**Compte-rendu de la 4e séance du séminaire (4 juin 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, Nicolas Truffinet, Ikrame Moucharik, Armance Prince, Lluís Coromina Verdaguer, Cyprien Anrochte, Nicolas Sueur, Alexandre Charles Wenger, Guillaume Linte, Elsie Mégret, Corinne Doria, Sylvain Villaret, Lara Pennec

🡪 Le fonctionnement du séminaire change à partir de cette 4e séance, l’équipe se réduit aux participant.e.s du livre collectif pour faire un premier atelier de travail.

**Programme de la séance :**

* Réflexion collective sur la forme du livre (les divers types de contributions, les catégories travaillées, les approches défendues ; un rappel de la typologie des approches a été proposé lors du 3e séminaire dont le CR est avec les autres sur le site [https://dicopolhis.univ-lemans.fr/fr/dicopolhis-recherche/reecrire-l-histoire-de-la-sante-du-point-de-vue-de-la-fin-de-ses-objets-xixe-xxie-siecles.html)](https://dicopolhis.univ-lemans.fr/fr/dicopolhis-recherche/reecrire-l-histoire-de-la-sante-du-point-de-vue-de-la-fin-de-ses-objets-xixe-xxie-siecles.html%29)
* Élaboration d'un calendrier de travail et d'une méthode (notamment pour les textes collectifs
* Discussion autour de notre mode d’organisation et de possibles financements pour une rencontre en présentiel

**Introduction de la séance :**

Il y a déjà des auteurs voulant écrire ensemble, chacun a évolué depuis le 1e séminaire donc important de repréciser les choses

1. **Présentation des études de cas / réflexions**

1e partie de la séance : présentations individuelles des contributions (sujet, type d'approche, modalité de contribution). Il est important que chacun.e puisse représenter à ce stade devant l'équipe l'objet de sa contribution

* Francesca Arena, Alexandre Charles Wenger et Guillaume Linte (université de Genève) : la fin de la syphilis

- Proposition à 3 sur les multiples fins de la syphilis avec 3 exemples différents dans un même article

- Alexandre Charles Wenger : ils travaillent ensemble à Genève et ont identifié 3 fins, qui sont des « **non-fins »** de la syphilis. Il s’agit de présenter une fausse stabilité de sa dénomination du XVIIIe siècle à aujourd'hui. On peut observer plusieurs fluctuations à des niveaux différents 🡪 Francesca Arena pour la fin du XVIIIe-début XIXe s., Guillaume Linte pour le début du XXe s., Charles Alexandre Wenger pour le milieu du XXe s.

- Ils proposent 3 études de cas brèves sur ces 3 moments, il ne s’agit pas de proposer une histoire de la syphilis, elles valent davantage par **l’apport méthodologique** que l’étude de cas en soi, l’objectif pour chacun est de proposer une réflexion sur une façon de concevoir le début et la fin (le cycle de vie) d'une maladie. Ils ne proposent pas une histoire de la syphilis, ce n'est pas un arc historiographique.

- 1er cas – Guillaume Linte : dans ce triptyque d’exemple, il propose une étude sur la « syphilis exotique » (forme de syphilis inventée au début XXe s. par des dermato-vénérologues en Extrême Orient, ils fondent au début du XXe s. une chaire de pathologie et dermatologie tropicale. Cette forme de syphilis est sensée se distinguer de la syphilis des Européens et ne toucher que les populations colonisées, elle est conçue comme une forme moins grave pour les colonisées (cela a des conséquences : non-investissement dans la prévention dans les colonies, engagement limité dans les traitements médicaux dans le contexte colonial et racial). Il veut s’intéresser au moment de **déconstruction** de cette idée, de la catégorie nosologique de la syphilis au milieu des années 1930-1940. La syphilis est conçue comme une maladie dermatologique chez les populations colonisées (glissement de la maladie de la vénérologie à la dermatologie) dans un contexte de développement de l’OMS, de la conception de la maladie et de la santé mentale **🡪 Étude de cas autour du racisme médical, s’intégrant dans les études postcoloniales**

- 2e cas – Francesca Arena : en travaillant sur son corpus sur les pollutions nocturnes, elle a trouvé une drôle de façon de considérer les pollutions nocturnes (évacuations de l’urètre). La « **gonorrhée syphilitique »** est à la fois une sous-classe des gonorrhées et une autre manière de penser les produits de l’urètre. Il s’agit de réfléchir pourquoi cette définition disparaît par la suite, définition pourtant encore utilisée fin XVIIIe –début XIXe s. bien que sa nosologie évolue, il y a une transformation importante des produits de l’urètre car la physiologie masculine connaît de nombreux changements dans cette période. L’approche est centrée sur la naissance d’une nouvelle physiologie masculine fin XVIIIe s.- début XIXe s., à travers l’étude d’un corpus de textes médicaux et de contributions autour des théories et controverses médicales **🡪 Étude de cas liée aux études de genre, à la construction des masculinités**

- 3e cas – Alexandre Charles Wenger : étude centrée sur l’épistémologie à la moitié du XXe s., étude sur l’éradication de la maladie telle que la notion d’éradication est définie par l’OMS, en observant les conséquences de l’arrivée de la pénicilline fin WW2 dans le traitement de la syphilis. On arrête de compter les cas de syphilis, on « **démobilise**» (Fin des dispensaires, de la prophylaxie sociale, des infirmières visiteuses), la pénicilline présentée comme un « médicament miracle » contre la syphilis permet pourtant à la maladie de continuer d’exister

La notion d’éradication de l’OMS ne marche pas (elle sous-entend un avant et un après) : il y a un **étiolement**, faisant croire à la fin de qqch alors qu’on regarde ailleurs 🡪 **Étude de cas centrée sur l’épistémologie et la notion d'éradication de la maladie**

→ Ces trois fins sont des longues fins.

* Ikrame Moucharik : Le Speculum Oris

- Elle travaille sur un objet, un instrument, pour forcer l’ouverture des bouches (notamment utilisé durant la traite négrière). Ikrame est dentiste et ne connaissait pas cet instrument



- Sources : catalogues médicaux de la Maison Mathieu (notamment ceux de 1867, 1889, 1912) et de la Maison Charrière pour voir à quel moment on a un changement et des traités d’instrument de chirurgie (comme *L’art du coutelier,* Jean-Jacques Perret, 1772 : Perret est à la fois obstétricien et chirurgien de la gorge, son Spéculum Oris est l’ancêtre du laryngoscope, qui sert à éclairer la gorge plus qu’à ouvrir/forcer l’ouverture de la bouche)

- Elle observe une grande place occupée par le Spéculum Oris dans les manuels du XVIIIe s. mais les chirurgiens mettaient déjà en garde sur l’usage de ces instruments « pernicieux » pouvant provoquer des déchirures/fractures, qui étaient comparés à des tenailles

- Deux utilisations du Spéculum Oris : forcer l'ouverture des bouches ou alors pour un effet miroir.

- 1e moitié XIXe s. : le Spéculum Oris est considéré comme un instrument désuet et inutile dans de nombreux ouvrages, la pratique de forcer l’ouverture des bouches persiste pourtant à la même époque dans les asiles, les prisons (et même bien après : les suffragettes anglaises sont gavées de force au début XXe s., la technique est d’ailleurs utilisée aujourd’hui dans certaines prisons comme Guantanamo) **🡪 Décalage entre les discours médicaux décrivant une « fin annoncée » et la réalité des pratiques**

- Changement de dénomination fin XIXe s. alors que l'objet existe toujours : le Speculum Oris laisse la place à l’ouvre-bouche très utilisé en anesthésie à la fin du XIXe s. pour empêcher l’étouffement, objet utilisé aussi comme miroir dentaire, moins violent pour voir l’intérieur de la bouche

- Instrument « ouvre-bouche dilatateur » Mathieu

- Même changement de dénomination observé dans des catalogues anglais de la même période

 🡪 Comment rendre visible ce changement de dénomination ?



- Hypothèse : la fin de la dénomination pourrait être liée à la mémoire de l’esclavage. On retrouve le Speculum Oris dans les musées de la traite transatlantique, il faisait partie du musée dès le début du XIXe s. 🡪 l’abolitionniste Thomas Clarkson avait un coffret de campagne avec des objets de torture utilisés sur les esclaves, dont le Speculum Oris, qu’il présentait lors de ses voyages et conférences = musée itinérant du XIXe s.

- Le Speculum Oris serait associé aux violences subies par les esclaves, les femmes, les enfants arriérés, les prisonniers politiques, les aliénés et les animaux de laboratoire 🡪 bouche comme lieu de résistance à mater

- Réflexion sur la fin de la dénomination d’un objet révélant qqch sur l’histoire : il a été un des outils d'un régime disciplinaire violent. L’hypothèse est que le changement de dénomination permettrait de faire la distinction entre objet de torture / objet médical

*- Remarque d’Alexandre Charles Wenger* : Aujourd'hui c'est un objet de torture utilisé par les médecins ? Non, le changement de dénomination permet de faire la différence entre un objet de torture et un objet médicale.

🡪 *Suggestion d’Alexandre Charles Wenger*: il existe des publicités de procédés de dentisterie sous forme de poèmes vantant la beauté de l’intérieur de la bouche, à l’opposé de l’utilisation du Speculum Oris, ces dentistes mettaient en relation le fait de soigner la bouche avec le bien-parlé

* Mathis Lorenzo : La fin des kermesses

- Contribution sur les fêtes dans les établissements psychiatriques (moment d’ouverture de l’espace clos de l’hôpital psychiatrique sur l’extérieur) se développant après 1945, réduites ensuite à des formes restreintes à partir des années 1980 🡪 il s’agit d’identifier les facteurs de déclin et d’étudier ce que nous dit la fin des kermesses sur les évolutions historiques de la psychiatrie et des paradigmes médicaux

- Les kermesses sont un indice de compréhension du mode de prise en charge des patients psy dans les années 1980

- Archives conséquentes dans les établissements psychiatriques car ces événements avaient pour but d’être visibles et étaient très importants pour toutes les personnes gravitant autour de l’HP. Ces événements structurent la vie des établissements (bcp d’écrits conservés comme des notes de travail, des budgets permettant de voir le déclin des kermesses, en plus des autres archives : photos, vidéos)

- Archives principales au Mans et HP St Alban (cas particulier)

- Question des témoignages oraux car ces kermesses marquent les personnes-témoins (malades, soignant.e.s, proches)

🡪 Objet de l’étude de la fin des kermesses : interroger la chronologie de l’histoire psychiatrie du XXe s.

🡪 Cela pourrait s’inscrire dans une autre contribution interrogeant cette chronologie

* Armance Prince : la fin des officiers de santé

- Son sujet de mémoire de Master 2, terminé cette année, porte sur la fin des officiers de santé (profession supprimée en 1892 par texte de loi)

- Il s’agit de découper cette fin en 2 parties :

- histoire de cette disparition, du pourquoi, du contexte, comment s’est passée sa suppression ?

- comment la fin des officiers de santé a influencé les paysages médicaux, notamment les déserts médicaux ?

🡪 Ici on a une **vraie fin datée et marquée par la loi**, mais ce n’est pas si clair que ça car certains ont continué pendant 30-40 ans après cette fin

* Lluís Coromina Verdaguer : Funérailles et lieux de mémoire des médecins

- Bartolomé Robert y Yarzabal : médecin et homme politique espagnol dont la dépouille a été déplacée après sa mort

- Hiérarchisation des identités médicales et politiques : il a été doyen de la faculté de médecine de Madrid, recteur de l’université centrale de Madrid, spécialiste en toxicologie s’étant formé pendant une période d’exil en France, homme politique libéral, ministre, gouverneur de Madrid 🡪 Approche de l’histoire socio-culturelle : à partir de la mort d’un acteur, il s’agit d’analyser la mémoire posthume de celui-ci

*🡪 Remarque d’Hervé Guillemain*: intéressant d’étudier la mémoire professionnelle en travaillant sur la mort des acteurs ; autre contribution possible qu’on pourrait croiser, notamment celle de Sylvain Villaret et Léo Bernard sur la disparition des médecins naturistes 🡪 on aura un volet sur les acteurs

* Victoria Afanasyeva et Nicolas Truffinet autour de la fin des acteurs du mouvement antialcoolique

- Ils travaillent sur le mouvement antialcoolique en France, pour le projet MALCOF (réalisation d’une cartographie des sections locales antialcooliques du début XXe s., à partir de la presse antialcoolique) : proposition de contribution sur la fin des sections antialcooliques (il y en a 6000 à la fin du XIXe-début XXe s.) 🡪 le quand, comment, pourquoi, quelles raisons ?

- Proposition en 3 points :

- Histoire de ces sections antialcooliques

- Dimension locale couplée à fin des associations nationales (on sait qu’elles disparaissent mais pas pourquoi)

- 3e point méthodologique : hypothèse à travailler avec une analyse factorielle en prenant les éditoriaux publiés par les associations et sections antialcoolique 🡪 il s’agit d’en faire l’analyse textuelle et d’introduire un facteur (durée de vie d’une section : sa fin serait-elle conditionnée par qqch au début ?)

*🡪 Remarque d’Hervé Guillemain*: faire l’analyse factorielle est très ambitieux en termes de méthodologie

🡪 Sur les acteurs on a pas mal de propositions : on sait qu’ils disparaissent mais ils sont moins loquaces, dans le milieu associatif les traces sont ténues

* Corinne Doria, fin de l’abaissement de la cataracte

- Étude de la fin d’une pratique chirurgicale existant depuis l’Antiquité, mise en question au XVIIIe s. (face à la nouvelle pratique extraction du cristallin)

- 2 fins connues de l’abaissement de la cataracte :

Une 1e datant du XVIIIe s. (Daviel grâce à sa notoriété et son influence réussit à médiatiser sa nouvelle technique chirurgicale sans s’appuyer sur des résultats concrets) et une 2e fin au XIXe s. (les chirurgiens ophtalmologues prouvent la meilleure efficacité sur le plan du traitement de l’extraction du cristallin vs abaissement cataracte)

- 3e fin encore à attendre car l’abaissement de la cataracte est toujours pratiqué en Afrique subsaharienne et en Inde, en tant que pratique traditionnelle, les populations ont même davantage confiance dans cette pratique que dans les chirurgiens

- Réflexion sur l’impact des discours de médiatisation, sur la crédibilité d’une pratique scientifique 🡪 comment les discours peuvent orienter la manière dont on fait confiance dans une pratique médicale même sans résultat statistique pour soi-disant conforter ses résultats

- Réflexion sur la longue durée (XVIIIe – XXe s.)

- Sources : discours des médecins (articles scientifiques, pamphlets), statistiques hospitalières collectées à partir des archives des hôpitaux et des cliniques ophtalmiques, témoignages de patients pour la période contemporaine

*🡪 Remarque d’Hervé Guillemain*: **fin relative** de certaines pratiques, **question de l’efficacité de pratiques commune** à plusieurs études de cas

* Cécile Charlap : la fin des traitements hormonaux de la ménopause (THM)

- Sa proposition a évolué depuis la 1e présentation (cf. CR du 2e séminaire où elle s’interrogeait sur les effets potentiellement croisés de la "fin" des traitements hormonaux de la ménopause et la recomposition de la définition de la ménopause)

- Étude de la fin des THM en termes de représentations sociales, de pratiques individuelles et de prescriptions médicales

- Il s’agit de problématiser la représentation des fins des THM dans les représentations médiatiques et sociales

- 1er temps s’appuyant sur des enquêtes statistiques (depuis 2002, année de l’étude de la *Women’s Health Initiative* sur les THM qui a fait choc et entraîné un déclin) permettant de quantifier la baisse de prescription et d’usage des THM

- C. Charlap vient de clôturer une enquête quantitative interrogeant le rapport de plusieurs générations face au THM

- On observe moins un abandon massif des THM et la fin de leur usage qu’une **transformation** de leur place, ils restent toujours en usage, sont prescrits d’une manière différente selon le niveau de diplôme des professionnel.le.s de santé (les + diplômés les prescrivent -)

- 2e temps : dans le discours sur la fin des THM, leur abandon massif ne serait pas le fait que les THM sont les seules thérapies présentées et légitimées par les médecins, elles sont au 1er plan jusqu’en 2002, ça laisse entrevoir que la recherche ne s’est pas intéressée à d’autres thérapeutiques

- 3e temps : quel est le contexte pour les femmes ? 🡪 Les femmes rendent compte d’expériences de déligitimation de leurs besoins par les médecins, d’expérience de vide thérapeutique illustrée par le verbatim « THM ou rien » que leurs renvoient les médecins 🡪 incertitude face à des prescriptions contradictoires dans la communauté médicale

- Notion de Proctor : choisir / élire ce qui mérite d’être investigué par la recherche et ce qui n’est pas jugé digne d’intérêt 🡪 système de R&D, cadres épistémologiques

- Cette question de la fin des THM s’inscrit dans une réflexion plus large liant genre-santé : la recherche sur la ménopause a été laissée de côté, la formation des médecins est à questionner, les ressources ne sont pas données aux femmes en dehors du cadre de l’hormonothérapie

*🡪 Remarque d’Hervé Guillemain*: ça introduit la question de la **représentation** dans nos approches, la **place des patients dans l’histoire de la fin**

* Elsie Mégret : la fin de l'anorexie hystérique, du point de vue des savoirs psychiatriques et pratiques professionnelles.

- Étude de la fin du diagnostic psychiatrique, travail de thèse en cours couvrant les années 1870-1930 où elle retrace l’évolution du lexique gravitant autour de l’anorexie

- Analyse d’ouvrages, de revues médicales et production d’un tableau chronologique avec une centaine de dénominations dans laquelle l’usage de « l’anorexie hystérique » tend à décroître au début du XXe s., il disparait dans les années 1910-1920 (fin pas linéaire)

- Elle est analysée comme une fausse fin ou une fin partielle liée à la refonte du système psychiatrique

🡪 Question de la fin des diagnostics psychiatrique : Elsie, Cyprien, Hervé

3 entrées :

- bouleversement étiologique, évolution liée aux découvertes biomédicales du début du XXe s.

- reconfiguration des lieux de prise en charge des maladies mentales (apparition de nouveaux lieux, maison de santé, services ouverts où les hystériques et les anorexiques sont prises en charge à partir des années 1920)

- évolution institutionnelle du service neurologique de Charcot (lieu où la plupart des diagnostics d’anorexie hystérique sont posés, diagnostic très lié aux équipes de Charcot)

- 3e entrée sur la circulation savoirs : diagnostic beaucoup posé à l’étranger par des psychiatres belges, russes, autrichiens 🡪 ces cas sont publiés dans des revues françaises : réseaux professionnels internationaux impactant le sentiment de disparition du diagnostic d’anorexie hystérique

* Hervé Guillemain : la fin des diagnostics psychiatriques (cas de la lypémanie)

🡪 Pourquoi ce diagnostic si implanté dans la psychiatrie disparait si brutalement en France ?

- Question de la trace, de l’archive : où trouver la fin (discours, archives médicales…) ?

Est-ce vraiment la fin ? si une fin est identifiée dans un endroit ça continue ailleurs 🡪 lypémanie disparaît tôt en France mais continue en Amérique du Sud

- Question de la circulation des savoirs

🡪 On est dans les mêmes périodes pour Hervé et Elsie, ce serait intéressant de travailler en commun

* Cyprien Anrochte : la fin du diagnostic d’hystérie en psychiatrie

- Proposition du 3e séminaire (cf. CR du 3e séminaire) : la disparition de l’hystérie des manuels diagnostics (DSM et CIM). Le point de vue du soignant

- Étude du DSM1 au DSM5 avec l’idée de qqch disparaissant graduellement 🡪 perte d’influence de la psychanalyse ou changement de la clinique (symptôme psychiatrique en lien avec la production sociale) ?

- En tant que clinicien, intérêt pour la persistance de l’utilisation de l’hystérie dans les milieux psychanalytiques, médicaux et parmi les gens n’ayant pas une culture psychanalytique qu’est-ce qui fait qu’on a encore besoin de ce terme ? 🡪 C’est cette mise en tension-là qui l’intéresse

* Lara Pennec (psychologue) : souffrance au travail

- Thèse en psychopathologie sur des séries des suicides au travail à la fin des années 1990 jusqu’aux années 2010 notamment à France Télécom sur la question du passage à l’acte 🡪 entrée par le biais d’un texte d’un historien Thomas Le Bianic qui resituait depuis la fin du XIXe s. jusqu’aux années 1990, comment la psychopathologie avait pris une place au CNAM, création en 1987 de la chaire de psychopathologie au travail 🡪 cette ouverture-là a un moment charnière (désindustrialisation, appel politique et financements nécessaires de cette chaire, annale de ce séminaire pluridisciplinaire où on trouve psychologie & psychanalyse, comment il y a eu un « enthousiasme » à faire la découverte de la souffrance au travail de cette façon, comment ça a ouvert les consultations de souffrance au travail au sein de la médecine du travail

- Important de resituer avec le texte de l’historien un effet d’effacement de la façon dont on concevait le rapport au travail, imposition de la souffrance au travail, l’expansion du domaine de la psychologie (1967) a un effet d’effacement du rapport de l’homme au travail, pensée matérialiste du XXe s.

- 2e axe sur la question des suicides au travail : un acte individuel ouvrant à une énigme, une recherche de causalité (pour les proches, les chercheurs), quand on met côte à côte la question des suicides - l’énigme de l’acte individuel et la sociologie du courant social de Durkheim, voir que le déroulé allant d’une souffrance intime à une causalité du côté du management = différence historique dans le traitement du suicide

- 3e axe : on a + l’habitude dans le champ de la psychologie de dire que cet effacement ne s’efface pas

- Entre la fin des années 1990 et les années 2010 notamment à France Télécom ceux qui sont passés à un registre du silence dans un déroulé du comment on passe à l’acte (très démonstratif, martyr dans le sens de témoin), effacement d’époque difficile à délimiter, comment il en retourne dans les souffrances individuelles et repris dans des nomenclatures larges de psychopathologie et de risques psycho-sociaux

🡪 Remarque d’Hervé Guillemain : objet d’histoire et volet très psychologique – **« l’effacement qui ne s’efface pas »** résonne avec la réalité de nos recherches on a **du mal à dire la fin des choses**

* Kylian Godde : la marginalisation de la chirurgie thoracique contre la tuberculose (1950-1960)

- Travail de thèse en cours

- Étude de cas sur la fin des chirurgies thoraciques contre la tuberculose avec l’arrivée des antibiotiques dans les années 1960-1970 pour poser « la fin des choses » (il y a encore des opérations thoraciques contre la tuberculose dans les années 1980) - cf. CR du 2e séminaire

- Moment de basculement : la chirurgie en tant que geste thérapeutique principal disparait

- Micro-étude de cas dans les sociétés savantes de chirurgiens dans les années 1950 s’interrogeant dans quels cas la chirurgie est encore utile face aux antibiotiques

* Carmen Rousseau : la fin de la cure de Sakel

- Travail de mémoire de recherche de Master 2

- Étude de l’abandon de l’utilisation des chocs insuliniques en psychiatrie : comment on mesure et évalue la fin d’une pratique en psychiatrie, comment on mesure ce déclin ?

- Pratique début XXe s. et disparue presque d’un seul coup dans les textes mais pas dans les pratiques (des soignant.e.s pratiquent encore des chocs insuliniques dans les années 1980)

- Mesurer la fin face aux limites des sources

- Pas de date de fin précise sur la fin de l’insulinothérapie

*🡪 Suggestion de A. Wenger*: contacter l’historienne du film Mireille Berton à Lausanne qui fait un sujet sur l’insulinothérapie

* Sylvain Villaret et Léo Bernard (absent) : la mort de naturistes et la fin du mot naturisme

- Multiples morts de la médecine naturiste

- On trouverait surtout la **fin par l’usage des noms**, ça ramène aussi aux pratiques et aux acteurs, aux paradigmes médicaux

- Quels sont les facteurs qui déterminent la fin d’un usage, d’une appellation, au profit d’un/une autre ?

- On l’abandonne dans l’institution et dans le champ plus large des pratiques de soin, des médecines alternatives 🡪 plusieurs facteurs : disparition d’une figure, fédération du naturisme connotant ce terme (bataille autour du sens, considéré comme perdu d’où un renoncement de certains acteurs)

* Nicolas Sueur : la fin de la pratique des sangsues médicinales

- Pas vraiment de fin car encore utilisées aujourd’hui = problème commun à d’autres (1972 : arrêt de leur remboursement par la Sécurité Sociale mais ne veut pas dire fin de la pratique), les douanes continuent de saisir les sangsues vendues illégalement car il s’agit d’une espèce en voie de disparition (en France leur usage a beaucoup décliné, encore présent en chirurgie esthétique, utilisation + importante aux États-Unis dans d’autres chirurgies)

- Question de **reconfiguration** **des usages** plutôt que celle de fins avec des positionnements variés en fonction des acteurs (la sangsue peine à émerger dans les grands guides des médicaments, elle est pourtant partout dans les usages médicinaux du XIXe s.)

🡪 N. Sueur a des questions méthodologiques autour du projet

- La question des fins sous-entend-elle l’histoire des débuts ? faut-il se poser la question de comment ça émerge ? 🡪 Car ça peut disparaître pour la même raison que son apparition

Sur pratiquement toutes les études de cas il faut en passer par l’existence même de l’objet dont on cherche à capter la fin

🡪 Possibilité de faire des ateliers sur les pratiques et fins des usages comme élément principal d’une thérapeutique avec Nicolas, Killian, Carmen, voir si Ikrame peut être dans cet atelier

*🡪 Remarque de A. Wenger :* il y a des fins qui ne fonctionnent pas (« disparition », « abandon progressif », « mort », « effacement »), notion importante de « **l’utilité résiduelle**» proposée par Kylian. Il est attaché à la notion de « fin » plutôt que l’effacement

- Interroger la notion de fin est ce qui nous réunit malgré des directions différentes

**- Pour les ateliers, il serait intéressant de travailler sur les types de fin / affinités méthodologiques plutôt que les affinités de sujets**

*🡪 Remarque de Kilian Godde*: d’accord avec Alexandre pour des ateliers par type de fin

Comment traiter du début sur nos histoires des fins : la quasi-totalité des livres d’histoire passent la fin alors si de notre côté on passe 4 lignes sur le début ce n’est pas grave

(Préciser dans le calendrier ce qui se joue avec rencontres PUR)

1. **Réflexion sur la forme de l’ouvrage**

**Les 5 items issus des réflexions des premières séances du séminaire :**

* 1e item : Comment on mesure la fin d’un phénomène ?
* 2e item : Comment on qualifie la fin d’un phénomène ?
* 3e item : Une fin peut-elle vraiment être déterminée ?
* 4e item : Quels sont les apports en histoire de l'étude de la fin des objets ? À quoi bon travailler sur la fin des phénomènes, ça sert à quoi, ça peut apporter quoi en termes d’histoire ?
* 5e item : Comment la fin se produit-elle ? qui agit ? quels sont les facteurs de déclin ?

**🡪 Pistes de stratégie éditoriale :**

- Ce n’est pas un ouvrage de colloque mais un livre collectif avec des articles de formes différentes

- On a esquissé plusieurs façons d’écrire : sur une étude de cas ou un volet problématisé, à 1-2-3 personnes

- Distinction entre plusieurs formes d’écrits : articles substantiels à partir de nos approches (pourquoi, comment faire fin des choses), avec des textes + courts et descriptifs pour pointer, décrire la fin d’objets/pratiques/lieux permettant d‘ouvrir la participation aux étudiants en formation

- Le livre doit être pensé collectivement, partenariat Le Mans Université avec les Presses Universitaires de Rennes (bonne diffusion en librairie = objectif atteignable)

- L’idée est de ne pas publier un catalogue d’articles ou succession d’études de cas mais de proposer une forme attractive répondant à la question originelle du projet : pourquoi et comment faire l’histoire de la santé par la fin des choses ?

**🡪 Comment vous voyez la forme du livre et de vos contributions ?** Plutôt partir sur des ateliers par typologie de fin

**🡪 Mode d’écriture à discuter :**

- position historiographique lourde de ne pas parler des débuts 🡪 ça pose la question des destinataires du livre = à revoir

- pas de droit d’auteur aux PUR

- partir sur le modèle de *Fin de l’asile*? Nécessite un gros effort de mise en page, car il s’agissait d’un acte de colloque avec ajout d’un appareil critique + conséquent et introduction de parties par d’autres auteurs que ceux du colloque

- pas d’étape intermédiaire pour les PUR : depuis 4-5 ans ils ont augmenté leurs exigences, ils cherchent une forme originale et travaillée de leurs publications communes, envoie direct du manuscrit complet

- remise manuscrit à la rentrée ou automne 2025

La proposition de faire des textes plus courts et descriptifs pourra être débattue mais vient d’une observation 🡪 impression dans les autres séminaires d’être tiraillé entre de forts textes analytiques décrivant l’approche d’historien.ne avec une typologie des fins nuancée et des études de cas très précises. On pourrait compléter l’ouvrage par des vignettes courtes expliquant la fin de tel ou tel sujet

À partir de nos études de cas toutes légitimes, il faut qu’on travaille ensemble pour de la cohérence.

**🡪 Discussion collective :**

*-*  Nicolas est d’accord avec Killian pour dire qu’on peut alléger les débuts, c’est le parti-pris original et stimulant du livre

- Cécile Charlap s’interroge sur la structuration du livre, quel est le nombre signes limite ? pour le moment on laisse libre les formats

- Proposition d’Hervé Guillemain : faire l’introduction et la bibliographie commune en ne parlant que de la fin ; possibilité d’introduire des chronologies

- Francesca Arena : il faudra voir en arrivant à la 1e échéance pour la forme du livre voir ce qu’on peut produire comme type de texte puis voir la direction que ça prend, on doit assumer frustration de se concentrer sur la fin

- Killian Godde : est-ce qu’il y a des formats dont les PUR ne voudront pas ? ça permettrait de se restreindre un peu 🡪 L’inégalité des textes entre eux ne devrait pas poser problème aux PUR, c’est la cohérence globale qui les intéresse

- Il faudrait estimer le niveau maximal global du livre proposé par Hervé Guillemain, on pourrait ensuite calculer la taille max par personne, mais il faut se laisser la liberté de faire des choses brèves si on le souhaite

**🡪 Forme possible du livre :**

- Priorité donnée aux hypothèses, aux approches méthodologiques plutôt que faire des choses formatées

- Proposer une grosse introduction historiographique & méthodologique sur la genèse du projet,

1. **Calendrier et organisation du travail**

- Organisation originale à distance

- À partir d’aujourd’hui, création d’un espace de dépôt de texte (1e matrice pas aboutie) pour arriver à des ateliers correspondant à la typologie des fins qu’on a déjà bien esquissées et la forme des textes évoluera, sera discuté pendant les ateliers

- Niveau de réflexion et d’avancement très différent

- Pas de calendrier absolument contraint : on travaille à notre rythme à DicoPolHiS mais on verrait bien comme une première étape dans ce livre en nov-déc 2024 permettant d’ouvrir ensuite une série d’ateliers + précis (3 ou 4 ateliers successifs) jusqu’à l’été prochain soit organisés en approches particulières soit en catégories du livre, permettant de discuter ensemble

- 1e contribution déposée (monture) en décembre 2024 = première base de travail pour un atelier en janvier (puis février, avril, juin pour une forme aboutie à l’été)

- Septembre 2025 pour collecter des textes plus conséquents tenant compte des ateliers

- Remise du manuscrit à l’éditeur qq mois + tard

- Atelier en présentiel : voir pour financements

*🡪 Remarque de Killian Godde*: besoin d’affiner, rationaliser quand on peut se voir en présentiel (attendre 1e monture ou 2e version pour se réunir) car tout le monde ne pourra pas passer en présentiel

- Tout le monde n’interviendra pas dans chaque atelier

*🡪 Remarque de A. Wenger*: propose une forme d’atelier de travail en présentiel testé avec une distribution des contributions préalablement à la rencontre (quand on se réunit, tout le monde a lu les propositions des autres), 5min de présentation par personne lors de la journée (🡪 question posée aux autres, un point méthodologique concret pas un résumé de ce qu’on a fait circulé avant, chronométrée, une slide par personne), regroupement par problématique thématique ou problématique méthologoqiue = ça marcherait dans une journée de faire passer 15 personnes

*🡪 Remarque de Guillaume Linte*: important qu’on travaille sur des textes déjà avancés (pas une ébauche), il faudrait séparer sinon par groupe de travail selon les spécificités de chacun, mais c’est important d’arriver sur des textes à peu près abouti pour travailler ensemble, besoin de critiques & reprises avant versions + définitives

*🡪 Remarque de Killian Godde*: on peut mener un exercice où une personne présente le travail d’une autre

🡪 Besoin d’une étape intermédiaire car la fin reste un objet mal défini

COMMENT SE RÉUNIR ? tout le monde est éparpillé, financer la réunion de tout le monde une à deux fois coûterait cher 🡪 voir quels appels à projets pourraient nous aider