**Compte-rendu de la 3e séance du séminaire (6 février 2024)**

**« Réécrire l’histoire de la santé du point de vue de la fin de ses objets. XVIIIe-XXIe siècles »**

Présent.e.s : Hervé Guillemain, Carmen Rousseau, Mallaury Alix, Anaïs Grandbert, Kylian Godde, Cécile Charlap, Mathis Lorenzo, Victoria Afanasyeva, Ikrame Moucharik, Armance, Stéphane Le Bras, Lluís Coromina Verdaguer, Cyprien Anrochte, Nicolas Truffinet

**Programme de la séance :**

* Mathis Lorenzo : la fin des kermesses en psychiatrie
* Cyprien Anrochte (psychologue) : la disparition de l’hystérie des manuels diagnostics (DSM et CIM). Point de vue du soignant
* Lluís Coromina Verdaguer (Barcelone) : Les lieux de mémoire de la santé. Réflexions à partir de l’historiographie socioculturelle
* Discussion collective + organisation du travail à venir

**Introduction d’Hervé Guillemain :**

**Les 5 champs de réflexion repérés à partir des 2 premiers séminaires**

* Petite introduction reprenant les éléments des deux premières séances + explications sur l’organisation du travail futur.
* Avec les interventions du jour, nous sommes à une quinzaine d’études de cas proposées (sans compter les études de cas des prochains séminaires)
* On déterminera vers mai-juin qui participera *in fine* à ce livre collectif (achevé pour environ 2025)
* On verra également comment se positionner sur le fond et le chapitrage de l’ouvrage.
* Petit point afin de rassembler les grands éléments / les grandes questions qui vont guider cette étude de l’histoire de la santé par la fin de ses objets.
* En 2024 : les séances vont être doubles avec 2 études de cas et réflexion-travail collectif (l’objectif du livre n’est pas d’en faire une collection d’études de cas, mais que chacun apporte un élément important sur la réflexion collective. Soit, un cas = une problématique/point/élément de réflexion.
* **1e item : Comment on mesure la fin d’un phénomène ?**
* Questions sur l’enjeu méthodologique de travailler sur quelque chose qui se passe à bas bruit / question des sources à utiliser
* Comment mesure-t-on la fin des phénomènes à partir de faits objectifs ? 🡪 Partir de la destruction d’un lieu, dissolution d’une association, textes de lois, évolution lexicale, fin d’un type d’archive, mort d’un acteur.
* Il a été aussi bcp question de la validité de nos approches statistiques : plusieurs évoquées, quelle valeur a les stats que l’on a présenté ...
* On a aussi plusieurs fois évoqué la question des discours qui disent la fin de quelque chose et de la médiatisation de la fin de ses phénomènes / comment ils sont apparus.
* **2e item : Comment on qualifie la fin d’un phénomène ?**
* Certains parlent de reflux, déclin, effondrement …
* En fonction de l’objet sur lequel on travail, la fin n’est pas nommée de la même manière. Il y a donc là quelque chose d’important qui nécessitera de préciser les rythmes de cette disparition, en étant attentifs aux décalages entre les sources de la prescription (« il faut que ça s’arrête ») et les sources des faits / des pratiques (quand ça s’arrête effectivement).
* Il faut prendre en compte les différents modes d’enregistrement des disparitions proclamées et effectives
* Travailler à la chronologie de la fin d’un phénomène, mais travailler aussi à la géographie de la fin d’un phénomène. Elle ne se déroule pas de la même manière dans les régions, les pays (disparition et continuité au même moment selon les territoires) = élément important à prendre en compte.
* **3e item : Une fin peut-elle vraiment être déterminée ?**
* Ça a suscité bcp de questionnements et d’échanges dans les précédentes séances du séminaire
* On a parlé de « fausse fin », de « non fin », de « résurgence », … mais aussi de différenciation des pratiques selon les sexes/milieux sociaux 🡪 ça appelle à faire une typologie des fins et des non fins, avec parfois des pratiques-objets qui sont dominants et peuvent devenir résiduels
* **4e item : À quoi bon travailler sur la fin des phénomènes, ça sert à quoi, ça peut apporter quoi en termes d’histoire ?**
* On peut s’en servir pour découvrir des changements de paradigmes médicaux 🡪 la fin de qqch peut être un indice d’un paradigme social ou médical qui s’étiole, se dégrade, change… Ça peut être un élément d’une histoire plus large des évolutions techniques dans le champ médical (*cf. l’intervention de Corinne Doria sur la cataracte, enregistrée et retranscrite à la fin du CR*), la fin d’une pratique ou d’un objet comme conséquence d’une évolution technique
* Un concept, une maladie, un objet peut changer de statut dans le savoir médical 🡪 travailler sur évolution des représentations du corps
* **5e item : Comment la fin se produit-elle ? qui agit ? quels sont les facteurs de déclin ?**
* On a énormément d’exemples : raisons économiques, raison d’efficacité (à historiciser), une question de représentation (l’acceptation ou non-acceptation de la douleur), questions éthiques, les effets des transformations des pratiques médicales… Les patients jouent-ils un rôle là-dedans ?
* Remarque de Kylian Godde (doctorant travaillant sur la fin des dispositifs de lutte contre la tuberculose) : il souligne un lien assez fort entre le 2e et 3e point. La manière dont on qualifie la fin d’un phénomène résout en partie la raison de la détermination de la fin, il est intéressant d’étudier la fin telle qu’elle a été vécue par les acteurs car selon les acteurs, vivre la fin de qqch renvoie à un autre rapport au monde. Cela suscite une réflexion sur la subjectivité des acteurs face à des pratiques ou un mode de prise en charge.
	+ Dans le cas de la tuberculose, les acteurs pensent qu’ils vivent la fin de leur monde, donc pose la question de la manière dont on va expliquer la fin de la tuberculose.
	+ Vivre la fin de qqch 🡪 comment penser/vivre la fin de qqch, sur la manière de suivre les acteurs il y a des manières de qualifier la fin

**Présentation des études de cas – discussion collective**

* **Mathis Lorenzo : la fin des kermesses en psychiatrie**
* Mathis Lorenzo : doctorant en thèse depuis 2022 « La psychanalyse entre les murs. Histoire des savoirs et des pratiques psychanalytiques en institution psychiatrique en France (1945 1990) » sous la direction d’Hervé Guillemain, LMU
* Les kermesses en établissements psychiatriques se multiplient après 1945 dans un contexte de réforme sous l’influence de la nouvelle et jeune psychiatrie réformatrice appelée la « psychothérapie institutionnelle ». Ces psychiatres cherchent à sortir du modèle asilaire et mettre en place nouvelles techniques thérapeutiques 🡪 mise en place notamment de techniques ergothérapiques
* Ces kermesses peuvent prendre la forme d’immenses fêtes, bals, tombola, rallye …
* Clubs/associations de patients avec un budget pour la mise en place des kermesses
* Les pratiques de la psychiatrie institutionnelle s’inscrivent aussi dans des traditions culturelles & religieuses (Le Mans, St Alban)
* Vues comme un outil thérapeutique, aux yeux des psychiatres réformateurs, les kermesses ont pour but :

1) de former un projet collectif pour les patients, pris en charge par les clubs thérapeutiques (support des activités), mais aussi de permettre de structurer, de renforcer une forme de communauté entre soignés et soignants

 2) Remettre en question la distinction entre le pathologique et le normal, dé-ségréguer, déstigmatiser la folie (cela passe par l’ouverture des kermesses au grand public à l’intérieur ou à l’extérieur des institutions, on invite les familles des patients ou on favorise la sortie des patients)

* Disparition des kermesses dans les archives dans les années 1970-1980
* Question de la fin des kermesses aussi dans la mémoire des acteurs, elle se retrouve dans leurs témoignages
* Les kermesses perdurent sous des formes réduites dans les années 1970
* Étudier cette fin met en lumière ce qui a permis la conservation des kermesses pendant 30 ans, elle illustre un changement global dans la prise en charge des patients en psychiatrie dans les années 1970-1990 avec l’application de la politique de secteurs psychiatriques (sectorisation votée en 1965 mais entrée tardive en application, cela crée des secteurs psychiatriques avec réseau d’institutions et de prise en charge diverses sur un territoire donné, se traduisant par une déshospitalisation) et la transformation du financement des hôpitaux psychiatriques🡪 Cette baisse de la centralité de l’hôpital explique une réduction des possibilités d’investissement & transformation du financement administratif et budgétaire des hôpitaux psy (contexte de rationalisation budgétaire globale dans la gestion des HP se traduisant par une baisse de financements des HP qui conduit à une baisse du financement des kermesses).

**Remarques – discussion :**

- Kylian Godde : Les éléments sur la baisse du financement des HP sont-ils comparables avec le reste de la France ?

* Réponse de Mathis : Pourquoi ça perdure ? À la Borde, de grosses kermesses sont organisées entre 1960 et 1970, elles rassemblent env. 4000 personnes, les archives n’en montrent pas l’organisation, c’est seulement via les problèmes qu’on peut voir les conditions de la tenue de ces évènements. Pour l’instant pas de comparaison. Juste étude des archives des clubs thérapeutiques de St Alban et de la Borde et notamment archives financières/budgétaires. Les difficultés émergent dans les archives lorsque l'investissement en termes d'organisation ou de financement est insuffisant. Il observe qu’on a de moins en moins de financement dans les kermesses après 1970.

- Cécile Charlap : parallèle avec le Bal de la Salpêtrière et l’articulation entre genre et festivité 🡪 est-il possible de noter une distribution en termes de sexe et d’âge dans la population des kermesses, et ainsi se demander si la disparition des kermesses mettrait à mal une catégorie particulière de patients ?

* Réponse Mathis : On retrouve une répartition genrée des activités des patients qui participent aux kermesses, surtout une distribution passant par des stands genrés. Sur la question de l’âge, c’est plus difficile à avoir. Il faudrait retrouver les dossiers de patients de chaque personne. Il ne pense pas que la fin des kermesses touche une partie de la population : l’ensemble de la population de l’HP est mobilisé, donc ressemble à la répartition des sexes dans l’HP de manière générale.

- Cyprien Anrochte : Remarque sur changement de paradigme soignant 🡪 St Alban et La Borde font office de cas spécifiques dans la psychiatrie, grandes places institutionnelles. Il s’interroge sur le fait que parmi les facteurs explicatifs il y aurait une question du paradigme institutionnelle, de la place du soin dans la psychiatrie et des relations patients/soignants.

* Réponse Mathis : Il a aussi travaillé avec les archives des kermesses du Mans. Parmi les changements dus à la sectorisation, il y avait aussi effectivement la question des changements de paradigmes. Les kermesses sont vues comme moins importantes dans le processus de soin. À La Borde, toute l’année est consacré à la préparation de la kermesse de l’année suivante. Donc ça joue aussi.

- Hervé Guillemain : sujet qui est lié à la question de la disparition d’une forme de soin. Est-ce que pour comprendre le déclin de ces formes de thérapies il ne faut pas aussi s’intéresser à la disparition ? Ces grandes kermesses disparaissent mais continuent dans d’autres champs institutionnels (les écoles par exemple). Ça peut être intéressant de s’intéresser aussi à ce qui pèse dans la disparition de ces kermesses, au-delà du cadre psy. Il y a un lien entre le déclin des kermesses et le déclin de formes de sociabilité religieuses dans les années 1970-80 ; aussi traditions villageoises-locales

* Réponse Mathis : Oui tout à fait. Il constate la mise en relation la fin de la kermesse de St Alban à la fin de la vie villageoise car l’HP est très central dans le village, le déclin de leur fête votive (du st patron) est parallèle au déclin de la kermesse
* **Cyprien Anrochte : la disparition de l’hystérie des manuels diagnostics (DSM et CIM). Le point de vue du soignant**
* Cyprien Anrochte : psychologue en pédopsychiatrie, avant infirmier en psychiatrie adulte pdt 20 ans
* Il s’intéresse à la place de l’hystérie dans la clinique psychiatrique et celle qu’elle occupe dans les manuels diagnostics, questionnement de clinicien : l’hystérie on ne la voit plus dans les manuels diagnostics, qq traces psychanalytiques parfois, pourtant ça reste un terme très employé entre cliniciens et dans la représentation plus large de professionnels de santé / Hystérie encore très présente dans la psy anglo-saxonne.
* Travail basé sur le DSM (CIM, *Classification internationale des maladies*, laissé de côté) : le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) est référence qui compte dans la psychiatrie actuelle sur un siècle avec 5 versions (révisions régulières sous forme de groupe de travail, interroge comment on construit des diagnostics en psychiatre, enjeux d’influence et groupes de patients)
	+ DSM-I (1952) : référence aux psychonévrotiques
	+ DSM-II (1968) où la névrohystérie parait actée avec « névrose hystérique » de types dissociative ou conversive
	+ DSM-III (1980) : « trouble somatoforme » avec troubles conversifs
	+ Grand changement avec DSM-IV (1994) : plus de notion de référence à l’hystérie
	+ Dernière version DSM-V (2013) avec « conversif » / trouble de la conversion (derniers restes de l’hystérie) et « troubles neurologiques fonctionnels »
* Les questionnements actuels quant à l’abandon / la disparition du terme d’hystérie :
	+ Est-ce une évolution de la clinique ? 🡪 Consensus global pour dire que oui. Hypothèse que les symptomatologies psy se sont inscrites dans un contexte social qui change, influençant ainsi l'expression de la souffrance psychique du sujet.
	+ 2e hypothèse : la pathologie est en mouvement du fait de la production/découverte scientifique 🡪 l’hystérie a tjrs été qqch qui échappe à la compréhension du psychiatre (diagnostic tiroir quand on ne savait pas quoi mettre comme diagnostic). Dès qu'un nouveau diagnostic est établi par le psychiatre, le patient peut modifier son comportement pour éviter d'entrer dans la catégorie diagnostique préétablie. Notre manière de concevoir les manuels diagnostiques soulève des interrogations = un patient peut avoir l'impression de sur-jouer ses symptômes.
* Pourquoi parle-t-on encore de l’hystérie dans les pratiques cliniques ?
	+ Question du contact avec le patient & question de sa Théâtralisation (le patient qui sur-joue ses symptômes. Pourrait venir brouiller les diagnostiques)
	+ Question éthique : est-ce que c’est possible que l’on puisse admettre qu’un patient ait ce genre de symptômes ?
* Ouverture : Quels sont les risques qu’il pourrait y avoir dans l’effacement de l’hystérie ?
	+ Question du genre, des troubles borderline (diagnostic majoritairement féminin), on retrouve des choses symétriques (q° du clivage, du trauma, du contre-transfert des soignants sur ces diagnostics « repoussoirs »), trouble de la personnalité échappe à la psychiatrie médicale (pas de traitement) comme l’hystérie auparavant
	+ Risque d’effacement d’une partie de la patientèle, notamment les femmes. Crainte également d’une perte de la valeur du patient, qui entraine chez eux un rejet des soignants.
	+ La question du bénéfice secondaire (relationnel), est difficile à nommer dans les DSM actuels. Peut-on nommer ces bénéfices secondaires liés aux symptômes ?
	+ Est-ce qu’on est face à un risque de répétition du passé avec perte de la parole du patient ?

**Remarques – discussion :**

- Question Cécile Charlap : l’hystérie est-elle associée à certains âges ou événements de vie, comme la ménopause ? 🡪 Recherches de C. Charlap sur la ménopause, qui n’échappe pas à la psychiatrisation des femmes

* A priori, pas de trace de la question de l’effacement de l’hystérie dans les archives féministes, alors que Cyprien s’attendait à ce qu’il y en ait.

- QUestion d’Hervé Guillemain : l’hystérie est-elle un cas unique ou existe-t-il d’autres diagnostics survivant comme celle-ci, d’autre formes de diagnostiques qui, tout en étant proclamé abolis, se maintiennent sous une autre forme, qui sont toujours utilisées dans les pratiques ?

* Cyprien ne sait pas vraiment, ne pense pas que l’hystérie soit la seule. Il croit que la question de l’éthique du patient est majeure à ce sujet. L’hystérie est un terme qui a une connotation négative, et renvoie à une certaine dégradation du patient.
* **Lluís** **Coromina Verdaguer (Barcelone) : Les lieux de mémoire de la santé. Réflexions à partir de l’historiographie socioculturelle**
* Doctorant en histoire contemporaine Universitat de Girona <https://www.udg.edu/ca/directori/pagina-personal?ID=177373>
* Thèse : Les lieux de mémoire médicaux et pharmaceutiques dans l’Espagne contemporaine
* Question de mémoire et de patrimoine sont de premiers plans depuis plusieurs années
* Musée, plaques, ... 🡪 Les lieux de mémoires sont une représentation permanente de certains évènements passés.
* Les questions de mémoires soulèvent aussi une question méthodologique 🡪 Réflexion sur l'histoire des lieux de mémoire de la santé. Il s'agit de poser des questions : quoi, quand, comment, au nom de quoi, etc.
* Historiographique socioculturelle
	+ Historiographie des lieux de mémoire
	+ Application dans l’historiographie de la santé
* Lieux de mémoire et identités (nationales)
	+ Mémoire : premier plan au niveau national
	+ Lieux de mémoire comme objet d’analyse
	+ Méthodologie analytique :
		- Déconstruire les identités politiques manifestées dans les lieux de mémoire
		- Historiographie des nations et des nationalismes
		- Recentrer le concept d’origine et de lui donner une nouvelle dimension
	+ Toute identité collective est construite
* Création d’identités médicales et pharmaceutiques
	+ Création de l’identité médicale et de l’identité pharmaceutique dans l’Espagne contemporaine à travers les lieux de mémoire
		- Le culte post-mortem du Dr Bartolomé Robert y Yarzabal
		- La création de l’espace muséal de la pharmacie de Llivia (1981) 🡪 patrimoine de l’époque moderne & contemporaine, mythes réfutés par la science

**Remarques – discussion :**

- Hervé Guillemain : thématique pas encore abordée dans le cadre de notre séminaire mais très intéressant pour notre travail collectif 🡪 comment prendre en compte la patrimonialisation-muséification de la mémoire ? Qu’est-ce que ça dit de l’histoire d’un objet, d’une profession ? 🡪 Questions de la muséification, de la patrimonialisation et de la mémoire (plaques commémoratives, stèles, musées médicaux) … ont toute leur place dans notre projet

- Kilian Godde : Il est intéressant de s’interroger sur la manière dont la patrimonialisation attend la fin d’un phénomène pour opérer, et dans quelle mesure ? Est-ce que la patrimonialisation est un témoignage de la fin ou acte-t-elle la fin ? Dans quelle mesure la patrimonialisation attend-elle systématiquement la fin d'un phénomène/acteur pour opérer ? Opère-t-elle seulement après la mort d’une figure ? La patrimonialisation vient-elle toujours acter la fin ? Sinon, à partir de quand se met-elle en place ? dans quelles circonstances ? 🡪 Parallèle avec la conservation du corps de Lénine <https://www.jstor.org/stable/10.1525/rep.2015.129.1.116> /

* **Corinne Doria : La fin de l’accouchement/abaissement de la cataracte (retranscription de la présentation enregistrée du fait de soucis de connexion lors du 2e séminaire)**

 Cette communication porte sur la fin de l'abaissement de la cataracte et sur une pratique médicale qui a connu plusieurs fins liées à l'introduction de nouvelles pratiques chirurgicales mais aussi liées à des facteurs extérieurs à l'évolution de la technique médicale.

 La cataracte est une opacification du cristallin qui entre en déficience visuelle. Le cristallin qui d'habitude est transparent, peut, à cause de certaines circonstances s'opacifier et empêcher ainsi la vision nette. La cause la plus fréquente, c'est le vieillissement. Mais d'autres causes peuvent entraîner la même pathologie, notamment une myopie forte, un traumatisme ou des séquelles à la suite, d'interventions chirurgicales aux yeux.

 Le traitement de la cataracte aujourd'hui est la chirurgie, l'extraction du cristallin qui est le cristallin opacifié, est extrait de l'œil et remplacé par un cristal artificiel, un implant intraoculaire qui permet aux patients de récupérer une vision, une vision normale. Dans le cadre de la médecine hippocratique, la cataracte était expliquée comme provoquée par la descente d'une humeur du cerveau vers les yeux et liée notamment à un manque d’équilibre au niveau du flegme, un excès du flegme était à l'origine de cette pathologie. Le traitement n'impliquait pas en 1e lieu un traitement chirurgical, le régime était couramment prescrit comme traitement de cette condition, mais il y avait aussi d'autres pratiques telles que la saignée et aussi la chirurgie, la chirurgie qui était qui était appliquée à l'époque s'appelait l’abaissement de la cataracte.

 L’abaissement de la cataracte est donc une pratique assez ancienne, dont les premières sources, les sources les plus anciennes qu'on a à disposition, qui décrivent cette procédure datent du VIIIe siècle av. J-C. Cette procédure consiste dans la poussée du cristallin opacifié à l'intérieur de l'œil, avec un instrument aigu en bois ou en métal. Le cristallin opacifié est poussé à l'intérieur du corps vitré. C'est une procédure qui est dite réussite, lorsqu’après l'intervention, les patients récupèrent une perception visuelle, ce qui ne veut pas dire une vision normale. On considère l'opération réussite, tout simplement si le patient peut voir quelque chose. Le fait est que c'est une opération qui, même en cas de réussite, ne permet pas la restauration d'une vision normale. La vision demeure même en cas de réussite de l’opération très mauvaise. Et c'est aussi une opération à la suite de laquelle il est très commun d’avoir la manifestation de complications, d'infection évidemment, mais aussi la remontée du cristallin, c'est quelque chose qui peut se produire assez fréquemment. Le cristallin qui est déplacé à l'intérieur de l'œil revient dans sa position originaire et même des conditions plus graves telles que l'atrophie optique.

 L'abaissement de la cataracte a été depuis l'Antiquité et pendant toute l'époque moderne, la procédure standard pour traiter cette condition. À l'époque moderne, elle était pratiquée surtout par des chirurgiens ou par des « oculistes » itinérants (qui n’est pas une profession encadrée). On a affaire avec des spécialistes d’une certaine pratique médicale qui n'était pas reconnue par la médecine officielle.

 🡪 Illustration du chevalier John Taylor, probablement un des oculistes les plus célèbres de son époque. La renommée d'un chirurgien ou d'un oculiste n'allait pas avec le taux de réussite de l'opération de la cataracte, dans le sens que d'habitude, les gens qui choisissaient de se faire opérer de la cataracte choisissaient le chirurgien ou l’oculiste en raison de la renommée de celui-ci. Ce qui veut dire que les oculistes et les chirurgiens prenaient vraiment soin à médiatiser leur personne, leur figure professionnelle et à utiliser sans scrupules la presse ou d'autres moyens pour construire et diffuser leur renommée et ainsi s'assurer une clientèle.

 Un tournant dans le cadre de la chirurgie de la cataracte est considéré d'une façon assez unanime par les historiens de la médecine, comme le travail de Jacques Daviel (1693-1762), chirurgien français qui, dans la maturité de sa vie, se spécialise dans la chirurgie oculaire. Il essaie une nouvelle méthode pour opérer la cataracte. Dans sa vie professionnelle, il avait l'habitude d'opérer avec la méthode traditionnelle de l’abaissement de la cataracte, mais en 1747, il teste une nouvelle technique qui consiste, dans l'extraction du cristallin : à la place, de pousser le cristallin opacifié à l'intérieur de l'œil du patient, il l'extrait avec une série d'emplacements chirurgicaux et enlève cette partie de l’organe oculaire qui n'était plus performante.

 Quelle est la différence entre l’extraction et l’abaissement en termes de technique et en termes d’avantages ou de désavantages ? Le taux de réussite de l'extraction de la cataracte est plus haut, mais dans le sens que les patients développent moins de complications par rapport à l’abaissement, mais le risque de complications demeure. On est à une époque où il n'y a pas d'anesthésie, donc c'est compliqué de de réussir à exécuter une opération pareille. Il n'y a pas d'asepsie, donc le risque d'infection demeure très haut. Et il s'agit aussi d'une opération plus longue et plus compliquée, qui nécessite une dextérité de la part du chirurgien plus élevée par rapport à l’abaissement de de la cataracte. Et même si les taux de réussite sont plus hauts face aux cas d’infection et de complications (moins nombreuses), la qualité de la perception visuelle du patient demeure mauvaise. Il ne s'agit pas à cette époque-là d'une amélioration au niveau de la technique chirurgicale qui amène une révolution dans cette pratique. C’est une technique qui est meilleure par rapport à celle traditionnelle par certains côtés, mais qui comporte plusieurs difficultés.

 La première fin de l'abaissement de la cataracte s'est produit à l'époque de Jacques Daviel. Une querelle, à l'époque où Jacques Daviel introduit cette nouvelle technique chirurgicale, a lieu parmi les chirurgiens qui débattent sur la meilleure méthode pour traiter cette pathologie. C'est finalement l’extraction de la cataracte, la méthode de Daviel, qui a le plus de popularité parmi les chirurgiens (pas les oculistes itinéraires mais les chirurgiens officiels). Et cela, c'est surtout grâce à la renommée de Jacques Daviel qui était l’oculiste du roi Louis XV, grâce au battage médiatique et à la capacité de Daviel qui montre une habileté assez extraordinaire de populariser sa nouvelle méthode auprès dans la presse officielle médicale, mais aussi dans la presse généraliste et auprès de ses collègues. Donc dans ce cas, la première fin de l’abaissement de la cataracte s'est produite surtout grâce à des facteurs qui sont extérieurs à l'efficacité de la pratique.

 Une deuxième fin de l’abaissement de la cataracte s'est produit plus loin dans le temps, à la fin du XIXe siècle avec l'introduction de l’asepsie et avec l'attribution de l'anesthésie locale pour l'opération des yeux ; on découvre qu’une solution d’eau et de cocaïne permet d’anesthésier l'organe au niveau local et d’assurer que l'organe est mobile pendant l'opération. Cela permet d'augmenter d'une façon considérable le taux de réussite de l’opération et de diminuer d'une façon aussi considérable les complications. Mais c'est surtout dans la seconde moitié du XXe siècle qu’avec l'introduction du microscope opératoire, d'une nouvelle technique nommée phaco-émulsification qui permet de pratiquement de dissoudre le cristallin opacifié et de l'extraire de l’œil du patient d'une façon beaucoup plus efficace, et surtout avec le développement des implants intraoculaires. Avec des cristallins artificiels, il est possible de non seulement s'assurer que les patients ne développent pas de complications, mais aussi de s'assurer que les patients récupèrent une activité visuelle normale, donc une activité visuelle qui permet aux patients de conduire une vie normale, de travailler, de lire, de profiter, d'avoir une vie sociale. Dans le cadre des techniques précédentes, l’abaissement et l’extraction, la qualité visuelle des patients demeurait gravement insuffisante après opération.

 On attend toujours une troisième fin de l'avancement de la cataracte. Pourquoi ? Parce que la technique est toujours utilisée dans certaines parties du monde, notamment dans l'Afrique subsaharienne. Elle est la technique de choix de la majorité des patients. Et cela, ce n'est pas seulement parce qu’il arrive que dans cette partie du monde des cliniques ophtalmologiques ne soient pas suffisamment diffusées, mais c'est un phénomène qui se produit aussi dans les cas où il y a des hôpitaux qui proposent ces opérations de l'extraction a un coût qui n’est pas exorbitant. Donc le prix d'une opération d'extraction est le même à peu près que l'on paie un chirurgien ou un guérisseur traditionnel qui peut opérer un patient avec la technique de l’abaissement, en dépit de la disponibilité de l'opération modernen avec toute la sécurité qu’une opération avec anesthésie et asepsie peut assurer, en dépit aussi de l'égalité des prix : la plupart des locaux préfèrent s'adresser à un guérisseur itinérant. Cela a à faire avec en général un manque de confiance dans la chirurgie occidentale, une plus grande confiance en la médecine traditionnelle et dans la renommée d'un guérisseur local par rapport à la renommée d'un chirurgien ou d'un hôpital.

 Donc le cas de la fin de l'abaissement de la cataracte, l'étude revêt un intérêt (historiographique) parce qu’elle permet d’interroger le poids de l'efficacité de l'introduction d'une pratique médicale chirurgicale plus efficace, qui a permet d'obtenir des résultats meilleurs par rapport à la pratique ancienne, et à la fois le poids de facteurs sociaux et culturels, donc extérieurs aux facteurs scientifiques et médicaux, dans la détermination de la fin d'une pratique médicale.

🡪 S’il y a des questions à poser à Corinne Doria, message à faire passer à Hervé Guillemain & l’équipe DicoPolHiS