



HAL
open science

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIIIème siècle

Isabelle Coquillard

► **To cite this version:**

Isabelle Coquillard. L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIIIème siècle. Recherche en soins infirmiers, 2019, N° 139 (4), pp.12-30. 10.3917/rsi.139.0012 . hal-04065515

HAL Id: hal-04065515

<https://hal.science/hal-04065515>

Submitted on 11 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ÉMERGENCE DES GARDE-MALADES DANS LE MARCHÉ DE LA SANTÉ À PARIS AU XVIII^{ÈME} SIÈCLE

Isabelle Coquillard

Association de recherche en soins infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2019/4 N° 139 | pages 12 à 30

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-4-page-12.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers.

© Association de recherche en soins infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

The emergence of nurses in the health market in Paris in the eighteenth century

Isabelle COQUILLARD, Ph.D en Histoire moderne, Université Paris Nanterre, France

RÉSUMÉ

À la fin du XVII^{ème} siècle, le lexicographe A. Furetière limite l'intervention des garde-malades aux soins des accouchées. Or, dans la sphère privée, elles n'écartent aucun malade. Ce n'est qu'en 1816 que le docteur Marc propose une définition précise de leur activité. Cela interroge sur le passage d'un travail domestique de santé à une activité devenant une profession où le soin paramédical devient geste technique.

N'étant pas organisées en communautés de métiers, les garde-malades échappent aux catégories traditionnelles d'analyse du travail urbain. Si les études sur la santé au XVIII^{ème} siècle les convoquent comme parentes ou amies des malades, ou exerçant à l'hôpital, c'est au titre de nouvel acteur proposant des services spécifiques qu'elles apparaissent dans les frais de dernières maladies consignés dans les actes du *post-mortem*.

Les gardes participent à la diffusion d'une « culture de la dépendance » dont quelques écrits du for privé des malades et textes médicaux se font l'écho, permettant de définir les attendus et risques de la profession. L'absence de témoignages produits par les garde-malades est révélatrice de leur dépendance vis-à-vis de médecins.

Mots clés : garde-malades, médecins, profession, soins infirmiers, dix-huitième siècle.

ABSTRACT

At the end of the seventeenth century, the lexicographer Antoine Furetière limited the definition of nurses to those who cared for new mothers. However, in the private sphere, they cared for patients with all sorts of illnesses. It was only in 1816 that Doctor Marc proposed a precise definition of their activity. This paper examines the shift from nurses being considered as domestic healthcare workers to them being seen as skilled professionals whose role involved administering paramedical care.

Because they were not part of a particular occupational community, nurses escaped the traditional categories of analysis of urban work. While the studies on health in the eighteenth century considered them to be like relations or friends of the patients, or to practice in hospitals, in the expenses lists recorded for post-mortem procedures they appear as new actors offering specific services.

Nurses played a part in spreading a "culture of dependency," which was reflected in some medical texts and in some private writings by patients, making it possible to define the expectations and risks of the profession. The absence of testimonies from nurses themselves is revealing of their dependence on physicians.

Keywords: Nurses, physicians, profession, nursing care, eighteenth century.

Pour citer l'article :

Coquillard I. L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle. *Rech Soins Infirm.* 2019 Dec;(139):12-30.

Adresse de correspondance :

Isabelle Coquillard : coquillard.isabelle@orange.fr

INTRODUCTION

La fonction de garde-malade est ancienne. Bien que le terme ne soit pas employé en tant que tel, Hippocrate semble y faire référence en soulignant dans le premier aphorisme « qu'il ne suffit pas que le médecin fasse ce qu'il convient ; il faut encore qu'il soit secondé par le malade et par les personnes qui le gouvernent (1, p.337) ». À la fin du XVII^{ème} siècle, Antoine Furetière limite l'intervention de la garde-malade aux soins donnés aux jeunes accouchées (2, p.148). Mais dans la sphère privée, celle-ci se charge de tous les types de patients, quelque que soit leur sexe, âge ou pathologie. Dans la première moitié du XVIII^{ème} siècle, la figure de la garde-malade est laissée aux écrivains et aux peintres de genre. En 1738, Jean Siméon Chardin livre une image de ce qu'est une bonne garde-malade, saisie dans l'exercice de ses fonctions, dans son tableau « Les Aliments de la convalescente » dit aussi « La Garde attentive » (3). Le tableau représente les ultimes préparatifs d'un repas par une garde-malade. Chardin tente d'atténuer la possibilité d'une issue fatale en insistant sur la présence apaisante de la garde. Son vêtement est particulièrement soigné. L'image de la garde-malade se superpose à celle d'une mère attentive, régnant sur l'espace domestique.

À partir de 1750, des textes médicaux évoquant les garde-malades sont publiés. La référence aux garde-malades se retrouve dans les hôpitaux militaires où gardes-malades en chef et gardes-malades évoluent (4), mais aussi dans le cadre de la médecine libérale. Auguste Tissot dans son « Avis au peuple sur sa Santé » (1761) accorde une place aux femmes dans le domaine de la prise en charge des malades, celles-ci ayant acquis « l'attitude et le geste juste, ce sens qu'il convient à l'état du malade » (5). Si les ouvrages de médecine domestique évoquent le rôle des femmes en matière de santé dans la sphère privée, ceux de médecine charitable soulignent leur action dans le domaine de la santé publique (6). Elles peuvent aussi aider leur époux, chirurgiens ou apothicaires (7).

L'« Instruction pour les personnes qui gardent les malades » du chirurgien stipendié au château de Canon en Normandie, Pierre-Eutrope Serain (1748-1820), paraît anonymement à Amsterdam, en 1777, puis est rééditée à Lausanne, en 1788, par Pierre-Ferdinand D'Apples le jeune, membre du Collège de médecine de Lausanne. Au total, l'ouvrage connaît huit éditions dont une en allemand par le docteur Jean-Geoffroy Pfähler et imprimé à Strasbourg en 1787, chez A. Koenig (Medisinische Fasten Predigten). L'édition de 1793, à Riga, comprend une planche représentant un lit pour les malades. Mais il faut attendre les propositions de Jacques Lacombe en 1782 (8), puis celle du docteur Charles-Chrétien-Henri Marc parue dans le « Dictionnaire médical » et dans le « Dictionnaire des sciences médicales » édité par Charles Panckoucke, en 1816 (9, p.342-349), pour trouver une définition précise du terme. Ce faible intérêt est d'autant plus surprenant que les médecins eux-mêmes, reconnaissent « l'indispensable nécessité des gardes,

et [...] leur influence dans les succès de l'Art de guérir (10) ». La délimitation d'un espace d'intervention spécifique interroge sur les modalités de la prise en charge de corps vulnérables et dépendants. La garde-malade est attachée au service du malade, celui qui « a la santé altérée par la prédominance de quelques humeurs, ou autres causes. C'est une œuvre de miséricorde d'assister, de secourir les malades (11, p.530) ». La notion de lien, aussi bien physique que spirituel, est très forte. L'intervention de la garde comme nouvel acteur autorisé de la santé, aux côtés des chirurgiens et des apothicaires, oblige les médecins, surplombant alors la hiérarchie des professions de santé et jaloux de préserver leur domaine d'intervention, à définir leur place auprès du malade, mais aussi leur méthode de travail. En effet, leur fonction, remplie « par attachement » ou « par état », n'est pas définie comme une profession, et présente une dimension paradoxale. Leur action influence la guérison et leurs erreurs peuvent entraîner la mort. Leurs excès de bienveillance, leur ignorance, leur poursuite d'une routine, les placent, selon les médecins, à la limite entre le domaine d'intervention du professionnel de la santé et l'espace de « l'empirique ». Qu'est-ce que l'art de gouverner les malades en l'absence d'un médecin ?

Finalement, comment les garde-malades passent-elles d'une activité relevant d'un « travail domestique de santé (12) », reposant sur la solidarité familiale et sur des dispositions morales estimées par essence féminines, à une activité reconnue comme une profession, induisant l'identification et la reconnaissance d'une offre de service spécifique ? Laquelle offre répond à une demande de soin paramédical (acte matériel et prise en charge morale), soit le *care* des sociologues (13), de la part des malades, ou de leur entourage familial. A. R. Hochschild définit le terme *care*, qui « sans équivalent en français, caractérise une relation d'aide, familiale ou professionnelle ; il désigne tout à la fois l'activité de soin à une personne qui en dépend et le souci de la réception de ce soin, sa singularité résidant dans cette combinaison affûtée de compétences techniques et émotionnelles » (14). Quelles sont les manifestations de la reconnaissance d'une offre de service singulier (15, p.38-51) des gardes-malades et de la formation de leur identité comme acteurs du marché de la santé ? Quelle est la place des gardes-malades au sein de la division du travail des professionnels de la santé ? Comment les gardes-malades deviennent-elles, dans les maisons particulières, le double officiel des infirmiers évoluant dans les hôpitaux, dont elles effectuent les mêmes actes selon Philippe Macquer, en 1773 (16, p.520-521) ?

Étudier les gardes-malades suppose d'essayer de répondre à une demande formulée par Olivier Faure : « Une histoire du soin est-elle possible ? (17, p.91-101) ». La notion ambivalente de « soin » recouvre la relation médecin/patients. Le soin induit le rapport social. En France, la notion de « soin » n'est pas explicitée au XVIII^{ème} siècle et recoupe celle de bienveillance, bienfaisance, bienveillance, sollicitude, protection. Or, les soins existent en tant que tels puisqu'ils sont réalisés en échange d'une rétribution. Pour les notaires,

les « soins » relèvent d'une catégorie comptable réservée aux médecins et chirurgiens, la garde étant payée pour « jour de garde ». Or, dès 1741, Noël Chomel définit le garde « comme celui qui a soin de quelque chose (18, p.342) ». Au début du XIX^{ème} siècle, ils sont définis en fonction du moment où ils ont lieu (après l'intervention du professionnel de la santé) et du public auquel ils s'adressent : les « soins après », « soins consécutifs à », « soins à donner ».

N'étant pas organisé en communauté de métiers jurés ou en corporations, à la différence des sages-femmes agrégées à la communauté privilégiée des maîtres chirurgiens depuis la Déclaration royale de 1692, le travail de garde-malade échappe aux catégories traditionnelles d'analyse du travail urbain (19). Alors que les travaux sur la santé au XVIII^{ème} siècle les convoquent uniquement comme parentes ou amies (20) des malades (21), ou exerçant dans un cadre hospitalier (22, p.143-146), c'est bien au titre de nouvel acteur proposant une offre spécifique de soins qu'elles apparaissent aux côtés des médecins, chirurgiens et apothicaires, dans les frais de dernières maladies¹ consignés par les notaires dans les actes du *post-mortem*² (23). La permanence de ces actes permet de saisir les inflexions chronologiques, la place de la garde dans la division du travail des professions de santé et sa place dans l'économie générale des soins supportés par les malades en fin de vie. Bien que l'étude de cette source permette d'identifier une partie des malades, elle ne dit rien de leur pathologie et laisse de côté ceux échappant à la mort (convalescents, jeunes mères, enfants, personnes inoculées) ou atteints de maladies chroniques et toutes les personnes qui, fragilisées temporairement par des troubles physiques passagers, sollicitent les services des garde-malades. Nous laissons volontairement de côté les garde-malades exerçant dans le cadre de pensions de malades, fautes de sources conséquentes. Toutefois, signalons que le docteur Sédillot ouvre la pension le « Séjour d'Hygie », rue de l'Université, où les garde-malades sont qualifiées d'« intelligentes et [de] discrètes » (24).

Les garde-malades contribuent à la diffusion d'une « culture de la dépendance » auprès des malades dont quelques écrits du for privé (lettres et mémoires) et textes médicaux se font l'écho, permettant de définir les attendus d'une profession en gestation (mais aussi ses risques), mais uniquement du point de vue de son bénéficiaire et de celui du médecin, que ce dernier adopte la position de collaborateur ou de concurrent. L'absence de témoignages produits par les garde-malades au XVIII^{ème} siècle est révélatrice de leur situation de dépendance vis-à-vis de médecins monopolisant la réflexion sur la normalisation de leur formation et la codification des gestes propres à leurs activités, mais aussi de leur niveau de formation.

¹ Les frais de dernières maladies ne sont que les dettes non réglées et non l'ensemble des frais de santé engagés.

² Les actes du *post-mortem* sont l'ensemble des actes dressés après le décès afin de liquider la succession.

L'historiographie a laissé cet acteur de côté, à l'exception de quelques études sur la Suisse (25), car il reste difficile de s'en saisir, au contraire des sages-femmes, faisant l'objet « d'une floraison » d'ouvrages mobilisant l'histoire de la naissance et de ses acteurs (26), de la démographie, des mentalités, du travail (formation, concurrence avec la figure de l'accoucheur) (27). Située au carrefour de la sphère professionnelle et de la sphère de l'occupation privée, la garde-malade interroge la question du genre et le rôle des femmes auprès de malades : une fonction liée à la condition féminine ? Une domestique spécialisée ? Une professionnelle de la santé ?

L'étude, ici proposée, vise, en s'appuyant sur l'analyse de 681 actes du *post-mortem* répartis entre 1714 et 1792, où apparaissent des médecins dans les frais de dernières maladies, à montrer la spécificité des services offerts par les garde-malades dans le marché de la santé (28), compris comme espace de rencontre entre la demande des malades et une offre de services de santé et leur place dans l'économie de la santé et plus largement dans la « transaction médicale » conçue comme une interaction économique, sociale et technique (29). Les textes médicaux mobilisés permettent d'étudier le regard des professionnels de la santé sur ce nouvel acteur et de se poser la question d'une éventuelle concurrence ou collaboration professionnelle. Enfin, le recours aux actes notariés concernant l'existence des garde-malades permettra d'en dresser un portrait sociologique et de déterminer la place de cette activité dans leur vie professionnelle.

UN ACTEUR DU MARCHÉ DE LA SANTÉ DONT L'ACTIVITÉ EST MARQUÉE DU SCEAU DU GENRE

Entre 1714 et 1792, sur 681 actes du *post-mortem* comprenant des frais médicaux, 207 indiquent un recours aux services d'au moins une garde-malade, soit 30 % des cas (tableau 1).

Les soins à donner aux malades sont généralement attribués aux femmes. Successivement filles, épouses et mères, elles sont chargées de prendre soin de leurs proches dans la sphère privée selon une division sexuelle du travail. Les garde-malades sont généralement dans la force de l'âge, ayant déjà une certaine expérience de la souffrance, une sorte de « connaissance vécue du corps » (30, p.45). Cela semble correspondre aux choix effectués pour les sages-femmes. Dans la subdélégation de Gannat en 1786, l'âge moyen des sages-femmes brevetées est de 41 ans, celui des matrones, est d'environ 53 ans (31, p.410).

Entre 1714 et 1792, dans 166 cas pour lesquels la présence d'une garde-malade est mentionnée, 35 femmes sont mariées, 11 sont veuves et deux sont identifiées comme demoiselles (tableau 2).

La femme établie ou veuve a une image de respectabilité. Au XVIII^{ème} siècle, l'une des représentations de la veuve est celle

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

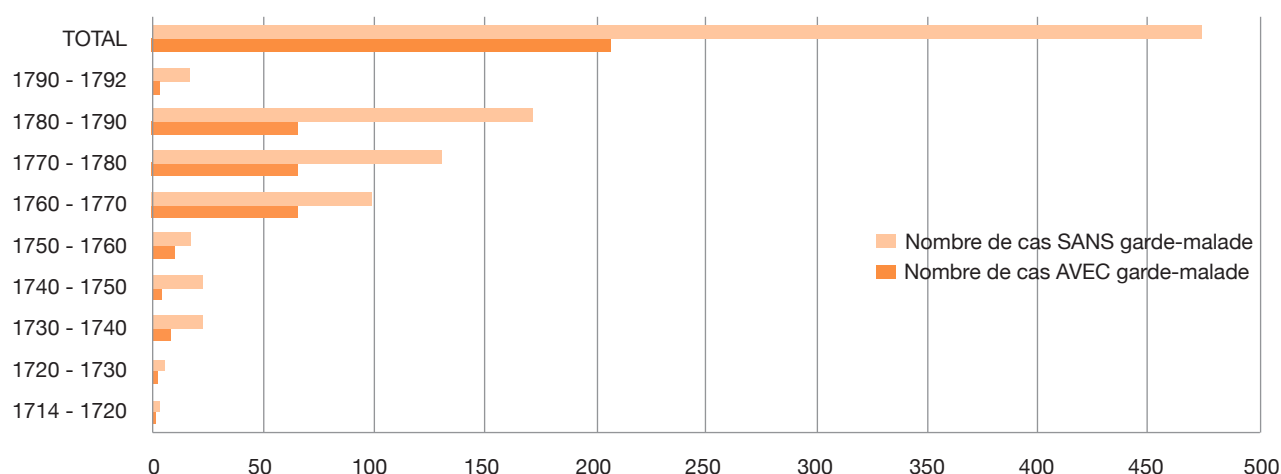


Tableau 1 :
Volume de la demande des services des garde-malades, à Paris, entre 1714 et 1792, d'après 681 cas étudiés

| Statut matrimonial | Absence d'indication | Demoiselle | Mariée | Veuve | Total |
|--------------------|----------------------|------------|--------|-------|-------|
| Nombre de cas | 118 | 02 | 35 | 11 | 166 |
| % | 71,1 | 1,2 | 21,1 | 6,6 | 100 |

Tableau 2 :
Statut matrimonial des garde-malades intervenant seules auprès d'un patient, entre 1714 et 1792 (base de 207 actes notariés)

de la vieille dame ruinée, mais vertueuse. Pour une veuve, devenir garde-malade est un moyen de survivre (32, p.418-19) alors qu'elle se trouve privée du revenu d'un époux, mais aussi d'assurer l'avenir professionnel d'éventuels enfants. Un sondage effectué dans la base de recherche en ligne des actes notariés parisiens montre que les époux des veuves garde-malades sont de petits marchands ou des gagne-deniers (33). Quatorze actes concernant des garde-malades ont été retrouvés entre 1739 et 1774. Sur les 10 cas de femmes, sept sont veuves, deux sont mariées, le statut matrimonial de la dernière est inconnu. Quant aux quatre hommes, deux sont mariés, un est veuf et un cas est non renseigné. Marie Jeanne Dugué est l'épouse d'un domestique, Marguerite Deslandes est la veuve d'un compagnon couvreur, Antoinette Regnault (morte le 21 juillet 1760), d'un gagne-denier, Maurice L'hospital, Jeanne Chauvin d'un marchand limonadier, Louise Cousin, d'un maître cordonnier.

■ Les espaces sociaux de recrutement

Au XVIII^{ème} siècle, il ne semble pas exister de réseau institutionnalisé de garde-malades. Leur recrutement repose sur un système de recommandations non écrites où la réputation tient une large place. Le docteur Bourru explique

que les familles prennent des garde-malades « comme on dit vulgairement par compère et par commère » (32, p.424), ce qui n'est pas un gage de leurs capacités.

Si la présence des gardes est attestée dans les actes du *post-mortem*, leur dénomination reste fluctuante. Le notaire les nomme « garde-malade », « femme ayant servi de garde », « domestique ayant gardé le malade ». L'absence d'une dénomination précise est révélatrice d'une difficulté à catégoriser ces femmes : sont-elles des professionnelles au même titre que le médecin, le chirurgien qu'elles rencontrent au lit du malade ? Ou des domestiques de la Maison, distinguées des autres, car classées dans les frais de dernières maladies et recevant à ce titre, une rétribution particulière ? L'ambivalence existe au début du XVIII^{ème} siècle. Ainsi en 1719, la femme Moreau reçoit en plus du prix de son service de garde-malade, un jupon (34), une rémunération en nature, équivalent d'une récompense attribuée à une domestique. Bien que le notaire indique la somme totale réclamée par la domestique, il prend soin d'indiquer qu'elle englobe aussi bien la rémunération de l'activité de domestique que celle de garde-malade, puisqu'elle est dûe « pour gages et frais de garde (35) ». Dans les comptes du *post-mortem*, les rétributions des domestiques sont toujours

clairement attribuées, la garde-malade devenant ainsi une sorte de « domestique spécialisée (22, p.145) » s’insinuant dans le marché de la santé. Ainsi, en 1784, Madame Le Brun, garde-malade du peintre Joseph Vernet, est payée 40 sols par jour pour 38 jours de garde soit 76 livres, et reçoit en plus une rétribution en nature habituellement offerte aux médecins, une tabatière, toutefois de faible valeur (deux livres dix sols) (36, p.423). La hiérarchie entre professionnels de soin est ainsi préservée.

La nécessaire proximité avec le malade conduit à opérer un choix parmi la domesticité du patient. De sorte qu’un basculement s’opère des fonctions de domestique à celles de garde-malade ; le domestique, selon la formule des notaires, « faisant office de garde-malade (37) » alors même qu’il n’a reçu aucune formation spécifique. L’intrusion d’une personne étrangère dans un espace privé, pour une durée indéterminée, en fonction de la durée et de l’évolution de la maladie, interroge. Cela suppose de développer un lien de confiance, dont l’abus est sujet de comédies telle celle de Michel De Cubières, « L’Amant garde-malade ou Lindor et Julie », en 1786. Dissimulé sous le visage d’une garde-malade, l’amant peut contempler le sommeil de celle qu’il aime.

Maîtres et domestiques ont des habitudes de vie en commun. La femme de chambre ou le valet de chambre (38, p.155-166) déjà chargé du soin de la personne du maître, connaît ses goûts et manies. Affecter les devoirs de garde-malade à son propre domestique revient à choisir quelqu’un de connu dont on dispose déjà d’un aperçu précis des capacités. L’autorité de la garde sur le malade repose aussi sur la considération qui lui est portée. Le but du soin est d’ « [...] entretenir la vie en assurant la satisfaction d’un ensemble de besoins indispensables [...], mais qui sont diversifiés dans leurs manifestations [...], » (29, p.25) ». Au milieu du XVIII^{ème} siècle, Claude Bourdier de La Moulière, ancien médecin des camps et armées du roi, malade, confie cette tâche à sa cuisinière, Javotte Boissière. À la fin du XVIII^{ème} siècle, le comte de Mirabeau se déclare satisfait des services de la femme de son domestique, Henriette Legrain (39, p.163-164). Certains domestiques jouent de cette proximité rassurante pour leur maître affaibli, en faisant craindre leur départ afin d’obtenir une meilleure rétribution (40, p.147).

Lorsque le cercle de la domesticité n’est pas retenu, les malades et/ou leurs familles se tournent vers des personnes de leur entourage immédiat. Tout d’abord vers des individus gravitant dans la sphère des professionnels de santé. En 1752, Marc Héron, marchand apothicaire et ancien consul, choisit pour veiller sur ses nuits, deux garçons apothicaires (41). Il apparaît une volonté de recourir à des individus susceptibles de maîtriser un savoir dépassant le domaine du soin. En effet, apprentis apothicaires, les garçons peuvent rendre un compte exact au médecin de l’effet des remèdes internes administrés, de même que les garçons chirurgiens en matière de remèdes externes. Toutefois, veiller un malade de façon constante, tel que doit le faire une garde, ne relève

pas de leurs attributions. Le docteur Théophile de Bordeu délègue aux garçons apothicaires la surveillance ponctuelle du malade dans l’intervalle de ses visites, les chargeant, par exemple, de venir prendre le pouls d’un malade à la suite d’une modification de traitement et de lui en faire le rapport (42, p.8). Si l’action de la garde-malade s’inscrit dans le temps long de l’accompagnement du patient, celle du garçon apothicaire ou du garçon chirurgien se place dans le temps court de la visite de contrôle. Ce rapport au temps fait écho à leur situation personnelle. En formation, les garçons entretiennent un espoir de mobilité sociale et professionnelle tandis que la garde-malade se charge des tâches les plus humbles. Ensuite, les malades et/ou leurs familles peuvent élargir le réseau de recrutement aux femmes exerçant les fonctions de garde comme un gagne-pain, une activité complémentaire à l’exercice de petits métiers pouvant leur laisser du temps (blanchisseuses, lingères, couturières, par exemple). Le recours à l’entourage répond aussi à un impératif social. En 1782, l’abbé Delamarre, chanoine de Paris, a recours au service de « deux religieuses de l’Hôtel-Dieu au titre de la dernière maladie (43) », son statut d’ecclésiastique l’empêchant de tolérer la présence permanente d’une laïque à ses côtés.

■ La clientèle des garde-malades

La diversité des malades sollicitant les services des gardes induit une pluralité de trajectoires professionnelles. Les types de relations établies avec le malade sont fonction de son âge, de sa pathologie, de la durée du service rendu. D’ailleurs, hormis la guérison ou le décès, les motifs de rupture entre un malade et une garde restent inconnus. On peut avancer l’hypothèse d’une incompatibilité morale, d’un épuisement de la garde demeurée longtemps auprès d’un même malade et ou devant faire face à une maladie dégénérative. Entre 1714 et 1792, neuf malades recourent à plus de deux garde-malades (tableau 3), le nombre exact n’étant pas toujours connu, car le notaire indique une somme globale due « aux garde-malades ».

L’appel à plusieurs garde-malades est fonction des ressources financières du malade et de sa volonté de distinguer la garde de jour de celle de nuit. Dans 86 % des cas, seule une garde est encore présente au moment de la mort du malade.

Le recours à la garde-malade s’intensifie dans la décennie 1770-1780 (figure 1), c’est le temps d’un débat sur les structures de soins pouvant accueillir les malades

| Nombre de garde-malade présente | 1 | 2 | > 2 | Total |
|---------------------------------|-----|----|-----|-------|
| Nombre de cas | 178 | 20 | 9 | 207 |

Tableau 3 :
Les garde-malades présentes lors des derniers instants des malades, entre 1714 et 1792

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

fortunés, l'hôpital étant réservé aux indigents. La réouverture en janvier 1776, de la Maison de santé établie en 1770, rue des Brodeurs, à l'initiative du chirurgien Caubotte, est saluée par le docteur Gardanne (44, p.2). Caubotte s'inspire du projet de Piarron de Chamousset d'une maison d'association où des gardes s'occuperaient des malades (45). La Maison de santé propose des lits propres, des gardes, hommes et femmes, un garçon chirurgien résidant, et une pharmacie. Moyennant quatre livres par jour (plus deux livres pour une chambre), le malade bénéficie aussi des visites du médecin et du chirurgien de la maison. Les garde-malades se chargent de l'exécution des ordonnances du médecin et du chirurgien, de « soutenir tous les remèdes avec l'exactitude la plus scrupuleuse » (46, p.2) et de veiller au suivi d'un régime alimentaire adapté à l'état du malade.

De plus, les années 1770 correspondent à la période durant laquelle les médecins tentent d'accompagner les prémices du mouvement de professionnalisation des gardes, ce qui leur donne une plus grande visibilité tant en France qu'à l'étranger (tableau 4). Au cours de la décennie 1770-1780, quatre textes paraissent sur les garde-malades à un rythme assez régulier, tous les deux/trois ans (1772, 1774, 1777 et 1779).

La demande de clients d'origines sociales diverses s'accroît. Les groupes sociaux les plus aisés (nobles, financiers, bourgeois de Paris, soit 51,7 % des cas retrouvés) ont recours aux services des garde-malades, l'ensemble étant dominé par la noblesse (22,7 % des cas). Les patients moins aisés mobilisent davantage les ressorts de la solidarité familiale. Les femmes nobles et

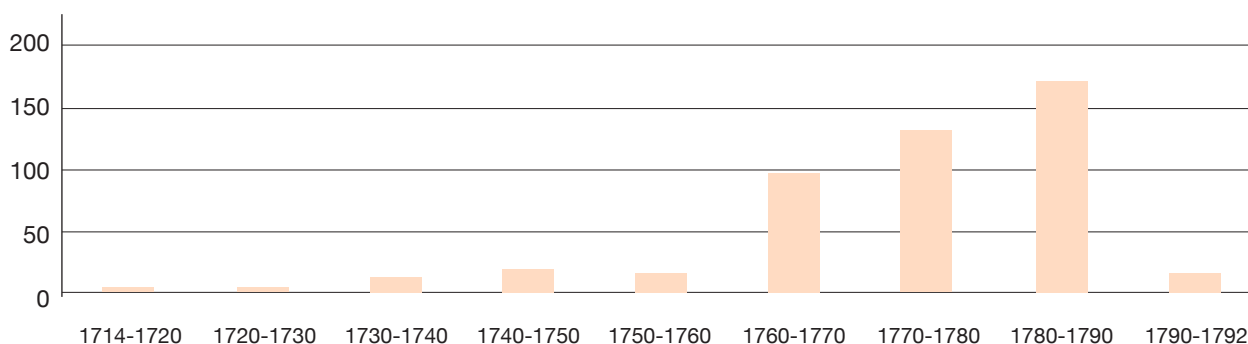


Figure 1 :
Nombre de cas présentant au moins une garde-malade entre 1714 et 1792 à Paris

| Auteur | Date | Titre |
|--|--------------------------------|---|
| Bourru Edme-Claude (Docteur régent de la faculté de médecine de Paris) | 1772 | Mémoire sur les moyens de dresser et de fournir aux habitants de cette ville de bons gardes pour leurs maladies |
| Starck Caroli (Docteur et professeur en médecine de Monguntina) | Lu en 1774 ; publié en 1779 | De custodia agrorum |
| Anonyme | 1777 | Instruction pour les garde-malades |
| Marque Jacques de (Docteur en médecine) | 1779 | Le Guide du malade, ouvrage de médecine philosophique et moral |
| May François Antoine (Docteur en philosophie et en médecine, conseiller médical de l'électeur palatin, professeur extraordinaire de médecine à Heidelberg) | 1782 | Instruction pour les garde-malades |
| Carrère Joseph-François-Barthélémy (Médecin ordinaire du roi, Censeur royal) | 1786 | Manuel pour le service des malades ou précis des connaissances nécessaires aux personnes chargées du soin des malades, femmes en couche, enfants nouveau-nés. |
| Abbé Grégoire Henri, (Évêque de Blois) | Vers 1789 | Des garde-malades et de la nécessité d'établir pour elles des cours d'instruction |

Tableau 4 :
Les publications relatives aux garde-malades entre 1770 et 1789

| Situation matrimoniale des patients | Nombre de clients | % |
|-------------------------------------|-------------------|-------|
| Épouse | 27 | 13 |
| Fille majeure | 21 | 10,1 |
| Veuve | 35 | 16,9 |
| Homme marié | 68 | 32,9 |
| Homme célibataire | 17 | 8,2 |
| Veuf | 6 | 2,9 |
| Inconnue (femmes) | 3 | 1,4 |
| Inconnue (hommes) | 30 | 14,5 |
| Total | 207 | 100,0 |

Tableau 5 A :
Situation matrimoniale des patients recourant à une ou plusieurs garde-malade(s), entre 1714 et 1792

celles issues du monde de la finance recourent le plus aux garde-malades (respectivement 31 % et 16 % des femmes malades de notre recensement entre 1714 et 1792). Cela est peut-être lié au mode de vie des nobles, habitués à être entourés d'une vaste domesticité et dont les moyens financiers permettent de s'offrir toute la gamme de l'offre médicale et paramédicale. De plus, la nécessité de paraître et de maintenir le lien de sociabilité fait que la famille ne peut suspendre sa vie mondaine trop longtemps pour s'occuper d'un malade.

Parmi les 174 patients ayant fait appel à une garde-malade entre 1714 et 1792, un peu plus de 45 % sont des individus esseulés, filles majeures, veufs et veuves, célibataires des deux sexes (tableau 5A et tableau 5B). Dans ce groupe, les femmes malades dominent (près de 71 % contre 29 % d'hommes alors que les femmes seules ne représentent qu'un quart de la population féminine adulte) (47) et particulièrement les veuves représentant un peu moins d'un malade sur deux (48).

Les garde-malades sont utiles à ceux qui, dans les grandes villes, sont veufs, célibataires, isolés ou étrangers car elles leur évitent de se trouver livrés à eux-mêmes dans un moment de vulnérabilité, de dépendance et de perte d'autonomie. En apportant un soutien moral, la garde-malade fait office de dame de compagnie et contribue à préserver un lien social en venant rompre une situation de solitude subie. Le recours à la garde-malade peut être lu comme une stratégie (certes payante) de lutte contre la solitude (49). L'importante présence des gardes auprès des veuves est peut-être à corréliser au fait que le partage d'une même situation matrimoniale soit propice à une meilleure compréhension mutuelle. Présentes à domicile, les gardes peuvent aider le malade dont l'état interdit le transport dans une maison de santé ou celui qui refuse de quitter son domicile.

| Situation des patients isolés | Nombre de clients | % |
|-------------------------------|-------------------|-------|
| Fille majeure | 21 | 26,6 |
| Veuve | 35 | 44,3 |
| Homme célibataire | 17 | 21,5 |
| Veuf | 6 | 7,6 |
| Total | 79 | 100,0 |

Tableau 5 B :
Patients esseulés ayant recours à une ou plusieurs garde-malade(s) entre 1714 et 1792

La répartition par âge des malades ayant recours à des gardes reste inconnue. Quelques témoignages laissent penser qu'elles se chargent aussi des enfants, des cas dans lesquels elles viennent aider la gouvernante. Ainsi, en 1759, Marie Louise Liard, épouse de Jean Bobin, garde-malade demeurant rue Mazarin, est appelée auprès des fils du fermier général de Caze, âgés de treize et cinq ans, à l'orangerie de Chaillot, atteints par la petite vérole et soignés par le docteur Ambroise Hosty (50, p.590). En 1783, Hanet Cléry, valet de chambre faisant office de garde auprès de Madame Royale, quatre ans au moment de son inoculation de la petite vérole, applique les ordres du docteur Joubertou, en promenant quotidiennement la malade dans une petite voiture roulante traînée par son garçon de chambre. Attentif à l'évolution de la fillette, il prévient le roi et la reine de sa pâleur inquiétante qui se révèle la manifestation de la crise salutaire attendue par le docteur (51, p.72-74).

■ Quels prix, pour quels services ?

L'offre des garde-malades, plus conséquente à partir des années 1770, répond à la demande de clients aisés ce qui conduit à s'interroger sur les modalités de rémunération des gardes. Dans son projet de 1771, le médecin Bourru n'aborde en aucune façon le thème de la rétribution des garde-malades. En effet, comment tarifier le temps consacré à l'écoute, à l'explication, à la recherche du confort du malade, à la gestion de la vie quotidienne ? Après l'analyse de 207 actes du *post-mortem*, dressés entre 1714 et 1792, il est possible d'estimer le salaire journalier moyen des garde-malades : environ une livre 15 sols et jusqu'à trois livres par jour (52) (alors qu'un ouvrier des ateliers de la Charité gagne une livre par jour et un compagnon qualifié une livre cinq sols) (53, p.86). Le prix des services des garde-malades est plus élevé à Paris. À Dieppe, la garde-malade reçoit 15 sols par jour au XVIII^{ème} siècle à Provins en 1790, une livre quatre sols par jour (54). Le salaire journalier relativement élevé des garde-malades récompense son investissement physique auprès du malade qu'elle suit constamment ; mais aussi sa prise de responsabilité dans le respect du traitement médical ordonné, donc de la vie du malade. Il ne faut pas oublier que le logement et la nourriture de la garde sont pris en charge par le malade. Une distinction

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

est opérée entre les gardes et les autres professionnels de la santé via le mode de rétribution. Docteurs et chirurgiens reçoivent des honoraires pour un acte précis alors que les garde-malades sont payées selon le nombre de journées ou de nuits travaillées. Cette différence montre que la professionnalisation des garde-malades n'en est qu'à ses commencements, que le service offert comprend une large gamme d'action. Pour leur part, les sages-femmes libérales reçoivent aussi des honoraires, proportionnés au milieu dans lequel elles interviennent : de quelques sous chez les pauvres, à quelques livres chez les femmes plus aisées (55, p.26-8). À Amiens, en 1776, la sage-femme de la Charité reçoit deux livres par accouchement. L'activité de la garde dépend de l'état de santé du malade, mais aussi des liens affectifs noués avec lui. Ainsi, à partir du moment où le malade (et/ou son entourage) estime avoir recouvré la santé, la garde-malade doit se replacer sur le marché de la santé.

La variété des tarifs journaliers laisse penser qu'ils sont l'objet de négociations individuelles entre la garde et le malade et/ou sa famille. La garde n'est payée qu'au terme de son service, parfois sur présentation d'un mémoire quittancé selon sa durée. Les comptes du *post-mortem* mentionnent le nombre exact de jours de garde ou font allusion « au temps passé auprès de la défunte pendant la dernière maladie (56) ». La durée du service va de quelques jours jusqu'à 133 jours assurés par une même garde-malade (maximum relevé dans les comptes du *post-mortem*, en 1747) (57). Il peut aller bien au-delà puisqu'en 1782, il est dû par les héritiers de Guillaume Prévost, 420 livres « pour restant des nuits et journées passées auprès de la défunte dans sa dernière maladie (58) », temps que l'on peut estimer à 210 journées de garde (si l'on prend la base de deux livres par journée). Le tarif prend aussi en compte les horaires de travail, les gardes de nuit étant plus onéreuses que celles de jour. En 1752, il est dû aux garçons apothicaires (leur nombre est inconnu) pour leur veille durant deux nuits, 18 livres (59). En 1759, le Sr Vauderuchen demande une livre 10 sols pour une nuit de garde à Denis de La Mellière, soit sept livres 10 sols pour cinq nuits de garde (60). En 1781, Bernet exige trois livres par journée et nuit de garde (61).

Les variations de tarifs laissent penser que la garde-malade adapte ses prix en fonction de la charge de travail (donc en prenant en compte la pathologie, l'âge, les conditions de vie), de la durée potentielle de son service auprès d'un même client, du caractère d'urgence de son intervention. La garde-malade développe sa propre grille de lecture du corps souffrant (physiquement et moralement) et dépendant. Les convalescents et les femmes en couche constituent deux catégories de malades spécifiques car ils se situent à la frontière entre l'état malade et l'état de santé ; ils peuvent à tout moment basculer de l'un à l'autre prolongeant alors le travail de la garde ou y mettant un terme. Dans certains cas, le malade exige d'avoir la même garde le jour et la nuit ce qui donne lieu à des estimations globales des montants dus par les notaires (tableau 6).

| Date | Nombre de jours de garde | Nombre de nuits de garde | Prix total (en livres) | Prix pour une journée et une nuit de garde (en livres) |
|------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|
| 1776 | 30 | 30 | 180 | 6 |
| 1790 | 4 | 4 | 8 | 2 |
| 1791 | 26 | 26 | 91 | 3 livres 10 sols |

Tableau 6 : Exemples de tarifs pour des journées et nuits de garde

Le statut de la garde doit également avoir une influence sur le prix final, une garde expérimentée et réputée pouvant exiger un prix plus élevé qu'une débutante ; de même une garde spécialisée dans des soins propres à telle ou telle pathologie. Enfin, le montant exigé peut recouvrir le remboursement d'achats de médicaments ou d'actes médicaux rudimentaires effectués. En 1746, Madame Boyau, garde-malade pendant deux ans du chanoine de l'église Saint-Urbain de Troyes, touche 150 livres « tant pour avoir mis en place 1 200 lavements que pour avoir fourni la seringue et le canon (62) ». La garde s'en tient à l'administration des médicaments externes.

Les frais de garde sont révélateurs de la façon dont le malade envisage ce service. En 1782, Guillaume Prévost, épouse de Melchior René Barre, sollicite le médecin Bauray pour 48 livres. Celui-ci ayant dressé une ordonnance ou donné des conseils, la surveillance de leur application est confiée aux soins de la garde-malade à laquelle est due 420 livres pour restant des nuits et journées passées auprès de la défunte dans la dernière maladie, poste de dépense le plus conséquent (77,8 % du montant total s'élevant à 540 livres) (63). Un comportement similaire est notable en ce qui concerne Marie Anne Caban, épouse d'un marchand mercier, morte en 1785. Le docteur Coutavoz demande 24 livres (14,2 % des frais de dernière maladie) tandis que la garde-malade exige 145 livres (85,8 % du montant total des frais de dernière maladie) (64).

Les garde-malades reçoivent des legs testamentaires de la part des malades (suivant l'article 4 de l'Ordonnance de février 1731) ce qui prouve qu'elles ne sont pas reconnues comme les égaux des médecins ou chirurgiens auxquels il est interdit de recevoir des dons et legs de leurs malades faits pendant la maladie dont ils décèdent. En 1712, Antoine de Ribeyre, seigneur d'Homme (1632-1712), Président au Grand-Conseil, teste en faveur de Francastel et de Besset, garde-malades auxquelles il accorde 200 livres de pension viagère. De même, il lègue à Bourguignon et à son frère, garde-malades de sa femme 50 livres de pension viagère à chacun (65). Cette tolérance les rapproche du monde de la

domesticité. Les maîtres font des legs à leur domestique, une sorte de gratification pour les services rendus pouvant leur assurer une retraite confortable.

Progressivement, la figure de la garde-malade s'inscrit avec force dans le paysage médical des patients manifestant les progrès de la médicalisation. Elle témoigne d'une évolution de l'attitude face à la maladie. En plus de la prise en charge du mal sur un régime scientifique, le malade cherche une solution à sa soudaine dépendance. Afin d'assurer la pérennité de l'aide apportée en cas de perte d'autonomie mais aussi dans les situations de maladies chroniques invalidantes, les malades tentent de reproduire le système de l'abonnement tel que les docteurs régents le pratiquent³. C'est peut-être

également une volonté des gardes qui y trouvent le moyen d'une rémunération fixe. Nous n'en percevons que les prémices au XVIII^{ème} siècle, car cela ne concerne que quelques membres de la haute noblesse. En 1734, le duc de Villeroy doit à la garde-malade de sa maison, Françoise Deluan, veuve de Simon Varin, 42 livres (1 %) des 3 719 livres des dépenses de dernières maladies (66) (figure 2 A). En 1784, Paul de Savoisy consacre 16 % de son budget médical (1 169 livres 20 sols au total) aux garde-malades, à savoir 11 % (125 livres) pour sa propre garde et 5 % (58 livres 20 sols) aux gardes chargées de ses domestiques (67) (figure 2 B). Affecter une garde-malade à des domestiques est bien la manifestation d'une distinction entre les deux états de la part de la haute noblesse. D'ailleurs, en 1777, Charlotte Martine Beaufile, garde-malade des Pages du roi en la Petit Écurie, reçoit 200 livres de pension en considération de ses soins, portée à 600 livres en 1784, pour prendre en compte l'ancienneté de ses services (68). Pour les années 1787 à 1789, dame Duquesnoy, garde-malade des Pages du roi à l'Hôtel des Gardes à Versailles et Fontainebleau, reçoit 360 livres soit 120 livres/an (69, p.248). Pour ses services de garde-malade auprès de la Reine entre

³ Les systèmes de l'abonnement sont une solution économique et un moyen de prise en compte de la douleur chronique, tant physique et psychologique. À partir de 300/400 livres par an (il s'agit du prix plancher), le malade dispose des services du médecin qu'il a choisi. Ce contrat assure la continuité du service médical, réduit le montant des dépenses et satisfait le besoin de sécurité du malade qui peut à loisir interroger un médecin dont le temps n'est plus compté. Il est aussi pratiqué par les chirurgiens.

Figure 2 A :
Les frais de dernières maladies du duc de Villeroy et de sa Maison, en 1734

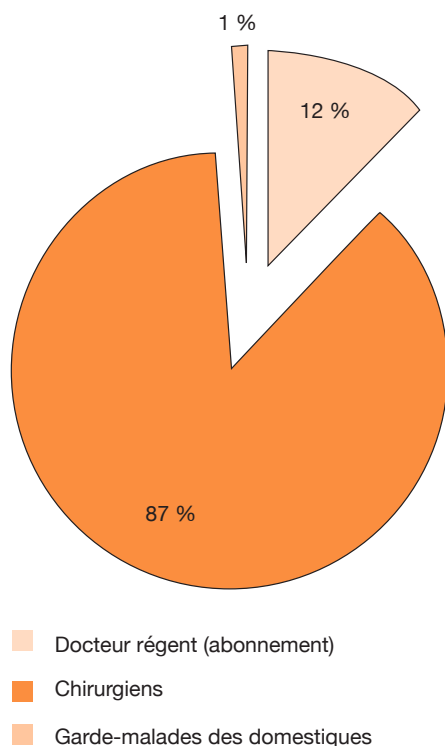


Figure 2 B :
Les frais de dernières maladies de Paulin de Savoisy en 1784

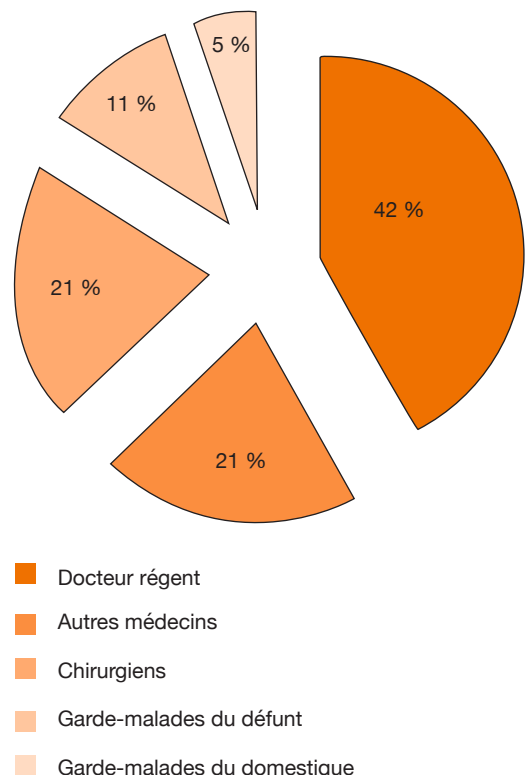


Figure 2 :
Exemples de composition de budgets médicaux de malades ayant une garde-malade affectée spécialement à leurs domestiques en 1734 et 1784

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

1786 et 1789, la dame Boyer doit encore recevoir 1960 livres 65 sols (soit 490 livres/an) (70, p.236). En 1789, la Reine aurait aussi un garde-malade (71, p.161).

La présence d'un garde-malade est soumise aux possibilités financières du malade. Elle n'est pas synonyme de fin de vie puisqu'il accompagne tous les âges et toutes les pathologies. Donnant des soins au nourrisson et à la femme tout juste accouchée, le garde-malade vient en aide à l'adulte temporairement immobilisé ou au vieillard impotent et aide aussi le convalescent à retrouver son autonomie.

LA PROMOTION D'UNE « CULTURE DE LA DÉPENDANCE ». LES SERVICES PROPOSÉS PAR LES GARDE-MALADES

À la fois réceptacle et organe de diffusion des prescriptions médicales, la garde-malade doit être en mesure d'entendre les ordres du médecin mais aussi s'assurer de leur fidèle exécution tant pour ce qui est de son propre ressort que pour ce qui relève du patient et de son entourage. Elle assure la pérennité des soins. Ne prenant aucune initiative, la garde-malade s'inscrit dans ce que Denise Francillon nomme « la culture de la dépendance (25, p.113) ».

■ Un horizon : la chambre du malade

Les garde-malades évoluent exclusivement dans un cadre informel, celui de la sphère familiale et plus précisément dans la chambre du malade devenu véritable « théâtre caméral (72, p.316) » dont le point central est le lit du malade. La garde-malade a en charge le malade mais aussi sa « chambre, condition de son confort (72, p.331) ». Celle-ci se veut fonctionnelle, dotée de tout ce qui est nécessaire au malade.

En cas de longue maladie, le lit devient le lieu de vie. À la fin du XVIII^{ème} siècle, les inventaires après décès mentionnent la présence d'un « lit de fer », le plus souvent placé dans une chambre isolée. Celui-ci est loué chez le tapissier. Le bois s'imprégnant des miasmes et favorisant le développement d'insectes est remplacé par le fer, matériel imputrescible. Des tentatives sont menées pour trouver le lit le plus adapté au malade et aux soins qu'il requiert sont menées. Dès 1741, Hanot présente un lit mécanique à l'Académie royale des sciences. Il s'agit de pouvoir changer le malade facilement et souvent sans douleur et en évitant les accidents dans les cas de malades souffrant de fractures. Le moyen employé doit être simple et peu coûteux afin de permettre une utilisation journalière. Répondant à des préoccupations hygiénistes, ce système doit aussi faciliter la pose des pansements.

La garde-malade veille à « mettre chaque chose à sa place afin que le malade une fois couché puisse être tranquille (11, p.10) ». Les objets utiles au malade sont un pot de chambre, une chaise percée garnie de son pot, un urinoir, un bassin,

une seringue avec toutes ses dépendances, des écuelles, des verres et tasses dans leur soucoupe, de l'eau propre et diverses pièces de linge (mouchoirs, chemises, serviettes, couvertures, couvre-pied, oreillers). La garde doit maintenir le malade dans une grande propreté en changeant souvent son linge et ses draps. L'attention portée au linge est accrue depuis la peste de Marseille de 1720 ; celui-ci est considéré comme le véhicule des miasmes, le lieu des impuretés. La « propreté corporelle du changement » (73, p.154) fait du linge un objet d'hygiène. Il faut distinguer le linge appliqué directement sur le corps (caleçons, chemises) du linge de lit, appelé « drap » et les pansements. Soulignons que l'entretien du linge n'est pas décrit dans les manuels à usage des garde-malades malgré l'insistance sur la propreté (74). En effet, cette tâche est du ressort de la blanchisseuse. Dès janvier 1768, le docteur Jean-Jacques Paulet émet un certain nombre de recommandations quant à l'entretien du linge des malades de la vérole (75, p.152). Installée dans la chambre du malade, à la fois espace privé devant être confortable et propre et lieu de travail à rendre fonctionnel, la garde se voue au service du malade.

■ Prendre soin des corps et des âmes

Veiller au confort du malade et faire preuve de bienveillance doivent permettre au malade de retrouver le silence de son corps. La garde-malade n'effectue pas de soins médicaux (en raison de son absence de formation médicale) mais prend soin du malade (rôle du geste quasi maternel, dimension affective). Finalement, elle redonne au patient l'intégralité de sa dimension humaine que le médecin peut être tenté d'occulter lorsqu'il traite un cas pathologique. On attend d'elle une attitude bienveillante.

Les fonctions de garde-malade exigent une bonne constitution. En effet, il faut être entièrement dévoué au malade et se tenir constamment près de lui, être omniprésent. Henriette Legrain n'hésite pas à « [...] passer les jours et les nuits auprès [du comte de] Mirabeau dont elle fut l'unique garde-malade et qu'elle ne quitta pas un seul moment quoi qu'elle fut enceinte et souffrante (76, p.181) ». Dans les actes du *post-mortem*, le notaire peut indiquer la présence de plusieurs garde-malades pour un même patient. Ceci peut s'expliquer par la mise en place d'un système de roulement entre les gardes. Tandis que l'une officie le jour, l'autre prend le relais à la tombée de la nuit. Ainsi, Marie Angélique Binet a-t-elle deux gardes simultanément à son service, Dlle Thomasson et Antoinette Rayen, payées sur le même pied et pour une durée identique (77). L'hypothèse d'un possible relais entre les gardes se trouve accréditée par l'exigence de vivacité, « [...] comme il ignore le moment où ses soins deviendront nécessaires, il faut qu'il soit toujours prêt à les donner » (31, p.240). De façon plus pragmatique, il peut s'agir d'un moyen, pour le garde, de limiter sa durée d'exposition à un foyer infectieux ou encore de se ménager des plages de temps libres pour s'occuper de son propre foyer (en particulier lorsqu'il s'agit de femmes mariées).

La garde-malade doit faire preuve d'« adresse pour diminuer les douleurs de moribonds accablés sous le poids de leur maux [...] (31, p.418) ». Par exemple, l'alitement prolongé est source de désagréments, une conséquence de l'immobilisme forcé tels que les escarres aux points d'appuis du corps, les ankyloses, phlébites, perte de tonus musculaire... La garde prévient les mauvaises attitudes, les ulcérations et elle veille à nettoyer les souillures du siège. D'où la nécessité de changer le malade de position, de varier le point de sustentation du corps. Le comte Mirabeau apprécie la façon dont son domestique Frochot l'aide à se mouvoir (76, p.175-176). De sorte que la garde-malade maîtrise quelques gestes techniques en plus de « savoir-faire discrets (78) » (tels que l'anticipation de la soif en plaçant un verre d'eau près du malade) et de connaissances sur l'intimité du malade. En 1786, la garde-malade prenant soin d'une femme de 55 ans présentant une fracture de jambe consécutive à une chute dans l'escalier, doit « rafraîchir l'appareil sans y toucher, dès que la malade éprouverait un certain sentiment de chaleur sur la partie (79, p.839-40) », afin de diminuer l'enflure. Le travail de la garde-malade influe sur l'ensemble de l'économie de la santé notamment en ce qui concerne le matériel médical. En 1772, le lit du maître menuisier Garat, manipulable par les gardes les moins corpulents, à la mécanique imperceptible, est approuvé par l'Académie royale des sciences, la Faculté de médecine et l'Académie royale de chirurgie. En 1778, Sr Mathieu crée un lit mécanique pour les blessés et malades impotents, approuvé par l'Académie royale de chirurgie dont deux modèles, en fer ou en bois, ont été réalisés pour le garde-meuble du roi. Mathieu loue ses lits aux malades et apprend aux domestiques et garde-malades à s'en servir (80).

Le docteur Bourru estime que la qualité essentielle est la force physique ce qui le conduit à affirmer que les hommes sont les plus aptes à cette fonction. En effet, « [Le malade sera] réduit à essuyer des tourments d'un autre genre, si la garde trop faible ne peut varier de temps en temps les positions du corps affaîssi dont tout le poids portant continuellement sur les mêmes parties, peut les meurtrir, les exciser, les déchirer (31, p.419-20) ». Faire de l'office de garde-malade une fonction purement féminine relève selon Bourru du préjugé (celui-ci traverse les siècles puisque le docteur Fodéré le reprend en 1815, dans l'aphorisme 11). Le docteur régent s'oppose à l'idée alors largement répandue (29, p.21), selon laquelle les femmes ont une connaissance spécifique des besoins des personnes dépendantes. Pour Bourru, les femmes ne doivent pas être les seules à régner sur le « temps privé des soins (81) ». Toutefois Bourru constate la prédominance de la gent féminine dans ce secteur qu'il justifie par le fait que les femmes malades préfèrent être soignées par des personnes de même sexe. Bourru s'accommode de cette exigence en fixant une condition d'exercice aux garde-malades : être « musculeuses [et avoir] des bras robustes (31, p.420) ». La faible proportion d'hommes se retrouve dans les relevés effectués dans les comptes du *post-mortem*. Ceux-ci sont surtout engagés pour effectuer les gardes de nuit. Force et

adresse sont deux qualités liés l'une à l'autre. L'adresse est le moyen d'économiser ses forces. C'est une vertu naturelle que l'expérience façonne et perfectionne.

Continuellement exposée aux maladies, la garde-malade prend des précautions pour éviter de les contracter. Son alimentation est surveillée. Ramazzini leur consacre une section dans son « Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions ». Les moyens préservatifs sont de deux types. D'une part, ceux à employer vis-à-vis de soi-même et relevant de l'hygiène générale ou relatifs au régime alimentaire. D'autre part, des précautions à propos de la conduite vis-à-vis des patients tels que « retenir sa respiration quand ils s'approchent du malade » ou « ne jamais avaler leur salive » ou bien de l'entretien de la pièce (maintien d'une température modérée, propreté des linges...) (82, p.168). Le métier est contraignant, le garde-malade évoluant dans un air impur passant des nuits éveillées.

Pour le docteur régent, Jean-Jacques Paulet, traitant de la petite vérole, « [...] les trois personnages les plus redoutables pour nous sont l'inoculateur, la garde-malade et la blanchisseuse qui répandent la petite vérole partout » (75, p.149). Aussi, des instructions précises sont données quant aux vêtements. Paulet lui recommande de revêtir « [...] une capote de toile blanche qui couvrira ses jupes, avec des manches nouées au poignet » (75, p.149) qu'elle enlève lorsqu'elle quitte le malade. Joseph-Barthélémy Carrère reprend le principe de désinfection des mains au vinaigre. Ces risques sont probablement pris en compte au moment de fixer la rétribution de la garde-malade.

Les garde-malades peuvent intervenir dans les soins donnés aux défunts. En 1780, Madame Brouard se charge de faire ensevelir Nicolas Pierre Quesnel. En 1791, Honorine Marguerite Lecomte veille la dépouille de Louis Firmin Hazon de Saint Firmin moyennant six livres soit près de trois fois et demie plus que le prix d'une seule journée de garde. Le docteur François Thiery leur assigne un rôle lorsqu'il s'agit de s'occuper d'un défunt en leur indiquant une série de gestes précis à effectuer. Elles sont chargées de placer les membres du défunt selon un schéma précis afin de faciliter sa mise en bière et de ne pas empêcher le mouvement dans les cas de mort incertaine (83, p.77-78). Il s'agit donc de gestes techniques pouvant être qualifiés de médicaux car de leur juste réalisation dépend un potentiel retour à la vie en cas de déclaration prématurée de décès.

La garde-malade est une figure complexe. Proche du malade dans un temps où celui-ci est le plus influençable ; elle est aussi, du fait de sa position, un relais du médecin alors même qu'elle n'a reçu aucune formation médicale. Son activité est centrée sur les soins à apporter au patient et non sur sa maladie. L'aptitude à s'intéresser au malade en tant qu'individu, le dévouement, ne peuvent s'enseigner étant des attributs inhérents à chacun. En 1783, Madame Lespanier,

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

garde-malade de la comtesse de Rivarol, reçoit le prix de vertu (institué l'année précédente), décerné par l'Académie Française, pour ses soins et son dévouement pendant deux ans. Ceci témoigne de l'importance accordée aux qualités personnelles de la garde-malade.

La garde-malade doit pouvoir supporter l'instabilité d'humeur de celui qui souffre. Jean-Baptiste Bourdier attribue l'« humeur insupportable » de son frère « aux inquiétudes [causées par] une maladie dangereuse (84) ». La garde-malade est l'assurance du maintien de bonnes relations entre le patient et les membres de sa famille. Sa présence rassure la famille éloignée et la déculpabilise. Ainsi, Chataud reconforte la mère de Bourdier de La Moulière restée à Bourbon-l'Archambault : « [Je n'ai] aucune inquiétude sur les soins dont il a besoin. Rien ne lui manque en aucune façon. Il a une gouvernante qui est [impayable] par ses attentions auprès de lui » (85). La garde-malade prend en quelque sorte le relais de la famille. En effet, elle seule peut « résister avec fermeté [aux] désirs ou [aux] demandes lorsqu'elles pourraient être désavantageuses [aux malades] ; leur montrer avec douceur les dangers auxquels on les exposerait en acquiesçant à leurs sollicitations » (11, p.7). À cela s'ajoutent des qualités d'ordre moral. Les auteurs s'accordent sur la nécessité des vertus de « tempérance et de sobriété » (21, p.520) : il faut être apte à répondre aux sollicitations du malade à tout instant. D'ailleurs, la fonction de garde-malade est originellement dévolue aux ordres religieux, les clercs réguliers de Saint-Camille de Lellis (mort en 1614) en Italie, les Pères de Saint-Jean-de-Dieu en Espagne, les Frères de la Miséricorde dans l'Europe du Nord, les hospitalières de Saint-Vincent-de-Paul et les Sœurs de Saint-Charles, en France.

■ Une figure controversée au sein des familles

La présence de la garde peut soulager l'entourage du malade. La maladie impacte l'ensemble de la famille dont elle entrave ou suspend le rythme de vie quotidien. Le recours à la garde-malade est aussi un moyen de protéger les autres membres de la famille. Le 13 décembre 1773, le vicomte de Gamaches, victime d'un coup d'épée portée par M. Le Prestre, est transporté chez une garde-malade à l'hôtel de Laval afin d'épargner le spectacle de son agonie à sa femme alors en couche « [...] que ce terrible événement aurait pu gravement indisposer » (86, p.169). De même, la princesse de Conti fait soigner son garçon d'écurie par le docteur Fumée. Mais, étant atteint du mal vénérien, elle ne peut le garder chez elle et paye sa pension chez une garde-malade jusqu'à son décès en mai 1789 (87, note 131, p.99).

À la fois dame de compagnie et dame de confiance, la garde-malade vit dans une intimité de tous les instants avec le malade ce qui rend leur relation très forte. À l'image d'une gouvernante, elle censure les comportements du malade entravant son rétablissement. Selon les dispositions prises dans son testament (7 juillet 1758), Claude Bourdier de La Moulière lègue 1 000 livres à Javotte Boissière, « pour

récompense de ses peines et de ses soins pour moi dans ma maladie (88) » et souhaite qu'elles servent à « donner un métier à son fils ». Il charge son frère, Valentin Généreux Bourdier, directeur des domaines à Pau, de l'instruction de ce dernier. À la mort du docteur, en 1759, Valentin Généreux Bourdier prend Javotte à son service, dans sa maison de Pau. Les relations entre eux sont alors cordiales. Alors qu'à la fin du mois de décembre 1759, Javotte est malade, Valentin Généreux Bourdier annonce son intention envers son fils qu'il trouve « toujours fort gentil et [...] qu'il aime beaucoup. Si la mère s'en va, [il] fera en sorte de garder l'enfant (89) ». En juillet 1760, le jugement sur Javotte est tout autre. Valentin Généreux Bourdier est lui-même souffrant. Pour calmer ses douleurs, il prend des bains domestiques. Il s'est séparé de Javotte, partie le 7 juillet 1760 pour Paris. Il lui reproche le « ton de maîtresse qu'elle s'était attirée chez feu [son] frère [qui] l'enhardissait à vouloir faire de même chez [lui] » et laisse entendre que le docteur avait un excès de confiance en elle du fait de son état (90). Respectant les dernières volontés de son frère, Valentin Généreux continue de verser au fils de Javotte la somme nécessaire à son apprentissage d'un métier.

L'une des craintes de la famille du patient est que la garde ne prenne trop d'emprise sur lui et détourne sa fortune à son profit. L'intimité et la confiance réciproque peuvent inciter les malades à contracter des emprunts auprès de leurs garde-malades. L'influence que peut exercer la garde-malade est dénoncée à toutes les époques. À la fin du XVI^{ème} siècle, elle l'est par Molière dans « Le malade imaginaire » avec Béline ; au XIX^{ème} siècle, elle l'est aussi par Honoré de Balzac dans « Le cousin Pons », avec Madame Cibot. Omniprésente dans le domicile privé, investissant pour une période indéterminée ses lieux les plus intimes (elle peut coucher dans la chambre même du malade à la différence des domestiques ayant une chambre à proximité), la garde peut être tentée par les objets appartenant au malade. Les cas de vol (une pratique qui contribue à brouiller les frontières entre gardes et domestiques en rapprochant les premières de la sphère de la domesticité où les petits vols étaient courants) (91) sont durement sanctionnés car assimilés à un abus de confiance et à un abus de faiblesse. Jeanne Lafleur, épouse du journalier Jean Bruscaille, demeurant à Auteuil (92), cumule les activités de garde-malade et de nourrice. Le 22 juillet 1762, à 34 ans, elle est reconnue coupable du vol et de la revente de linge et de divers effets après le décès de Boudin portier du Bois de Boulogne dont elle était la garde-malade. Jeanne Lafleur est aussi la nourrice de la fille du Sr Boudin. Ceci lui sert de prétexte pour affirmer que les vêtements lui ont été donnés en remerciement de ses services auprès du nourrisson. Elle est condamnée à être fouettée en place publique, marquée au fer par la lettre « V » et emprisonnée pendant trois ans.

Quelques gardes commettent des délits plus graves. Marie Louise Baleux, garde-malade, veuve de Jacques Pillon, compagnon rôtisseur (93), veille sur Marie Jeanne Catherine Cailloux, fille regrattière, rue de Bercy alors enceinte de Louis Lacombe, journalier à Versailles. Madame Baleux kidnappe le

nourrisson et le confie à Henriette Bourrelier, blanchisseuse, épouse de Simon Profot, boucher. Lors du baptême en l'église Sainte-Marguerite, la garde-malade présente l'enfant comme l'enfant légitime de la dame Bourrelier. Elle est finalement condamnée « en qualité de garde et complice d'une femme qui s'est supposée mère », à l'enfermement à perpétuité dans la maison de force de l'hôpital général de la Salpêtrière.

En se vouant aux personnes dépendantes, les gardes-malades se ménagent leur propre secteur d'intervention. Toutefois, s'intégrant dans le domaine des soins et le marché de la santé, tout en n'étant pas habilitées à prendre des décisions scientifiques, les gardes doivent composer avec les autres intervenants, membres de professions plus établies et détenteurs d'un savoir validé par des institutions officielles.

VERS UNE REDÉFINITION DE LA DIVISION TRADITIONNELLE DU TRAVAIL MÉDICAL

« Assister » le médecin

Le rôle de la garde-malade est de « seconder avec efficacité les vues des ministres de la nature » (11, p.10). Elle facilite les interventions des autres soignants, vérifie les bandages, met à disposition le matériel nécessaire aux opérations. Elle assiste aux saignées en assurant l'éclairage, en tenant les poêlettes, en s'occupant des malades tombés en syncope (11, p.70). En cas d'urgence et d'absence du chirurgien, elle est apte à faire une saignée. Elle n'est pas tenue d'assister aux opérations. Toutefois, si le chirurgien n'a pas de garçon pour le seconder et qu'elle ne peut supporter la vue de l'opération, la garde doit trouver des personnes aptes à la suppléer.

Les garde-malades ne rentrent pas en opposition avec le docteur puisque leur conduite est réglée par lui. Elles ne doivent faire preuve d'« aucune indulgence dans l'exécution de ce qui aura été prescrit. Fermes sans être insensibles, elles joindront l'adresse à l'intelligence, la mémoire à la bonne volonté, la discrétion à la prévenance [...] » (11, p.6). Le compte-rendu fidèle des événements survenus dans la vie du malade est primordial pour assurer la réussite du traitement, mais aussi pour préserver la réputation, voire l'honneur d'un médecin. La garde peut observer attentivement et longuement le malade. Ainsi, en 1752, la garde-malade de Madame Supiot rend compte de son évolution aux médecins Morand, Hosty et Moreau. Prudent, Morand préfère s'assurer de ce « que lui dit la garde de la malade sur l'état de l'os sacrum » en la palpant lui-même. Cette garde rend aussi compte à Hosty de l'état des linges de la malade (94, p.62-4).

Au contraire, la rétention d'information par la garde peut être fatale au patient. Alors qu'elle s'occupe des fils de M. de Caze, tous justes inoculés, Marie Louise Liard, prend soin de dissimuler (d'un commun accord avec la gouvernante

des enfants) au médecin ordinaire Hosty et à la famille, la chute par-dessus la barrière de son lit, de leur fils cadet alors qu'elle donnait un bouillon à l'aîné. Bien que la pâleur et les assoupissements répétés de l'enfant l'inquiète, elle persiste à ne pas en faire mention laissant le doute s'installer sur les compétences du docteur Hosty en matière d'inoculation jusqu'au décès de l'enfant, le 6 mai 1759. La vérité éclate après l'ouverture de corps supervisée par les docteurs Lorry, Boyer, Petit et Hosty, le 7 mai 1759 ; l'examen du cerveau révèle un épanchement dans le cervelet et à la base du crâne (95, p.177-179). La garde-malade ne peut nier les faits et la réputation d'Hosty est rétablie.

La garde-malade est responsable de la conservation des médicaments et de leur administration aux heures prescrites par le médecin. Un mauvais dosage peut s'avérer funeste. Les principes de sa conduite sont dictés par le médecin, mais elle doit aussi tenir compte de l'état du malade à l'instant présent. Par exemple, si les bols prescrits ont du mal à être ingérés du fait de leur taille, la garde peut les diviser en autant de portions nécessaires pour que le malade prenne l'intégralité de la dose ordonnée. Elle peut préparer certains remèdes simples (tisanes ou cataplasmes) et doit s'en tenir aux prescriptions du médecin pour la composition des bouillons médicamenteux. Chauffé au bain-marie, le bouillon se donne à la dose d'une pleine tasse à café en l'absence de frissons ou d'un redoublement de fièvre chez le malade. Si le malade est trop faible, il lui est donné à la cuillère, au biberon ou à l'aide d'une paille.

La surveillance de la garde-malade se révèle utile aux médecins souhaitant vérifier les effets de leurs propres remèdes. Le docteur Guillaume Guilbert de Préal envoie les femmes testant son eau fondante préservatrice (remède contre le mal vénérien) chez Madame Marchais, garde-malade, installée rue de Beaune. La garde-malade est alors garante des conditions dans lesquelles le remède est pris, du respect des doses et de l'absence de prise de remèdes supplémentaires. Ici, elle a un rôle de caution morale (96, p.14).

Certains médecins estiment que les gardes-malades sont la cause de leurs difficultés à soigner efficacement les malades notamment du refus de la prise de tel ou tel remède, du non-respect des doses prescrites ou encore de signaler et d'inciter à consommer les remèdes vendus par les charlatans et empiriques (97, p.134-5). Le docteur Joseph-Barthélémy-François Carrère accuse les gardes-malades de « conseiller et d'employer », du sublimé corrosif, une substance dangereuse entrant dans la composition de nombreux remèdes d'empiriques et de charlatans, pour traiter le mal vénérien. Si l'on en croit Bertrand Dupuy, « les désordres qui règnent auprès des malades, rendent trop souvent leur guérison difficile, combien d'autres médecins diraient impossible ! » (98, note, p.XXI). Le docteur Théophile de Bordeu s'exclame : « Bon Dieu ! Quand ferez-vous cesser ces désordres et ces infidélités des assistants afin que nous

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

puissions avec quelque assurance rendre la santé à nos pauvres malades » (98, note p.185). Les docteurs veulent rester maîtres en leur domaine. Paul Augustin Mahon déplore, en 1772, la façon dont les gardes-malades s'arrogent le droit à la décision. Lors des consultations à plusieurs, ce n'est pas « [...] l'avis de la pluralité des médecins qui l'emporte mais celui qu'approuve la personne qui a le plus de crédit dans la maison. Souvent même c'est la garde, le valet de chambre de Monsieur ou la femme de chambre de Madame, qui décident en dernier ressort » (99, p.84). Pour les docteurs, la guérison est soumise à la parfaite exécution de leurs ordres dont les gardes-malades sont les garantes. De sorte que Bourru déplore la faible attention portée aux gardes-malades (31, p.418). Véritable sentinelle postée auprès du malade (31, p.417), la garde veille à la scrupuleuse observance des prescriptions des médecins mais aussi des chirurgiens et pharmaciens. Confinée à un rôle d'exécutant, elle assure la continuité de ce qu'il convient d'appeler le « bon geste médical », le geste du professionnel (respect des positions ordonnées par le chirurgien, distribution des justes doses de remèdes...). De fait, la garde a la possibilité d'influer sur la réputation du médecin en détournant ses directives.

VERS UNE PROFESSIONNALISATION PILOTÉE PAR LES MÉDECINS

En 1777, selon Bourru la première condition pour disposer de bons gardes-malades est de leur assurer une formation, ouverte aussi aux hommes et femmes, chaque malade devant pouvoir le « choisir selon ses goûts et ses besoins (31, p.422) ». Bourru érige la fonction de garde-malade au rang de véritable profession puisqu'elle suppose « l'apprentissage des soins que demande les malades » (31, p.421). Celui-ci doit être dispensé dans deux lieux, l'hôpital et les charités des paroisses faisant alors des indigents un objet pédagogique permettant l'étude du « caractère des malades » (100, p.45). Au fil de son apprentissage, le garde doit avoir vu un grand nombre de pathologies et rencontrer une multitude de malades pour ne pas être surpris par leurs réactions ou souffrances.

Le docteur Bourru propose la création d'un Bureau d'adresse à l'image du Bureau des Nourrices, chargé d'un premier recensement des gardes-malades. Le système de Bourru s'appuierait sur le réseau des Sœurs de la Charité, point sur lequel il s'inspire des propositions de Pierre-Eutrope Serain. Pour Bourru, la formation s'organise autour de deux pôles, pratique et théorique. Dans un premier temps, les Sœurs de la Charité recueilleraient les adresses de tous ceux qui souhaitent devenir garde-malade. Puis, elles placeraient les aspirants chez les pauvres, moyennant une rétribution et assureraient la formation par l'exemple et la démonstration du geste technique (apprentissage de la façon de s'occuper du malade, de le changer, de le remuer, de le servir...). Dans un second temps, la formation à l'observation médicale serait conduite par les médecins des charités de paroisses, tous docteurs régents de

la faculté de médecine de Paris, qui enseigneraient également la maîtrise de quelques notions théoriques élémentaires. L'objectif est de former le jugement des gardes-malades, de faire en sorte qu'elles puissent adapter leur attitude aux difficultés rencontrées sans interférer avec l'action du médecin ordinaire. Les élèves apprendraient à distinguer les différentes phases d'une maladie, à juger de l'aggravation ou de l'amélioration de l'état d'un malade et à rapporter fidèlement leurs constatations aux médecins. Ici s'élabore le mode de relations que la futur garde-malade entretiendra avec le médecin. À l'issue des deux à trois ans de formation dont le coût total est estimé entre 72 livres et 108 livres, l'élève se verrait remettre un certificat d'apprentissage par les Sœurs de la Charité. Dans le système pensé par Bourru la formation des gardes-malades serait entièrement placée sous le contrôle des docteurs régents. Elle devrait permettre l'arrivée sur le « marché des soins », de 624 gardes tous les trois ans. Bourru estime que Paris compte chaque année 10 000 malades ayant recours à un garde-malade. De sorte que la formation qu'il imagine permettra de répondre à la totalité de la demande seize années après sa mise en place. Afin d'accélérer le processus, Bourru accepterait d'intégrer les gardes-malades non formés à condition qu'elles puissent présenter des certificats de capacités signés de leurs derniers malades ou de leurs héritiers. C'est un moyen de valoriser l'expérience acquise.

L'inscription au Bureau serait soumise au paiement d'un droit de dix sols. Le garde-malade précise son identité, son adresse et présente une copie de son certificat de capacité. Touchant une rétribution annuelle estimée à 10 000 livres, le régisseur du Bureau se chargerait de la placer auprès des patients s'acquittant d'un droit de 10 sols. Il serait astreint à la tenue d'un registre dans lequel il indiquerait, pour chaque garde, le nom du patient suivi et la nature des troubles. Il s'agit de limiter d'éventuels risques de contagion de malades plus sensibles à telle ou telle pathologie avec laquelle le garde-malade aurait été mis en contact, mais aussi de créer un groupe de gardes-malades spécialisés dans les soins requis dans des maladies spécifiques. Bourru souhaite conduire le processus de professionnalisation des gardes-malades à travers une formation normalisée et une spécialisation. Par exemple, certains gardes-malades ne s'occuperaient que des mères venant d'accoucher. De plus, Bourru mettrait en place un système d'encadrement rigoureux puisque l'attribution d'une nouvelle mission serait soumise à une inscription sur les listes du Bureau.

Le projet de Bourru ne trouve pas de réalisation pratique. La question de la formation des garde-malades est relancée en 1782 lors de la publication en allemand, à Mannheim, chez le libraire Schan, d'un petit « in-8° » de 160 pages intitulé « Instructions pour les Garde-malades à l'usage des leçons publiques », dont le docteur François Antoine May (1742-1814) médecin de la Cour et conseiller municipal de l'électeur palatin, professeur extraordinaire de médecine à Heidelberg, est l'auteur. Le Journal de médecine, de chirurgie et de

pharmacie & c., de juillet 1783 s'en fait l'écho. May insiste sur la nécessité d'instruire les garde-malades. Dans ce manuel, reprenant les grandes idées de Bourru, May décrit les soins généraux nécessaires aux malades, aux convalescents et aux femmes en couches, ainsi que les qualités essentielles d'une bonne garde, les gestes qu'elles doivent pratiquer (tels la purification de l'air des chambres des malades, la préparation des repas et boissons) ; l'auteur décrit aussi leur souci permanent de l'hygiène, la façon dont elles observent le malade et en rendent compte aux médecins (101, p.386). Il mentionne également les précautions à prendre pour se garantir des maladies contagieuses. L'école de garde-malades du docteur May est ouverte le 15 avril 1782. Au mois de juillet 1782, il soumet ses 12 élèves à un examen public et solennel. Chaque auditeur peut leur adresser une question. Les trois élèves les plus instruites se voient chacune remettre une médaille d'encouragement. La séance se termine par la lecture des devoirs des garde-malades que chaque élève fait serment de remplir. L'enseignement est divisé en deux parties, la première recouvrant ce qui est relatif à leur personne et la seconde concernant les secours à donner. Le professeur doit cependant garder à l'esprit qu'il ne forme pas des médecins.

En France, l'intérêt pour les garde-malades connaît un nouveau souffle en 1786, sous l'impulsion de Joseph-Barthélémy Carrère, médecin ordinaire du Roi, professeur royal en médecine, censeur royal, membre de la Société Royale de Médecine. Carrère se heurte à un premier rejet de son projet de formation des garde-malades par le gouvernement, dans les années 1770/1780, déjà occupé par les créations successives de la Société Royale de Médecine (commission de 1772, arrêté d'avril 1776 puis de 1778) et la création du Collège royal de Pharmacie, qui par la déclaration du 25 avril 1777, devient désormais le seul chargé de la réception des pharmaciens (102, p.370-82), (103, p.295). L'ouvrage devait paraître en 1784 mais Carrère en fait suspendre l'impression afin de consulter l'œuvre de May. Après l'énumération des qualités nécessaires aux gardes, la description de leur conduite, Carrère s'attache aux soins particuliers qu'elles doivent dispenser et aux éléments soumis à leur observation attentive. Il souligne l'importance de la surveillance du pouls (104, p.70-84). Enfin, deux rôles spécifiques leurs sont attribués : l'administration des médicaments et la préparation des remèdes et des aliments. Carrère finit par quelques conseils pour se prémunir des maladies contagieuses.

Carrère soumet son ouvrage à l'approbation de la Société Royale de Médecine. Les docteurs Andry, Geoffroy et Thouret, nommés commissaires, livrent les conclusions de leur rapport au cours de la séance du mardi 25 juillet 1786. Le titre originel de l'ouvrage est « Instruction pour les garde-malades ». Les 26 membres présents décident que « l'on substituerait [à ce] au titre un énoncé plus général dans lequel il ne serait point fait mention des garde-malades [...] et qu'il serait fait d'ailleurs dans l'ouvrage de M. Carrère les changements analogues à celui du titre (105) ». Si les docteurs prétendent vouloir se concentrer

« sur le service des malades en général », ils cherchent d'abord à contrôler la professionnalisation des gardes-malades et à ne leur accorder qu'une autonomie limitée.

Le recul des docteurs régents sur le titre donné par Carrère révèle la tension existante en 1786. Les docteurs régents souhaitent confiner les gardes au sein d'un groupe indéterminé rassemblant tous ceux qui donnent des soins aux malades afin de pouvoir les surveiller plus facilement et les maintenir sur les marges de leur propre secteur d'intervention. Il faut éviter que les gardes passent sous le contrôle des chirurgiens ou des apothicaires mais aussi prendre garde à ne pas trop les individualiser comme détenteurs d'une offre médicale spécifique. Les aider à se forger une identité commune forte pourrait mener à l'émergence d'une nouvelle force d'opposition aux docteurs régents. Il s'agit de circonscrire l'ouverture du marché des soins à un nouvel acteur clairement identifié et légitimé et de préserver l'actuelle hiérarchie médicale. Ni médecins, ni chirurgiens, ni aide-chirurgiens, les garde-malades ne sont que des auxiliaires des soignants. Les docteurs régents reprennent l'idée du docteur Jacques de Marque pour lequel les garde-malades ne sont que des « assistants », qualificatif générique désignant « [...] tous ceux qui se mêlent d'une manière ou de l'autre, [de faire les fonctions de garde-malade], et dont l'autorité ou les conseils, ont quelque empire sur [l']esprit [des malades], [...] » (98, p.188). Carrère reproche à May d'apprendre aux garde-malades à faire de la médecine, activité réservée aux seuls docteurs. Or, la garde-malade a nécessairement quelques connaissances médicales. Donc Carrère propose lui-même ce qu'il reproche à May : des descriptions des « symptômes des maladies [...], de l'essence des fièvres et des quartiers du pouls » (100, p.19). Ceci entre en contradiction avec les termes employés dans le rapport d'approbation de la Société Royale de Médecine du 25 juillet 1786 signé par les docteurs Geoffroy, Andry et Thouret, stipulant que l'ouvrage, destiné à des non-professionnels, a pour seule ambition d'être à la portée de tout le monde.

Néanmoins, le manuel de Carrère connaît un véritable succès. Publié chez Lamy à Paris en 1786, il est traduit en espagnol la même année. Objet d'une seconde édition française en 1787, il est traduit en italien en 1788, par le professeur de matière médicale Felice Asti à Mantoue. L'édition allemande, établie par Pierre Englebert Wauters⁴ (106) date de 1807.

Cet engouement témoigne d'un regain d'intérêt pour les garde-malades, groupe fluctuant dont les médecins tentent de piloter la professionnalisation en normalisant la formation. Rendre le *care* visible suppose de le penser comme un véritable travail dans lequel l'accès à une meilleure qualification permettra une mobilité professionnelle. La mise en place d'un contrôle entraîne une redéfinition de la division du travail médical et

⁴ Pierre Englebert Wauters (1745-1840), licencié en médecine de l'Université de Louvain en 1773, est médecin en chef de l'hôpital de Gand et médecin des épidémies pour l'arrondissement de Gand.

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

une nouvelle hiérarchie des professions médicales. Le fait de prendre soin du malade est progressivement reconnu comme un travail spécifique, la garde-malade étant progressivement affranchie de la sphère domestique ; ce travail est caractérisé par des savoir-faire et une intelligence à réaliser des soins différenciés pour chaque malade. L'introduction d'un modèle de rationalisation des conduites des gardes par les médecins interroge sur la façon dont ces derniers envisagent leurs interactions avec des gardes dont les activités prennent sur les fonctions les plus humbles des médecins, des chirurgiens et des apothicaires. Évoluant sur les marges des trois grands domaines de l'art de guérir, polyvalente, la garde-malade a la charge du « *dirty work* » (107, p.77), des tâches physiquement éprouvantes en contact avec la saleté physique mais dont la spécialisation est le fruit d'une relation particulière et privilégiée avec le malade. Si en 1790, la fonction de garde-malade est encore qualifiée « d'état obscur » (108), elle tend progressivement à sortir de l'ombre.

Au XVIII^{ème} siècle, un mouvement de distinction entre les domestiques et les garde-malades est amorcé. Les soins dispensés par les garde-malades tendent à s'apparenter à une véritable pratique professionnelle identifiée. En effet, à partir des années 1770, la garde-malade devient l'objet de divers traités médicaux rédigés par les médecins eux-mêmes. Les docteurs régents ne restent pas à l'écart de ce mouvement qui gagne l'ensemble de l'Europe du Sud et de l'Ouest. Assurant la continuité du geste médical, la garde-malade est un personnage à double facette. Simple exécutante, elle permet au docteur régent de suivre à distance l'évolution de son patient et l'effet des traitements et régimes ordonnés. C'est alors une alliée de choix. Bien au contraire, animée de velléités d'indépendance, elle détient le pouvoir d'entraver un traitement et/ou de décrédibiliser un médecin. Ce statut ambivalent est la source de la cristallisation des peurs de la famille du patient et du docteur régent quant à un supposé pouvoir d'influence tant au sein de la sphère privée que dans la sphère publique (via des jugements portés sur le médecin, la patient, la famille).

À la fin du XVIII^{ème} siècle, la garde-malade n'est ni tout à fait une domestique ni tout à fait hors de la domesticité à l'image du précepteur (109, p.15). Individu admis dans la plus profonde intimité du malade dont elle partage sa vie quotidienne, prend en charge la dépendance tant physique que morale, la garde détient un véritable pouvoir évitable sur un être devenu vulnérable qu'elle accompagne, dirige et parfois influence dans le suivi de son traitement, dans le choix des remèdes voire des professionnels de la santé. Progressivement reconnue comme activité à part entière et non plus comme un complément d'activité, la fonction de garde-malade tend à se professionnaliser. Les garde-malades en diffusant les règles d'hygiène contribuent au mouvement de médicalisation et jouent le rôle d'intermédiaires médicales entre le malade et les trois professions médicales.

Quelques médecins, tel Bourru, militent pour les faire accéder à un enseignement rigoureux permettant de faire naître une conscience de groupe professionnel dans un cadre rigoureusement contrôlé. Dépendantes des médecins, leur intervention tend de plus en plus à être soumise à la prescription de celui-ci alors qu'au début du XVIII^{ème} siècle, l'initiative du recours à ses services incombait au malade ou à son entourage. Les gardes ont alors à défendre leurs compétences et leur réputation. La formation devient le ciment de la professionnalisation car elle transmet des connaissances essentielles à la pratique du métier mais aussi et surtout une même idéologie, un ensemble de valeurs communes. Progressivement la garde-malade tend à s'émanciper d'un statut d'individu aux interventions ponctuelles dont la définition est corrélée au rôle attribué aux femmes par la société pour devenir une professionnelle caractérisée par la maîtrise de gestes techniques spécifiques (29, p.14-15) et faisant partie d'un groupe homogène.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Hippocrate. Aphorismes. Dans: Daremberg Ch. Œuvres choisies d'Hippocrate. 2e éd. Paris: Labé;1855.
2. Furetière A. Article « Garde ». Dans: Dictionnaire universel contenant généralement tous les maux. La Haye: Rotterdam; 1690.
3. Rosenberg P. Chardin, 1699-1779 : Catalogue de l'exposition au Grand Palais, 29 janvier-30 avril 1979. Paris: Ministère de la culture et de la communication, Réunion des musées nationaux; 1979, œuvre répertoriée R 92.
4. Monro D. Médecine d'armée ou Traité des maladies les plus communes, vol. I, Paris: PFr. Didot le jeune; 1769. p.LXXXIV-LXXXVII.
5. Tissot SAAD. Avis au peuple sur sa santé. Lausanne: J. Zimmerli; 1761.
6. Lafont O. Des médicaments pour les pauvres. Usages charitables et santé publique au XVII^e et XVIII^e siècles. Paris: Pharmathèmes; 2010.
7. Cavallo S. Artisans of the body in early modern Italy. Identities, families and masculinities. Manchester, New York: Manchester University Press; 2007.
8. Lacombe J. Article « Garde ». Dans: Encyclopédie méthodique, Arts et métiers mécaniques, « A-Châtaigne ». Paris: Panckoucke, Plomteu; 1782, t. 3.
9. Marc ChChH. Article « Garde-malade ». Dans: Dictionnaire des sciences médicales. Paris: Panckoucke; 1816, t. 17.
10. Serain PE. Instructions pour les personnes qui gardent les malades. Amsterdam: s. n.; 1777, Avertissement.
11. Furetière A. Article « Malade ». Dans: Dictionnaire universel contenant généralement tous les maux. La Haye, Rotterdam: s. n.; 1690.

12. Cresson G. Le travail domestique de santé. Paris: L'Harmattan; 1998.
13. Benelli N. Modak M. Analyser un objet invisible : le travail de care. *Revue française de sociologie*, 2010;(51):39-60.
14. Hochschild AR. *The managed heart: the commercialization of human feeling*. Berkeley: The University of California Press; 1983.
15. Karpik L. *L'économie des singularités*. Paris: Gallimard; 2007.
16. Macquer Ph. Article « Infirmier ». Dans: *Dictionnaire raisonné universel des arts et métiers, contenant l'histoire, la description, la police des fabriques et manufactures de France et des Pays Étrangers*. Paris: PFr. Didot jeune; 1773.
17. Faure O. Une histoire du soin est-elle possible ? *Histoire, médecine et santé*. 2015 Spring;(7):91-101.
18. Chomel N. *Dictionnaire économique, contenant divers moyens d'augmenter son bien, et de conserver sa santé*. Commerc: H. Thomas & C^{ie}; 1741.
19. Juractic S. Pelegrin N. Femmes, villes et travail en France dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle. *Histoire, économie et société*. 1994;13(3):477-500.
20. Robin-Romero I. La santé dans les écrits privés du XVIII^e siècle. Dans: *Au plus près du secret des cœurs ? Nouvelles lectures historiques des écrits du for privé en Europe du XVI^e au XVIII^e siècle*. Paris: Presses Universitaires Paris-Sorbonne; 2005, p.172-173.
21. Bapst G. *Inventaire de Marie-Josèphe de Saxe, Dauphine de France*. Paris: Imprimerie générale; 1883, note 2, p. 31.
22. Louis-Courvoisier M. *Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (1750-1820)*. Genève: Georg; 2000.
23. Coquillard I. L'apport des actes du post- mortem à la connaissance de la pratique libérale de la médecine, à Paris, au XVIII^e siècle. Dans: *Écrire l'histoire de la médecine: temporalités, normes, concepts* [En ligne]. La Plaine- Saint-Denis, France ; 2013. [cité le 22 février 2019]. Disponible: <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01315388/document>
24. *Supplément au Journal de Paris*. 1791; 78.
25. Francillon D. Construction et évolution du rôle de la garde-malade (XVIII^e-XIX^e siècles). De l'émergence d'un nouveau rôle aux structures d'apprentissages. Dans: *Les femmes dans la société européenne. Huitième congrès des historiennes suisses*. Genève: Société d'Histoire et d'Archéologie de Genève; 2000. p.106-121.
26. Mc Tavish L. *Childbirth and the display of authority in early modern France*. Aldershot: Ashgate; 2005.
27. Sage-Pranchère N. *L'école des sages-femmes : naissance d'un corps professionnel, 1786-1917*. Paris: Presses Universitaires François Rabelais; 2017.
28. Rieder Ph. Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne. *Rev Hist Mod Contemp*. 2005;(52-1):39-63.
29. Rabier Ch. L'histoire au prisme du marché : perspectives britanniques. *Recherches britanniques*. 2011;(1):17-36.
30. Collière MF. *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterÉditions/Masson; 1982.
31. Paul D. *Paysans du Bourbonnais : une société rurale face au changement, 1750-1880*. Clermont-Ferrand: Presses Universitaires Blaise Pascal; 2006.
32. Bourru EC. *Mémoire sur les moyens de dresser et de fournir aux habitants de cette ville de bons Gardes pour leurs maladies, par M. Bourru, Docteur régent de la Faculté de Médecine en l'Université de Paris*. *Journal Économique*. 1771 Sep:418-24.
33. Archives Nationales (par la suite Arch. Nat.), MC/ET/XLI/573, *Compte d'exécution testamentaire d'Antoinette Regnault*, 22 juillet 1761.
34. Arch. Nat., MC/ET/LXVIII/331, *Partage des biens d'Anne Barthereau*, 20 juillet 1719.
35. Arch. Nat., MC/ET/LXXIII/888, *Délivrance de compte de Jeanne Debure*, 29 décembre 1766.
36. Lagrange L. *Joseph Vernet et la peinture au XVIII^e siècle*. 2e éd. Paris: Librairie académique Perrin; 1864.
37. Arch. Nat., MC/ET/LXXXIX/620, *Liquidation de compte de communauté de Jean- Baptiste Bragelongne*, 18 août 1764.
38. Sabattier J. *Figaro et son maître : les domestiques au XVIII^e siècle*. Paris: Perrin; 1984.
39. *Mémoires biographiques littéraires et politiques de Mirabeau*. Bruxelles: JP. Méline; 1836, t. 10.
40. *Observations par la dame Gouazé contre le sieur Panassier et Marguerite Ducrospt*, Toulouse, 1775. Dans: Boutier J, Dyonet N, Cailly C, Contis A, Dedieu JP, Pontet J, et al. *Documents d'histoire moderne : du milieu du XVII^e siècle à la fin du XVIII^e siècle*. Talence: Presses Universitaires de Bordeaux; 1992.
41. Arch. Nat., MC/ET/XCVIII/517, *Inventaire après décès de Marc Héron*, 7 avril 1752.
42. Cox D. *Nouvelles observations sur le pouls intermittents*. 2e éd. Paris: Vincent; 1766
43. Arch. Nat., MC/ET/LXXII/451, *Compte d'exécution testamentaire de l'abbé Delamarre*, 28 juin 1782.
44. *Gazette de santé*. 1776, 4 jan.
45. Piarron de Chamousset CIH. *Plan d'une maison d'association*. Paris: Dumesnil; 1754.
46. Caubotte. *Maison de santé*. Paris: Gueffier; 1771.
47. Beauvalet-Boutouyrie S. *La femme seule à l'époque moderne : une histoire qui reste à écrire*. *Annales de démographie historique*. 2000;(2):127-41.
48. Beauvalet-Boutouyrie S. *La solitude : XVII^e-XVIII^e siècle*. Paris: Belin; 2008, Chapitre 9.
49. Minois G. *Histoire de la solitude et des solitaires*. Paris: Fayard; 2012.
50. *Procès-verbal et information de témoins*. *Journal des savants*. 1759 Sep.
51. Hanet Cléry JPL. *Mémoires de J. P. L. Hanet Cléry, ancien valet de chambre de Madame Royale, 1776-1823*. Paris: A. Eymery; 1825, t. 1.
52. Arch. Nat. MC/ET/XXXIII/648, *Compte d'exécution testamentaire de Jacques Anisson Duperron*, 8 juin 1789.
53. Roche D. *Le peuple de Paris. Essai sur la culture populaire au 18^e siècle*. Paris: Aubier; 1981
54. Lefort AP. *Salaires et revenus dans la généralité de Rouen au XVIII^e siècle comparés avec les dépenses de l'alimentation, du logement, du chauffage et de l'éclairage*. Paris: Cagniard; 1886.

L'émergence des garde-malades dans le marché de la santé à Paris au XVIII^{ème} siècle

55. Gélis J. La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie. Paris: Fayard; 1988.
56. Arch. Nat. MC, MC/ET/XLVI/472, Inventaire après décès de Jeanne Masson, 24 mars 1779.
57. Arch. Nat. MC, MC/ET/XXVIII/302, Compte d'exécution testamentaire de François Ruelle, 19 février 1747.
58. Arch. Nat., MC/ET/XXV/807, Inventaire après décès de Guillaume Prevost, 3 juin 1782.
59. Arch. Nat., MC/ET/XCVIII/517, Partage de Marc Héron, 7 avril 1752.
60. Arch. Nat., MC/ET/CII/409, Arrêté de compte de Denis de La Mellière, 5 juin 1761.
61. Arch. Nat., MC/ET/XVIII/817, Compte d'exécution testamentaire de Françoise Madelaine Moreau d'Esclainvilliers, 4 mai 1781.
62. Frexinos J. L'art de purger : histoire générale et anecdotique des laxatifs. Paris: L. Pariente; 1997.
63. Arch. Nat., MC/ET/LXXV/807, Inventaire après décès de Guillaume Prévost, 3 juin 1782.
64. Arch. Nat., MC/ET/XVIII/848, Inventaire après décès de Marie Anne Caban, 6 juin 1785.
65. Arch. Nat., 144 AP 89, Dossier n° 5 « Documents sur la mort d'Antoine de Ribeyre », Pièce n° 1, Testament d'Antoine de Ribeyre.
66. Arch. Nat., MC/ET/LXXXVIII/539, Inventaire après décès de Louis Nicolas de Neufville, duc de Villeroy et de Baupréau, 13 mai 1734.
67. Arch. Nat., MC/ET/LXXXIII/621, Inventaire après décès de Paulin de Savoisy, 24 avril 1784.
68. État nominatif des pensions sur le Trésor Royal imprimé par ordre de l'Assemblée nationale. Paris: Imprimerie nationale; 1790, t. 2.
69. Collection générale des décrets rendus par l'Assemblée nationale avec la mention des Sanctions et acceptations données par le Roi, avril 1791. Paris: Baudouin; 1791.
70. Décrets de liquidation du 11 février 1792, Arriéré du département de la Maison de la Reine. Dans: Décrets de liquidation rendus par l'Assemblée nationale législative (1791-1792), rendus par l'Assemblée nationale législative depuis le 1^{er} octobre 1791 jusqu'au 27 février 1792. Paris: Imprimerie nationale; 1792.
71. Comtesse d'Adhémar. Souvenirs sur Marie-Antoinette, archiduchesse d'Autriche, reine de France et sur la cour de Versailles. Paris: Mame; 1836, t. 3.
72. Perrot M. Histoire de chambres. Paris: Le Seuil; 2009.
73. Roche D. La culture des apparences. Paris: Seuil; 1991. (Points).
74. Vigarello G. Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge. Paris: Seuil; 1985.
75. Paulet JJ. Médecine. Moyens faciles de préserver les enfants de la petite vérole dans toutes les villes. Dans: Mercure de France dédié au Roy. 1768 Jan:144-55.
76. Mirabeau HG. de Riquetti Comte de. Mémoires biographiques, littéraires et politiques de Mirabeau. Bruxelles: L. Hauman et C^{ie}; 1836, t. 12.
77. Arch. Nat., MC/ET/XCVIII/553, Compte d'exécution testamentaire de Marie Angélique Binet, 19 octobre 1761.
78. Molinier P. Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. Dans: Le souci des autres. Paris: Écoles des Hautes Études en Sciences Sociales; 2006. p. 299-316.
79. Lombard CA. Opuscules de chirurgie sur l'utilité et l'abus de la compression et les propriétés de l'eau froide et chaude dans la cure des maladies chirurgicales. s. l.: s. n.; 1786.
80. Affiches, annonces et avis divers. 17 nov 1779:183-189.
81. Sevenhuijsen S. Citizenship and the ethics of care : feminist considerations on justice, morality and politics. New York: Routledge; 1998.
82. Patissier Ph. Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions d'après Ramazzini. Paris: JB. Baillière; 1822.
83. Thiéry Fr. La vie de l'homme respectée et défendue dans ses derniers moments, ou Instruction sur les soins que l'on doit aux morts et à ceux qui paraissent l'être, sur les funérailles et les sépultures . Paris: Debure l'aîné; 1787.
84. Archives départementales de l'Allier (par la suite Arch. dép. Allier), Fonds privé Bourdier, Copie par Mlle Litaudon des lettres de la famille Bourdier, cahier n° 5, « Lettre du 5 octobre 1758, de Jean-Baptiste Bourdier, procureur des Bénédictins de Reuil en Brie à la Ferté-sous-Jouarre, à sa petite sœur, religieuse à Moulins ».
85. Arch. dép. Allier, 31 J 8, pièce n° 3.
86. Marquis de Bois-Robin LR. de Belleval. Souvenirs d'un cheval-léger de la Garde du roi. Paris: Aug. Aubry; 1866.
87. Houdion P. La dernière princesse de Conti, Fortunée-Marie d'Este, 1731-1803. Paris: L'Harmattan; 2007.
88. Arch. Nat., MC/ET/LXXVII/264, Testament olographe du Claude Bourdier de la Moulière, déposé le 30 avril 1759.
89. Arch. dép. Allier, Fonds privé Bourdier, Copie par M^{lle} Litaudon des lettres de la famille Bourdier, cahier n° 7, « Lettre du 31 décembre 1759, de Pau, de Bourdier de La Moulière à sa mère ».
90. Arch. dép. Allier, Fonds privé Bourdier, op.cit., cahier n° 8, « Lettre de Valentin Généreux Bourdier de La Moulière, datée de Paul, le 15 juillet 1760, à sa mère.
91. Vaultier R. Les crimes et les larcins des domestiques au XVIII^{ème} siècle. La vie judiciaire. 1959;(699):3.
92. Arch. Nat., Y/10241, Le Procureur du roi contre Jeanne Lafleur femme de Jean Brascaille journalier, elle nourrice et garde-malade, défenderesse et accusée, 22 juillet 1762.
93. Arrêt de parlement qui condamne Henriette Bourrelier, blanchisseuse, et Marie Louise Baleux, garde-malade, à faire amende honorable et à être enfermées à perpétuité dans la maison de force de l'hôpital général de la salpêtrière ; savoir La Bourrelier, pour s'être supposée Mère de l'enfant d'une autre, et la Baleux en qualité de complice. Paris: P. Simon; 1768.
94. Extrait d'un nouveau journal de la maladie de la nommé Supiot suivie par M. Hosty et Morand, docteurs régents de la Faculté de médecine en l'Université de Paris. Dans : Histoire de la maladie singulière et de l'examen du cadavre d'une femme devenue en peu de temps toute contrefaire par un ramollissement général des os. Paris: V^e Quillau; 1752.
95. Rapport sur l'ouverture du corps du fils cadet de M. de Caze du 11 mai 1759. Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, &c. 1759 Jul;177-79.

96. Précis signifiée servant de réponse à deux libelles intitulés : précis et réponse et deux consultations signées l'une de cinq avocats, l'autre de dix pour M. Guilbert de Préval. Paris: PG. Simon; 1777.
97. Carrère JBF. Recherches sur les maladies vénériennes chroniques sans signes évidents. Paris: Cuchet; 1788.
98. Dupuy B, cité dans de Marque J. Le guide du malade, ouvrage de médecine, philosophique et moral. Paris: chez l'auteur et chez ChP. Breton; 1779.
99. Mahon PA. Avis aux grands et aux riches sur la manière dont ils doivent se conduire dans leurs maladies. Paris: PhD. Pierres; 1772.
100. Fodéré FE. Manuel du garde-malade, des gardes des femmes en couches et des enfants au berceau. Strasbourg: Levrault; 1815.
101. Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie &c, dédié à son Altesse Royale Monsieur Frère du Roi. 1783 Jul;(50).
102. Lunel A. La maison médicale du roi, XVI^e-XVIII^e siècles. Le pouvoir royal et les professions de santé. Paris: Champ Vallon; 2008.
103. Grandin-Le Tulzo C. Les prémisses d'une professionnalisation de la santé : de l'apothicaire au pharmacien, à Paris au siècle des Lumières. [Thèse d'Histoire]. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales; 2005.
104. Carrère JBF. Manuel pour le service des malades ou précis des connaissances nécessaires aux personnes chargées du soin des malades, femmes en couche, enfants nouveau-nés. 2e éd. Paris: Lamy; 1787.
105. Bibliothèque de l'Académie de médecine, Manuscrit 11 (11), Procès-verbaux des séances de la Société Royale de Médecine, 25 juillet 1786.
106. Guislain J. Discours sur le médecin P.E. Wauters prononcé le jour de son enterrement. Gand: imprimerie de F. et E. Gyselynck; 1840.
107. Hugues EC. Le travail et le soi. Dans: Le regard sociologique : essais choisis. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales; 1996.
108. Article « (Art) des Services auprès des malades ». Dans: Encyclopédie méthodique. Paris: Panckoucke: 1790; p.529.
109. Roche D. Le précepteur dans la noblesse française : instituteur privilégié ou domestique ? Dans: Problèmes de l'histoire de l'éducation. Actes des séminaires organisés par l'École française de Rome et l'Università di Roma (janvier-mai 1985). Rome: Publications de l'École française de Rome; 1988.