL, coordinateur des enseignements en Histoire de la médecine à la faculté de médecine de Paris, Site Universitaire de Necker, 160 rue de Vaugirard, Paris 75015, votre demande d'adhésion avec le montant selon votre statut (chèque à **libeller à l'ordre de : CIRHMS** + votre adresse, votre n° de téléphone et mail). Vous pouvez aussi souscrire par virement, dans ce cas contactez le docteur Robin Baudouin : tresorier.cirhms@gmail.com. Vous serez alors Membre à part entière du « Collège » et recevrez cette revue. Vous aurez aussi accès au site électronique du collège www.cirhms.org et ainsi pourrez vous informez sur les projets, l'activités, conférences et colloques, enseignements... organisés dans le cadre de l'Histoire de la médecine et permettra de surcroît une communication entre Membres par une rubrique d'annonces. Vous aurez aussi le bénéfice de droits préférentiels d'accès aux Congrès ou Colloques nationaux et internationaux organisés par le « Collège » et accéderez à des interviews, des anciens cours qui ne sont plus au programme, des Master Class anciennement organisées.
Renseignements complémentaires : *institut.histmed@gmail.com*

En vous remerciant pour votre adhésion et en vous souhaitant de bonnes lectures.