

Marilyn Nicoud

***Le médecin, le patient et l'"échec thérapeutique" à la fin du Moyen Âge:
réflexions sur un problème déontologique et pratique***

[A stampa in *L'échec en politique, objet d'histoire*, a cura di F. Bock, G. Bühler-Thierry et S. Alexandre, Paris 2008, pp. 93-110 © dell'autrice – Distribuito in formato digitale da "Reti Medievali"].

Le médecin, le patient et l'« échec thérapeutique » à la fin du Moyen Âge : réflexions sur un problème déontologique et pratique*

« Pendant environ deux mois, Laurent de Médicis avait souffert de ces douleurs qui, parce qu'elles touchent le tissu des viscères, sont appelées de ce fait hypocondres. Bien qu'elles ne tuent personne par leur force, ces douleurs, parce qu'elles sont cependant très aiguës, sont aussi présentées à juste titre comme très pénibles. Mais chez Laurent – je ne saurais dire si c'est en raison du destin ou de l'incapacité et de la négligence des médecins – il se produisit la chose suivante : pendant qu'on soignait les douleurs, il contracta une fièvre très insidieuse qui, se développant peu à peu, s'étendit non seulement aux artères et aux veines, comme les autres fièvres ont l'habitude de le faire, mais aussi aux articulations, aux viscères, aux nerfs, et également aux os et à la moëlle. Cette fièvre, qui s'était glissée subtilement et en cachette, pour ainsi dire à pas légers, passa d'abord presque inaperçue ; ensuite, lorsqu'elle se manifesta pleinement à lui, n'ayant pas été soignée scrupuleusement comme il aurait fallu, cette fièvre l'avait totalement affaibli et l'avait abattu, au point que s'étaient dissouts non seulement ses forces, aussi son corps presque abandonné de tout et consumé. De ce fait, avant qu'il eût satisfait à la nature, [...] tout s'écroula ainsi soudainement, au point qu'il ne laissait plus espérer en son salut. Lui, comme toujours très prudent, réalisant cela, n'eut rien de plus pressé que de faire venir le médecin de l'âme, auquel selon le rite chrétien il confessa les péchés commis sa vie durant. [...] Cependant, les médecins s'appliquaient encore et pour ne pas paraître ne rien faire, ils tourmentaient l'homme avec zèle. Ce dernier toutefois ne repoussait rien, ne dédaignait rien de ce qu'ils apportaient, non certes parce qu'il était égaré par l'espoir illusoire de vivre, mais pour ne point critiquer ni par hasard ni même très légèrement qui que ce soit, alors qu'il était en train de mourir. [...] Certains même interprètent comme un prodige – ainsi en va-t-il – le fait que le médecin qui passait pour le plus éminent de ce temps, et que l'art et ses prévisions avait trompé, perdit ses esprits et se jeta dans un puits, [...] faisant le sacrifice de sa vie à ce prince de la famille des Médicis¹ ».

Peu de temps après la mort de Laurent de Médicis², Ange Politien (1454-1494) décrit la maladie à laquelle succomba le prince florentin, et que les médecins ont appelée hypocondrie,

* Je voudrais ici remercier Michael McVaugh pour sa lecture attentive et les suggestions qu'il m'a faites. Ce texte doit beaucoup aussi à ses travaux, toujours stimulants.

Abréviations utilisées : ASP : Archivio di Stato di Palermo.

¹ Voir le texte latin en annexe.

du fait de sa localisation³. Si elle occasionna chez le patient des douleurs violentes, l'affection, conformément à sa nature⁴, ne fut cependant pas considérée dans un premier temps comme mortelle par les praticiens ; le décès, manifestement non prévu, fut causé par ce qu'on appellerait aujourd'hui des complications, en l'occurrence une fièvre aiguë, occasionnant une extrême faiblesse « qui ne laissait désormais aucun espoir de salut ». La fatalité, un mauvais diagnostic ou bien l'incapacité des médecins, si ce n'est leur zèle plus dangereux que porteur de remède, furent sans doute les responsables de la disparition de Laurent, suivie de près par celle de son principal médecin mais aussi son ami, Pier Leone de Spolète, professeur à Pise puis à Padoue⁵.

Au total, Ange Politien rapporte ce qu'on pourrait appeler un « échec thérapeutique » (même si le terme n'est pas utilisé), qui conduit le praticien, trahi par son savoir ou poussé par les familiers du prince, au suicide⁶. Sont ainsi posées la question de la responsabilité du médecin et celle des attentes du malade et de son entourage.

² La lettre, écrite le 18 mai 1492 et adressée à Iacopo Antiquario, suit de peu le décès du prince survenu le 8 avril.

³ Les hypocondres désignent en effet les parties latérales de l'abdomen situées sur le bord inférieur des côtes. Les symptômes pourraient consister en des troubles de l'appareil digestif.

⁴ L'hypocondrie est selon les médecins l'une des formes de la mélancolie. Par extension, du mauvais fonctionnement des hypocondres, on en est venu à désigner le type de dépression mélancolique connu sous le mot « hypocondrie ». Sur les conceptions médicales et plus particulièrement pathologiques de la mélancolie (excès de bile noire dont le siège est la rate), voir R. Klibansky, E. Panofsky et F. Saxl, *Saturne et la Mélancolie. Études historiques et philosophiques : nature, religion, médecine et art*, trad. fr., Paris, 1989, p. 123-197. Voir aussi R. Burton, *Anatomie de la mélancolie*, trad. fr. B. Hoepffner et C. Godraux, t. 2, Paris, 2000, p. 632-635.

⁵ Sur cet épisode, L. Frati, « La morte di Lorenzo de' Medici e il suicidio di Pier Leoni », *Archivio Storico Italiano*, serie V, 4 (1889), p. 255-259 ; L. Guerra Coppioli, « Pierleone da Spoleto. Medico e filosofo », *Bollettino della Reale Deputazione di Storia Patria dell'Umbria*, 21 (1915), p. 387-431. Plus récemment, M. Rotzoll, *Pierleone da Spoleto. Vita e opere di un medico del Rinascimento*, Florence, 2000 (Studi, 187).

⁶ L'ensemble des récits sur la mort de Laurent et sur le « suicide » de Pierleone ne proposent toutefois pas une version unique. Ainsi, chez un autre chroniqueur, l'historien florentin François Guichardin (1483-1540), l'accent est plutôt mis sur un mauvais diagnostic des praticiens : « E questo è che nel detto anno 1491 avendo Lorenzo de' Medici avuto un male lungo e giudicato nel principio da medici di non molta importanza, né forse curato con la diligenza si conveniva, e però occultamente avendo sempre preso forze, finalmente a dì... di aprile 1492 passò della presente vita » (*Storie Fiorentine*, éd. A. Montevecchi, Milan, 1998, chap. IX, p. 171-172). Selon Guichardin, pour lequel la responsabilité médicale est engagée, le « suicide » de Pier Leone pourrait très bien être un meurtre maquillé : « ed alcuni etiam riputorono portento che maestro Pietro Leone da Spuleto, per fama primo medico di Italia, avendolo curato, si gittò come disperato in un pozzo e vi annegò, benché alcuni dissono vi era stato gittato drento » (*ibid.*). D'autres témoignages, comme celui de Demetrio Calcondila, accusent même Piero de' Medici d'avoir fait assassiner le praticien, coupable, lui, d'avoir empoisonné Laurent. En revanche, Politien, Piero Ricci, le général des Camaldules, Pietro Dolfino et, en général, les partisans des Médicis, privilégient la thèse du suicide de Pier Leone, certes comme le déclare Benedetto Dei, dès le 14 avril 1492, « ingannato dalla sua falsa scienza, la quale alcuni dicono era mescolata con nigromantia » (cf. L. Frati, « La morte di Lorenzo... » ; M. Rotzoll, *Pierleone da Spoleto...*, p. 20-22). Je remercie chaleureusement Caroline Callard de m'avoir transmis ces informations sur l'épisode florentin.

Ces thèmes, somme toute très actuels, qui sont liés à la relation patient-praticien, ont depuis une cinquantaine d'années été fortement débattus non seulement au sein de la profession médicale, mais plus encore dans le cadre d'une discipline en plein essor, la sociologie de la santé⁷. Pourtant ils ne sont pas étrangers aux sociétés médiévales qui, toutefois, les abordent en des termes différents⁸.

La fin du Moyen Âge voit en effet se produire des mutations profondes au sein de l'art médical, qui se caractérisent par une forme de « professionnalisation » accrue de la pratique quoique, aux côtés des médecins reconnus, se mêle encore un groupe hétérogène et complexe de « praticiens » dont l'activité est plus ou moins légale⁹. La création de facultés de médecine, la normalisation de l'enseignement, perceptible notamment à travers les statuts des universités ou la production intellectuelle¹⁰, le contrôle de l'accès à la profession théoriquement limité aux gradués ou à des soignants autorisés, visible à travers l'institution dans les villes de collèges de médecins et de chirurgiens responsables de l'octroi de la *licentia practicandi*, sont autant de phénomènes qui signalent ces formes de « professionnalisation »¹¹.

Si d'un côté émergent des figures d'experts, détenteurs d'un savoir particulier reconnu par les autorités publiques, de l'autre se développe aussi un « marché de la santé » d'abord limité aux puissants susceptibles d'avoir facilement accès aux soins d'un médecin, qui en vient aux XIV^e et XV^e siècles à s'étendre aux populations urbaines qui recourent de plus en plus

⁷ Pour une mise au point récente, voir D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, 2004 (Collection U). Voir aussi, pour une étude de ces relations, actuelles et passées, Cl. Herzlich et J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, 1984, rééd. 1991.

⁸ Pour une mise en garde sur la lecture du passé à l'aune des normes relationnelles actuelles, voir M. McVaugh, *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the Crown of Aragon, 1285-1345*, Cambridge, 1993, p. 166 sq. Sur l'évolution de ces relations, Id., « Besides Manners in the Middle Ages », *Bulletin of the History of Medicine*, 71 (1997), p. 201-223.

⁹ S'y distinguent tout particulièrement les matrones, les empiriques souvent spécialisés dans le traitement d'affections spécifiques, et les juifs. Cf. au sein d'une bibliographie abondante, J. Agrimi et C. Crisciani, « Immagini e ruoli della *vetula* tra sapere medico e antropologia religiosa (XIII-XV) », dans *Potere carismatici e informali : chiesa e società medioevale*, sous la dir. d'A. Paravicini Bagliani et A. Vauchez, Palerme, 1992, p. 224-261 ; I. Naso, *Medici e strutture sanitarie nella società tardo medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Milan, 1982, spéc. p. 142-135 ; K. Park, *Doctors and Medicine in early renaissance Florence*, Princeton, 1985, p. 66-73.

¹⁰ J. Agrimi et C. Crisciani, *Edocere medicos. Medicina scolastica nei secoli XIII-XV*, Naples, 1988 (*Hippocratica Civitas*, 2). Pour une éclairante étude de cas, D. Jacquart, *La médecine médiévale dans le cadre parisien (XIV^e-XV^e siècles)*, Paris, 1998 (Penser la médecine).

¹¹ Certes tous les aspects d'un véritable corps professionnel, tels que les définissent les sociologues, ne sont pas rassemblés à cette époque. Malgré l'existence d'instances régissant la pratique de l'art et son enseignement, on ne peut pas à proprement parler d'« autonomie » du métier médical au Moyen Âge. Et la pluralité des figures de praticiens, malgré les tentatives de contrôle et d'interdiction de pratiquer, en est l'un des signes les plus patents. Sur cette notion de « profession médicale », voir. E. Freidson, *La profession médicale*, trad. fr., Paris, 1984.

souvent au praticien avant d'invoquer l'intercession des saints¹². Le contrôle des prix et des salaires imposés par les autorités publiques aux médecins, en fonction de la nature et du lieu de leur intervention, les contrats notariés passés entre professionnels et patients¹³, l'embauche par les cités de médecins communaux¹⁴, destinés notamment, mais pas seulement, à s'occuper des plus démunis¹⁵ témoignent d'une « médicalisation » plus grande des sociétés de cette fin de Moyen Âge.

Cependant, si le médecin est à la fois devenu pour beaucoup une figure plus familière exerçant une certaine autorité, ses rapports avec le patient, aujourd'hui comme hier, ne vont pas de soi et ne sont sans doute pas univoques¹⁶. L'essor d'un côté d'une littérature où des médecins confirmés adressent à de jeunes confrères conseils et recommandations, sous forme d'un discours éthique et déontologique encore embryonnaire¹⁷, le développement de formes de contrats notariés entre médecins et patients¹⁸ de l'autre, ou encore les recours en justice entrepris contre l'intervention de certains thérapeutes, sont quelques-uns des témoignages écrits qui rendent compte d'une réflexion médiévale sur ces rapports et sur la nécessité ressentie de les réguler.

¹² Outre les études mentionnées à la note 7, voir également M. McVaugh pour la Couronne d'Aragon (*Medicine before the Plague...*) ainsi que les collections de *consilia* qui donnent un aperçu de la clientèle des praticiens. Cf. N. G. Siraisi, *Taddeo Alderotti and his Pupils. Two Generations of Italian Medical Learning*, Princeton, 1981, p. 276-278. Ces études permettent quelque peu de reformuler la chronologie des politiques de santé proposées par M. Foucault, qui ne voit jusqu'au XVIII^e siècle, qu'une médecine intégrée plus largement à une politique d'assistance aux pauvres (« La politique de santé au XVIII^e siècle », dans *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne ; dossiers et documents*, Paris, 1976, p. 11-21, rééd. dans Id., *Dits et écrits. 1954-1988*, vol. 2 : 1876-1988, Paris, 2001, p. 13-27).

¹³ G. Pomata, *La promessa di guarigione. Malati e curatori in antico regime. Bologna, XVI-XVIII*, Bari, 1994.

¹⁴ V. Nutton, « Continuity or Rediscovery ? The City Physician in Classical Antiquity and Medieval Italy », dans *The Town and State Physician in Europe, from the Middle Ages to the Enlightenment*, A.W. Russel éd., Wolfenbüttel, 1981 (Wolfenbütteler Forschungen, 17), rééd. dans V. Nutton, *From Democedes to Harvey*, Londres, 1988 (*Variorum Reprints*).

¹⁵ M. McVaugh, « Le coût de la pratique et l'accès aux soins au XIV^e siècle : l'exemple de la ville catalane de Manresa », *Médiévales*, 46 (2004), p. 45-54 ; M. Nicoud, « Hygiène, pathologies et médicalisation du *petit peuple* : discours et pratiques à la fin du Moyen Âge », dans *Le petit peuple dans l'Occident médiéval. Terminologies, perceptions, réalités, Actes du colloque international tenu à l'Université de Montréal (18-23 octobre 1999)*, réunis par P. Boglioni, R. Delort et C. Gauvard, Paris, 2003, p. 659-672 (Histoire ancienne et médiévales, 71).

¹⁶ Cf. Cl. Herzlich et J. Pierret, *Malades d'hier...*

¹⁷ La dimension des rapports avec les patients n'est que l'un des aspects traités. Pour une étude des différents niveaux de ce genre de texte, voir C. Crisciani, « Éthique des *consilia* et de la consultation : à propos de la cohésion morale de la profession médicale (XIII^e-XIV^e siècles) », *Médiévales*, 46 (2004), p. 23-44, spéc. p. 25-27 ; Ead., « *Consilia*, responsi, consulti : i pareri del medico tra insegnamento e professione », dans *Consilium. Teorie e pratiche del consigliare nella cultura medievale*, C. Casagrande, C. Crisciani et S. Vecchio dir., Florence, 2004, p. 259-279 (*Micrologus Library*, 10).

¹⁸ Cf. G. Pomata, *La promessa di guarigione...*, chap. 2. M. McVaugh, *Medicine before the Plague...*, p. 174-182.

Gardons toutefois présents à l'esprit, au moment de confronter les textes émanant d'autorités de la médecine médiévale et les documents de la pratique¹⁹, que l'on n'étudie pas toujours les mêmes milieux de praticiens ; si d'un côté on a affaire à des médecins reconnus, dont la pratique est réglée et légale, de l'autre, aux côtés de ces mêmes figures, apparaît un spectre plus large de praticiens, souvent sans véritable qualification, face auxquels les contrats notariés sont susceptibles de constituer un important dispositif de régulation. Enfin, les recherches qui ont été menées ces dernières années sur les conditions et les modalités de l'exercice pratique de la médecine montrent aussi une diversité de situations selon les villes : malgré des traits communs, l'éventail des diversités reste large, notamment en matière de contrôle exercé par les institutions professionnelles sur la pratique médicale²⁰.

Sans avoir la prétention de faire le tour d'une question bien vaste, autant par les questions qu'elle soulève que par la documentation qu'il faudrait explorer, je me contenterai de cerner la manière dont la notion, peut-être toute moderne, d'« échec thérapeutique », a pu être envisagée dans la pratique médicale médiévale : est-ce le résultat d'une attente qui aurait été déçue, d'un traitement erroné ou d'un mauvais pronostic ? Peut-on le prévoir et qui en assume la responsabilité : le médecin ou le patient ?

1- Erreur de pronostic ou mauvais choix thérapeutique : en quoi consiste l'échec du médecin ?

« Ne pas soigner les maladies graves dont nous ne prévoyons pas une heureuse issue et la guérison [...], abandonner ceux qui, d'après les signes du pronostic, doivent mourir, c'est-à-dire les malades incurables », tels sont quelques-uns des conseils que le célèbre chirurgien parisien, Henri de Mondeville (1260-1320), donnait dans sa *Chirurgie* à ses confrères et aux apprentis chirurgiens²¹. Lointain écho de recommandations délivrées par Hippocrate et que Danielle Gourévitch résumait par la formule : « en médecine comme en chirurgie, il faut

¹⁹ Deux types de documentation qu'il faut considérer comme les faces complémentaires d'une même réalité, celle du métier médical médiéval.

²⁰ Voir en dernier lieu le volume sur « La sanità a Roma in età moderna » de la revue *Roma moderna e contemporanea*, 13-1 (2005), coordonné par M. Piccialuti, et plus particulièrement l'article d'A. Esposito, « Note sulla professione medica a Roma : il ruolo del Collegio medico alla fine del Quattrocento », p. 21-52.

²¹ *La chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, composée de 1306 à 1320*, trad. E. Nicaise, Paris, 1893, p. 5-6. Sur la place de la chirurgie dans la pratique médicale, cf. M. McVaugh, « Stratégies thérapeutiques : la chirurgie », dans *Histoire de la pensée médicale*, vol. 1 : *Antiquité et Moyen Âge*, sous la dir. de M.D. Grmek, trad. fr., Paris, 1995, p. 239-255 ; D. Jacquart, *La médecine médiévale...*, chap. 1.

savoir ne pas intervenir quand le traitement est inutile ou nuisible »²², ces propos montrent que d'un certain point de vue, l'incapacité des praticiens à soigner un mourant n'est pas conçue comme un échec²³. Les pathologies « sans heureuse issue » sont théoriquement exclues de l'acte médical et il est dans ce cas fortement recommandé de s'abstenir d'intervenir. Toutefois, à lire certains cas rapportés par le Montpelliérain Bernard de Gordon (env. 1258-1318), par exemple, ou encore quelques contrats, il semble que les praticiens aient parfois accepté de prendre en charge des patients qu'ils savaient incurables et aient tenté de prolonger leurs jours²⁴. De même, dans une étude comparant les traités chirurgicaux italiens et français des XIIIe-XIVe siècle, Michael McVaugh a montré combien le fait pour certains de décider de soigner des malades « rationnellement » (c'est-à-dire selon la logique du raisonnement médical) incurables, pouvait constituer une nouveauté, une redéfinition des limites de la rationalité médicale et par là-même une redéfinition de l'échec, vu que dans certains cas, certes rares, ces patients étaient guéris²⁵.

Si l'inaction du praticien n'est pas interprétée en termes d'échec, c'est sans doute parce que le public n'attend pas de lui qu'il soit capable de tout guérir. Le patient ne pense pas pouvoir échapper à la fin inéluctable qui lui a été pronostiquée et en temps de peste, par exemple, individus et autorités publiques se contentent généralement des conseils préventifs des médecins, incapables de proposer des solutions thérapeutiques²⁶. Savoir prononcer un juste

²² D. Gourévitch, *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain. Le malade, sa maladie et son médecin*, Rome, 1984, p. 254 (BEFAR, 251).

²³ Cette conception est différente de celle de la médecine moderne qui considère dans la mort le signe de son échec ou encore « les limites de son pouvoir ». Sur ces questions, voir A. Carol, *Les médecins et la mort. XIXe-XXe siècle*, Paris, 2004 (Collection historique).

²⁴ Bernard de Gordon, dans son *Lilium medicine*, déclare avoir tenté, souvent en vain, de soigner, l'épilepsie et recommande à ses collègues de ne pas faire de fausses promesses : *Tamen dico vobis de epilepsia quod ego habui in cura mea multos iuvenes et senes, divites et pauperes, viros et mulieres, et fere de omni specie et tamen nec per me, nec per alium vidi aliquem curatum nisi esset puer aut quod provenisset ex malo regimine... et tamen fui diligentissimus in omnibus et patientes obedientissimi. Ego nescio causam, Deus scit. [...] Hoc dico propter hoc quia cum patientes veniunt ad vos nolite vos ipsos dehonoreare cum vanis et falsis promissionibus in curacione epilepsie quia fere omnis epilepsia cum magna difficultate eradicatur dato quod curari possit* (Londres, British Library, ms Harley 3698, fol. 33r). Voir L. Demaitre, *Doctor Bernard de Gordon : professor and practitioner*, Toronto, 1980, p. 137-168 (Studies and Texts, 51). S'il reconnaît parfois le bienfait de prolonger la vie d'un mourant (*licet approximentur morti, tamen bonum est vitam prolongare quantum est possibile*), il déclare aussi que, comme pour la *frenesis*, *iam mors sedet in pedibus. Medicus igitur confestim fugere debet* (Harley 3698, fol. 73r, 32r).

²⁵ Je remercie M. McVaugh de m'avoir transmis le texte de sa communication orale « An ailment not to be treated : the rationality of pre-modern surgery ».

²⁶ En témoigne toute la littérature des régimes de temps de peste à vocation prophylactique. Sur ces traités, J. Henderson, « The Black Death in Florence : Medical and Communal Responses », in *Death in Towns : Urban Responses to the Dying and Dead, 1000-1600*, S. Bassett dir., Leicester-New York, 1992, p. 136-150 ; sur la réaction de la faculté parisienne, J. Arrizabalaga, « Facing the Black Death : Perceptions and Reactions of University Medical Practitioners », dans *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*, L. García Ballester, R. French, J. Arrizabalaga et A. Cunningham éd., Cambridge, 1994, p. 237-288.

diagnostic et pronostic²⁷, c'est ce à quoi on reconnaît le *verus medicus*, celui qui suscite la confiance du malade indispensable à la réussite de la thérapie²⁸.

Du point de vue thérapeutique, le médecin tant antique que médiéval est avant tout, comme Galien aime à le qualifier, un « Ministre de la nature », un serviteur dont l'action vise à faciliter les processus naturels²⁹ ; par la prescription d'un juste régime ou d'une médication appropriée, il crée les conditions d'un possible retour à l'équilibre des complexions qui définit le statut propre de l'homme en bonne santé. Ce n'est donc pas tant directement sur la nature du patient que le praticien intervient que sur un ensemble de facteurs extérieurs au corps humain, mais qui sont à la fois les principaux responsables des pathologies et les premiers des remèdes³⁰.

À défaut d'intervention, en règle générale, dans les cas de maladies incurables, il n'en demeure pas moins la difficulté de poser un tel diagnostic, en l'absence d'un semblable concept dans le discours médical³¹. Plus que des affections qu'on qualifierait de « mortelles », ce sont souvent les signes annonciateurs de mort qui sont décrits par les auteurs médiévaux³². On les trouve notamment mentionnés dans des ouvrages souvent attribués à Hippocrate comme les *Pronostica Hippocratis*, qui signalent au médecin la présence sur le corps des indices porteurs d'espoir (*bonum est*) ou, au contraire, néfastes (*malum est*) ; ou bien les signes cliniques sont mis en rapport avec les positions de la lune, annonçant une amélioration ou au contraire la mort, comme dans l'*Astronomia Hippocratis*. Seules certaines fièvres

²⁷ Cf. C. O'Boyle, *Medieval Prognosis and Astrology*, Cambridge, 1991. Sur ces obligations du médecin, étudiées à partir de documents de la pratique, voir M. McVaugh, *Medicine before the Plague...*, p. 136-144, 166-179.

²⁸ M. McVaugh, « Bedsides Manners... ».

²⁹ Galien, *De diebus decretoriis*, I. 11 et II. 2, éd. C.G. Kühn, *Claudii Galeni Opera omnia*, vol. IX, Leipzig, 1825, p. 823 et 843. Sur cette notion de praticien *minister naturae*, D. Jacquart et M. Nicoud, « L'office du médecin entre intercession et médiation », dans *L'intercession du Moyen Âge à l'époque moderne. Autour d'une pratique sociale*, J.-M. Moeglin dir., Genève, 2004, p. 195-214 (Hautes études médiévales et modernes, 87).

³⁰ Ces facteurs sont qualifiés dans le discours médical latin de « choses non naturelles » pour les distinguer des composantes physiologiques du corps humain. Constitués par l'air, l'alimentation et la boisson, le sommeil et la veille, l'exercice et le repos, l'inanition et la réplétion, les accidents de l'âme, le bain ou encore l'activité sexuelle, ces paramètres sont indispensables à la vie ; toutefois, mal régulés, ils sont aussi les principaux responsables, avec les accidents proprement dits, des maladies. Cf. P. Gil Sotrès, « Les régimes de santé », dans *Histoire de la pensée médicale...*, p. 257-281 ; Id., « Els regimina sanitatis », dans *Regimen sanitatis ad regem Aragonum*, L. García Ballester et M.R. McVaugh éd., Barcelone, 1996, p. 25-394, spéc. p. 206 (*Arnaldi de Villanova Opera omnia medica*, X.1).

³¹ D. Jacquart, « Le difficile pronostic de mort », *Médiévales*, 46 (2004), p. 11-22.

³² Même lorsqu'ils emploient le terme d'*incurabilis*, à l'image du cancer de la matrice traité par le padouan Michel Savonarole (1384-1464) dans sa *Practica maior* par exemple, c'est sa localisation très spécifique qui rend la maladie incurable. La plupart du temps, comme son confrère piémontais Antonio Guainerio, il préfère parler des *signa mala et mortis* (Michel Savonarole, *Practica maior*, Venetiis, apud Vincentium Valgrisium, 1560, fol. 256r ; Antonio Guainerio, *Opus praeclarum ad*

pestilentielle et la peste peuvent, à proprement parler, être définies comme des maladies mortelles.

Plutôt qu'un pronostic de mort, toujours hasardeux et qui engage fortement sa réputation³³, le praticien préfère énoncer les signes mortels³⁴. Car « plus que l'échec thérapeutique, c'est dans ce difficile art de prévoir la mort que se situe la responsabilité du médecin »³⁵. Notons toutefois que souvent, il est déconseillé à ce dernier d'annoncer au patient un diagnostic fatal, par peur de ses effets psychologiques, ce qui revient à enfreindre l'une des obligations imposées par le concile de Latran IV, celle de la confession avant la cure³⁶.

Rares sont toutefois les cas où des médecins, manifestement coupables d'une erreur de diagnostic, sont sommés de s'expliquer, à l'image d'un jugement judiciaire rendu à Manosque ; ayant dans un premier temps jugé la victime d'une agression hors de danger et sur le chemin de la convalescence, ils sont contraints, à la mort inattendue du blessé, de se justifier : ils déclarent alors qu'au moment de l'expertise, les *signa* étaient bons³⁷ et que ce n'est qu'ensuite que sont apparus de nouveaux symptômes (*accidentia*). La thérapie non plus ne paraît pas souvent mise en cause³⁸, si ce n'est lorsque l'échec est patent, mesurable plus souvent à la mort inattendue et soudaine du patient (à l'image de la fin de Laurent de Médicis), qu'à une santé non recouvrée, ou à un aggravement de l'état du malade. La négligence du praticien, et plus encore son incompétence³⁹, voire une prise de risque mal évaluée, du fait, par exemple, de l'usage de préparations médicales trop fortes ou trop

praxim non mediocriter necessarium..., Lugduni, in biblioteca Scipionis de Fabiano, 1534, fol. 12ra, à propos de la *frenesis*).

³³ Voir par exemple les difficultés évoquées par Bernard de Gordon à poser le diagnostic de la lèpre (cités par L. Demaitre, *Doctor Bernard de Gordon...*, p. 124-125), une maladie pour le diagnostic de laquelle les médecins étaient fréquemment convoqués par les autorités publiques. Le médecin pouvait toutefois aussi bien se sortir d'une situation où, ayant fait un pronostic mortel, il bénéficiait toutefois des louanges si le patient en réchappait.

³⁴ C'est également ce qu'ils font lorsqu'ils sont appelés pour une expertise par une cour judiciaire (voir par exemple les cas édités par J. Shatzmiller, *Médecine et Justice en Provence Médiévale. Documents de Manosque, 1262-1348*, Aix-en-Provence, 1989, doc. 7, p. 74-76 ; 8, p. 77).

³⁵ D. Jacquart, « Le difficile pronostic... », p. 13.

³⁶ D.W. Amundsen, *Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*, Baltimore, 1996.

³⁷ ... *signa bona in eum apareba[n]t et bene dormiebat atque comedebat et etiam aselabat* (J. Shatzmiller, *Médecine et Justice...*, doc. 50, p. 159-164).

³⁸ Nombreux sont en effet les cas où on accuse le thérapeute de négligence, de fausse prétention, ou de mauvaise foi (lorsqu'un barbier par exemple se fait passer pour un chirurgien, ou un simple homme pour un médecin). Cf. J. Shatzmiller, *Jews, Medicine, and Medieval Society*, Berkeley, Los Angeles, Londres, 1994, p. 78-85 ; Id., *Médecine et Justice...*, doc. 26, p. 113-114). Voir aussi ce cas cité par M. McVaugh (*Medicine before the Plague...*, p. 184 n. 65) où il est précisé que le patient, s'il avait été bien soigné, par un médecin et non par un vétérinaire comme il a décidé de l'être, aurait pu conserver sa main. C'est ici avant tout l'exercice illégal du métier qui est attaqué.

³⁹ Cas de mauvaise prescription de la saignée évoqué par J. Shatzmiller, *Jews, Medicine...*, p. 80.

dangereuses⁴⁰, sont alors mises en cause et considérées comme responsables de l'échec thérapeutique. Lorsqu'il est condamné, le praticien encourt au mieux le renoncement à son salaire, ou la restitution de l'argent indûment reçu, voire, au pire, une condamnation financière. Dans ces domaines pourtant, les mises en garde des praticiens confirmés à l'égard de leurs jeunes confrères sont légion, qui recommandent la prudence dans l'établissement du diagnostic et du pronostic ou encore le recours à des collègues plus confirmés⁴¹. De leur côté, les contrats notariés, qui définissent les attentes et les engagements réciproques des contractants, limitent-ils les prises de risque ?

2- Curare, sanare, meliorare : les promesses du médecin

Aux côtés d'engagements passés oralement, les actes notariés qui enregistrent les contrats signés par des praticiens, de statuts souvent très différents, et des malades, deviennent plus nombreux à partir du XIIIe siècle. Ces « promesses de guérison » comme les a appelées Gianna Pomata⁴² ne recouvrent pas toujours une même réalité et la notion même de guérison⁴³ n'y paraît pas univoque⁴⁴.

Certes, dans grand nombre de cas, le médecin se propose de « soigner et guérir » (*sanare et curare*)⁴⁵, à l'image d'un contrat passé à Bologne en 1476 où un certain maître Jean de Raguse promet de guérir (« guarire ») en moins d'un mois un dénommé Antonio « de la teigne sans dol ni fraude »⁴⁶. Plus encore, il s'engage sur l'avenir en promettant que l'affection dont

⁴⁰ Par exemple, la dénonciation de l'usage de l'arsenic ou de l'ellébore rapportée par J. Shatzmiller (*ibid.*, p. 79, 82).

⁴¹ M. McVaugh, *Medicine before the Plague...*, p. 166-171 ; C. Crisciani, « Éthique des *consilia* et de la consultation... ».

⁴² Cf. n. 13.

⁴³ « Terminaison d'une maladie par le retour des éléments anatomiques, des humeurs et des tissus à leur constitution normale, entraînant la cessation du trouble des actes de l'économie, qui reprennent leur régularité naturelle » (É. Littré, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*, rééd. Paris, 1886, cité par D. Lecourt dans *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, 2004, p. 546).

⁴⁴ Je rejoins ici une question que posait M. McVaugh : « What does it mean to *cure*, after all ? Patients and practitioners could easily have different ideas on the subject » (*Medicine before the Plague...*, p. 177).

⁴⁵ Ou à « soigner et libérer » comme dans cet acte palermitain : *Magister Nardellus de Napoli barberius [...] promisit et convenit Riccardo Johannis Piczara de Granchio [...] ab eo liberare et sanare cum adutorio dei dominum Riccardum de infirmitate testiculi qui patitur ad presens ita [...] quod in totum sit liberatus ab infirmitate predicta et integram*. Comme tous les actes palermitains cités ci-dessous, ce contrat, passé chez le notaire Francesco Riccio, le 7 oct. 1405 (ASP, ND b. 451) est mentionné par H. Bresc, « Documents siciliens », *Razo. Le corps souffrant : maladies et médications*, 4 (1984), p. 109-114.

⁴⁶ « [...] prometto liberamente guarire Antonio nipote di Maestro Hannibale q. Michaelis de Malpighi de Bologna delle tigna e senza dolo et fraude infra il tempo e termine de'uno mexe proximo che verrà e più li prometto che ditto male non li tornerà più » (G. Pomata, *La promessa di guarigione...*, p. 353 doc. 4, repris de U. Stefanutti, « Sulla liceità giuridica e deontologica dei patti conclusi prima della cura fra medici e pazienti [secoli XIV, XV e XVI] », *Giustizia e Società*, 4 [1965], p. 370). Ou encore

souffre ce dernier « ne reviendra pas ». De même, à Palerme, le barbier Nardellus de Naples promettait de « libérer et de soigner avec l'aide de Dieu Riccardus Johannis Piczara d'une maladie des testicules... au point qu'il en soit totalement libéré »⁴⁷.

En règle générale, cependant, la guérison, ou du moins les résultats recherchés, sont très précisément décrits, en des termes qui renvoient à des activités ou à des gestes auxquels le patient pourra à nouveau se livrer à la fin de la cure. À l'image de ce contrat signé en 1419 à Palerme dans lequel le praticien s'engage à soigner « la fracture dont [un certain] Nicolas souffre au cou et à le ramener à sa forme d'autrefois de sorte qu'il puisse et soit capable de tourner et retourner son cou de chaque côté »⁴⁸, ces mentions révèlent la nécessité de définir des critères d'appréciation et de mesure de la santé retrouvée, critères susceptibles d'être compris et utilisés par le patient lui-même ou par son entourage, et qui lui permettront de juger par lui-même de son état⁴⁹. Elles sont aussi souvent plus faciles à définir pour le chirurgien que pour le médecin dont l'intervention n'a pas toujours des effets aussi parfaitement visibles que celle de son confrère. Mais ces indications reflètent aussi peut-être la difficulté pour le médecin de promettre une guérison complète, puisque la santé parfaite relève de l'utopie et non de la réalité ; aux yeux des auteurs médiévaux, il n'existe en effet que des « états de santé relatifs » (*latitudo sanitatis*)⁵⁰. Il s'avère donc indispensable de mesurer en des termes clairs la frontière entre le sain et le pathologique, ne serait-ce que pour envisager la rétribution du médecin. Ainsi, dans cet autre contrat passé à Palerme en 1427, le salaire du thérapeute diffère selon que le patient pourra, à l'issue de la cure, se déplacer à pied

ce contrat où un médecin s'engage à « soigner, rendre visite et opérer » selon l'art de la médecine un patient qui souffre de la hanche « jusqu'à ce qu'il soit guérit » (*donec curatus fuerit*). Éd. J. Shatzmiller, *Médecine et Justice...*, doc. 38 p. 137.

⁴⁷ *Magister Nardellus de Neapoli barberius novus habitant panormii coram nobis sponte et solleniter promisit et convenit Riccardo Johannis Piczarea de granchio... liberare et sanare cum adiutorio dei dominum Riccardum de infirmitate testiculi qui patitur ad presens ita et taliter quod in totum sit liberatus ab infirmitate predicta* (ASP, Not. St. I, 451, contrat du 7 oct. 1405).

⁴⁸ [...] *quadam fractura quam... patitur in collo [...] ipsum reducere in pristinam formam ita quod idem Nicolaus possit et valeat collum volvere et revolvere ab utraque parte* (ASP, Not. St. I, 762, en date du 29 juill. 1419).

⁴⁹ À l'image de ce contrat (20 juillet 1226) où se distinguent clairement ce que respectivement le médecin (ôter de l'œil la macule et l'obscurité) et le patient (aller et venir pour ses affaires) entendent par guérison : *Ego magister Johannes de parixio promito et convenio tibi Willelmo Ferrario facere ita et curare meis expensis quod tu videbis bene de oculo sinistro tuo removedo inde omnem maculam et oscuritatem... Et ego Willelmus promito et convenio tibi dicto magistro Johanni dare et solvere tibi libras quinque Janue quando incepero videre de dicto oculo meo sinistro ita quod bene possim ire et reddere pro meis negociis faciendis...* (C. Mancini, « Un singolare contratto del 1200 », *Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria*, s. II, 36 n°2 [1965], p. 47-48).

⁵⁰ Sur ces notions, voir P.G. Ottosson, *Scholastic Medicine and Philosophy. A Study of Commentaries on Galen's « Tegni »* (ca. 1300-1450), Naples, 1984.

et à cheval (*ambulare et equitare*) ou ne pourra aller qu'à cheval et en descendre sans aide (*equitare et desequitare solus sine adiutorio*)⁵¹.

Cet exemple, comme d'autres, révèle que bien souvent le médecin ne promet donc pas véritablement une guérison totale, mais simplement une amélioration, comme dans ce pacte signé à Gênes, où le « praticien », sans statut professionnel, déclare « soigner et améliorer [l'état de santé d'un patient qui souffre d'une affection localisée] à la main, au pied et à la bouche [de sorte qu'] avec la main il puisse se nourrir, couper du pain, et se chausser, mieux se déplacer et mieux parler qu'il ne le fait (au moment où l'acte est rédigé) »⁵². Plus sans doute que la santé retrouvée, il s'agit d'une guérison partielle, mesurable par le patient à l'aune des gestes qu'il pourra à nouveau effectuer. Envisager ainsi, de manière restrictive, les résultats auxquels le praticien s'engage, permet d'exclure de l'échec thérapeutique, l'absence de guérison complète.

Ces mentions, en tous cas, servent tout à la fois de repère et d'instruments de mesure au malade et de garantie au médecin lorsqu'il sait ne pas pouvoir s'engager à mieux et promettre plus que ce qu'il sait être raisonnable au vu de son diagnostic et de son pronostic, s'il veut obtenir sa rétribution⁵³. Dans certains cas, elles sont encore plus restrictives, lorsque le pronostic vital est réservé ; le « professionnel » est alors payé pour ses soins (même s'ils échouent) et obtient une rétribution supplémentaire si le patient survit durant un certain temps⁵⁴. La mort, différée mais cependant inéluctable, n'est pas ici perçue comme un échec.

Dans ces contrats, l'échec est en effet envisagé de manière indirecte, à travers la non-réalisation des promesses effectuées. À la différence de nos modes d'appréhension de l'acte médical, il empêche le médecin de percevoir sa rétribution, qui est soumise à l'obtention du

⁵¹ ASP, AD, b. 772. En date du 24 mai 1427.

⁵² *Ego Rogerius de Bruch de Bergamo promito et convenio tibi Bosso lanerio sanare et meliorare te de infirmitate quam habes in persona tua, silicet in manu et pede et in bucha bona fide omni adiutorio Dei hinc isque ad mensem unum et dimidium proxime venturum tali modo quod de manu poderis te inbochare et incidere panem et calciare et melius ire et parlare quam modo non facis et ego met facere debeo omnes expensas que et quas in hoc necessaria erunt et tu debes mihi dare et solvere ea occasione lib. septem ianuinarum et non debes comedere de aliquo frutame neque de carne bovina nec de sicca neque de pasta lissa nec de caulis et si predicta tibi non observabo nichil mihi dare debes. Et ego Bossus predictus promito tibi dicto Rogerio dare et solvere tibi infra diem tercium postquam predicta mihi observabis et sannatus ero et melioratus lib. Septem ianuinarum. [...]* (G. Pomata, *La promessa di guarigione...*, p. 349 doc. 1. Repris de C. Mancini, « Un singolare contratto... »).

⁵³ On y trouve peut-être mise en pratique des recommandations de Bernard de Gordon : *Utile est pronosticare ne impossibile promittamus... Nolite dehonoreare vos ipsos cum vanis et falsis promissionibus* (Harley 3698, fol. 21r, 33r), ou du chirurgien Guy de Chauliac († 1368) : *Et hoc est facere quod est possibile, et non propter pecuniam promittere impossibilia. A malis curis et a falsis promissionibus caveas, ne nomen mali medici subeas neque super corpus tuum accipias* (*Guigonis de Caulhiaco Inventarium sive Chirurgia magna*, éd. M. McVaugh, vol. 1 : *Text*, Leyde, New York, Cologne, 1997, p. 3).

⁵⁴ M. McVaugh cite des cas de ce type retrouvés dans les Archives de la couronne d'Aragon au XIVe siècle (*Medicine before the Plague...*, p. 178).

résultat promis, défini et attendu. Non seulement ce dernier ne touche rien pour les soins délivrés, mais il s'engage souvent à restituer l'argent qui aurait pu lui être versé par anticipation⁵⁵.

Tel qu'il y est révélé, l'échec n'est cependant pas unique : outre l'absence des résultats escomptés, il peut prendre la forme d'un dépassement du délai au terme duquel le patient devait être guéri (et qui peut aller, selon les contrats, de quelques semaines à plusieurs années), ou du décès. Dans l'acte notarié cette dernière extrémité n'est envisagée que pour les cas très dangereux : soit que le pronostic vital du médecin fût d'emblée réservé et évoqué, avant même d'intervenir, la possibilité d'un décès, soit que la thérapie proposée nécessitât de recourir à des opérations considérées comme périlleuses car pouvant mettre en danger la santé du patient. En 1419, un chirurgien de Sisteron accepte de soigner un marchand d'Aix qui souffre de calculs rénaux, mais du fait du caractère aléatoire de l'intervention, la mort est évoquée ; de même, dans un contrat passé en novembre 1313 à Manosque, le médecin juif, Isaac Barbot auquel un certain Dayot de Segriès « donne et concède licence et pleine autorité [...] pour qu'il puisse selon sa science médicale le soigner en personne », déclare que ce patient « est dans un très grand péril à savoir de paralysie du corps et des membres, par quoi il ne l'accepte pas afin de pouvoir le soigner mais comme mourant et en raison de la faiblesse de ses membres »⁵⁶. Pour le praticien qui accepte la prise en charge, ce type de mention est une assurance ; elle le protège de toute poursuite en cas de décès, si l'entourage venait à l'accuser de malveillance ou d'incompétence. Le contrat prévoit en effet qu'il soit dégagé de toute responsabilité en cas d'échec. Dans un pacte passé entre un spécialiste des maladies de la vessie et un patient, ce n'est pas l'intervention chirurgicale destinée à guérir ce dernier de la « pierre » qui est considérée comme possiblement mortelle (ni même l'impéritie de celui qui l'accomplit), mais d'autres facteurs ; si « la fièvre, un autre mal ou une décision divine » survenaient après l'opération, ils empêcheraient les parents du défunt d'exercer toute

⁵⁵ Ceci vaut pour la majeure partie des contrats étudiés. Toutefois, à l'image d'un acte conservé aux Archives des Bouches du Rhône, parfois le médecin réclame le paiement de ses émoluments, sans doute parce que même en cas d'échec, c'est lui qui a avancé l'argent pour les médicaments (contrat du 4 mai 1405, cité par N. Coulet, « Documents aixois (première moitié du XVe siècle) », *Razo*, 4 (1984) p. 115 n°2.

⁵⁶ *Dayot, judeus de Segres [...] dedit et concessit licentiam et auctoritatem plenariam magistro Ysaco Barbote, judeo, phisico, presenti, quod possit secundum scienciam suam phisicalem in personam suam curare cum sit in gravi infirmitate positus. Et dictus magister Ysacus respondit quod dictus Dayot est in maximo periculo corporis sui et membrorum suorum scilicet paralisia quare non accipit eum ut possit eum curare sed posscius pro mortuo et membrorum suorum debilitate, tamen secundum artem suam paratus est bene et diligenter in eo operari* (éd. par J. Shatzmiller, « Notes sur les médecins juifs en Provence au Moyen Âge », *Revue des études juives*, 128 [1969], p. 259-266, rééd. Id., *Médecine et Justice...*, n° 32, p. 128).

poursuite contre le praticien⁵⁷. Notons que dans ces cas, les maux considérés comme responsables de la mort, ne sont en aucun cas mis en relation avec l'intervention chirurgicale, soit parce que le patient était déjà, avant l'opération, en péril de mort, soit parce que les complications imprévisibles survenues sont considérées comme indépendantes de l'action du praticien. Ces précautions n'empêchent toutefois pas nombre de médecins, voire de chirurgiens, de critiquer des confrères peu qualifiés et de les tenir pour responsables de multiples accidents mortels⁵⁸. Mais cet échec est-il automatiquement imputable au thérapeute ?

3- Un partage des responsabilités ?

Que les praticiens médiévaux aient été conscients du caractère périlleux de leur art, c'est une évidence maintes fois soulignée, à commencer par les commentateurs du premier aphorisme d'Hippocrate ; ils observent, à l'image du médecin siennois Ugo Benzi (1376-1439)⁵⁹ au sujet de l'une des voies d'acquisition du savoir médical, l'expérience⁶⁰, que, à la différence d'autres arts, le métier médical est particulièrement difficile, son apprentissage long et que ses incidences sont, en cas d'erreur, dangereuses pour le patient :

« Mais dans l'acquisition de l'art par l'expérience, il y a deux difficultés : l'une [s'explique] parce que dans notre vie, nous pouvons faire l'expérience d'une seule et même chose pendant peu de temps. Car le corps humain subit des variations continuelles, tant intrinsèques qu'extrinsèques et ainsi une chose appliquée n'opère d'une seule manière que peu de temps et rarement. Cela ne se produit pas de la même manière dans d'autres domaines, car dans l'art des peaux, de la teinture ou de la forge, nous pouvons longtemps demeurer dans l'expérience, parce que nous opérons sur des choses qui subissent peu de variations internes. L'autre [difficulté] réside dans la crainte, car [l'art médical consiste à] opérer sur le corps humain vivant, qui est une chose très noble, très sujette au changement et que nous ne pouvons pas communément observer dans un état unique. [...] Aussi la peur est de nuire. Car si on nuisait par un préjudice mortel, il n'y aurait pas à cela de remède... Aussi pour atteindre de manière juste le but de l'art médical, il convient pour le médecin non seulement de faire ce qu'il doit, mais il

⁵⁷ ... *casu quo post scisuram per dictum magistrum Antonium fiendam propter febrem vel aliud malum seu divinum iudicium, quod absit, mouretur, quod propterea per ipsum Ant. R. seu alios quoscumque parentes suos, sive per quamvis curiam eidem magistro Antonio nullum dampnum seu preiudicium quovismodo inferatur* (Éd. G. Bres, *Da un archivio notarile di Grassa (Alpi-Marittimi)*, vol. 1, Nice, 1907, p. 37).

⁵⁸ Harley 3698, fol. 42v, 75v-76r, 91v...

⁵⁹ Sur ce professeur d'université également médecin de la famille des Este à Ferrare, voir D. P. Lockwood, *Ugo Benzi Medieval Philosopher and Physician 1376-1439*, Chicago, 1951.

⁶⁰ *Vita brevis, ars longa, tempus autem strictum vel acutum, experimentum vero fallax vel timorosum, iudicium vero difficile* (D. Jacquart, « Hippocrate en français. Le livre des amphorismes de Martin de Saint-Gille [1362-1363] », dans *Les voies de la science grecque. Études sur la transmission du savoir*

convient au malade d'être obéissant, aux assistants de servir comme il se doit et les choses extrinsèques doivent être appropriées⁶¹».

Comme le note le Siennois, l'apprentissage de l'art médical par l'expérience est de fait ardue car le corps humain est constamment soumis à des variations, qu'elles soient intrinsèques (« choses naturelles », comme l'âge par exemple qui fait changer la complexion naturelle de l'individu) ou extrinsèques (« choses non naturelles »⁶² qui sont aussi facteurs de mutation de la complexion et donc des causes de maladies) ; les autres arts, eux, travaillent sur des substances moins changeantes. De même, dans le champ médical, on constate que l'effet d'un médicament identique peut être différent selon les personnes soignées. Enfin, l'acte médical pouvant avoir des incidences graves sur le corps humain, il risque de susciter chez le praticien la peur d'une erreur aux conséquences parfois irréversibles. Plus largement, comme le soulignait déjà Galien et comme le répètent nombre d'auteurs médiévaux dans leurs commentaires, la connaissance que détient le médecin ne saurait être qualifiée de vérité universelle car elle se fonde non seulement sur les principes vrais de la philosophie naturelle, mais aussi sur des évidences sensibles et particulières. À la fois théorie et art, elle repose sur des vérités contingentes⁶³.

Cette mise en garde sur les limites et les dangers de l'intervention médicale va certes de pair avec une responsabilisation du praticien, qui doit savoir corriger constamment ses erreurs : « si en effet tu ne vois pas l'effet du médicament et dans le cours du processus tu reconnais

de l'Antiquité au dix-neuvième siècle, éd. D. Jacquart, Genève, 1997 [Hautes études médiévales et modernes, 78], p. 341-329, spéc. p. 307).

⁶¹ *Sed in acquerendo artem per experimentum due sunt difficultates : una quia per modicum tempus in vita nostra possumus experiri rem unam. Nam corpus humanum est in continua variatione tam ab instrinseco quam extrinseco, et ideo res applicata non operatur uno modo nisi modico tempore et raro. Non sic autem contingit in aliis partibus, nam in arte coriarorum aut tinctorum aut fabrorum possumus diu stare super experientia, quia operamur circa res que modicam suscipiunt ab intrinseco variationem. Secunda est timor, nam operando circa corpus humanum vivens, quia est res valde nobilis et permutabilis et non communiter in unica dispositione considerabilis [...]. Ideo timor est de nocumento. Nam si mortali nocumento noceret non est ei remedium. [...] ad recte consequendum finem artis medicine oportet non solum medicum facere ut debet, sed egrotante oportet esse obedientem et astantes in serviendo ut debet et debent esse res extrinsece opportune* (Ugo Benzi, *Expositio Ugonis Senensis super Aforismos Hippocratis et super commentum Galeni eius interpretis*, Venetiis, haeredes Scoti, 1517, f. 2va-b).

⁶² Sur cette notion, empruntée à la médecine arabe, D. Jacquart et N. Palmieri, « La tradition des *Masâ'il fî t-tibb* de Hunain ibn Ishâq », dans *Storia e Ecdotica dei testi medici greci. Atti del II convegno internazionale (Parigi, 24-26 maggio 1994)*, sous la dir. de A. Garzya, Naples, 1996, p. 217-236.

⁶³ Pour une analyse éclairante de ces débats, voir l'introduction de M. McVaugh au *Tractatus de intentione medicorum* d'Arnaud de Villeneuve, Barcelone, 2000 (*Arnaldi de Vilanova opera medica omnia*, V.1).

que tu n'as pas bien opéré, en aucune manière ne reste dans l'erreur, mais corrige-toi »⁶⁴, recommande Bernard de Gordon ; il doit aussi comme le souligne Guy de Chauliac « être audacieux dans les choses sûres, timide dans les dangereuses, et fuir les mauvais soins »⁶⁵. Mais ces mises en garde soulignent aussi la responsabilité du patient : en effet, le malade, son entourage, les aides sont parties prenantes de l'intervention médicale. Ce présupposé est souvent évoqué dans les ouvrages qui livrent des conseils à de jeunes confrères, à l'image des propos tenus par Henri de Mondeville à de futurs chirurgiens :

« Pour la guérison d'une maladie guérissable quelconque, quatre conditions sont nécessaires dont une seule dépend du médecin, les trois autres [cependant], d'autres que lui. Si de ces quatre conditions une seule, quelle qu'elle soit, fait défaut, si nous n'y prenons pas garde, et lors même que les trois autres se trouvent remplies, jamais la maladie ne guérira. Puisque la guérison d'une maladie dépend à la fois du médecin, du malade, des assistants et des accidents extérieurs, que le chirurgien, responsable seulement du quart de la cure, n'en prenne pas à l'avance la garantie totale, puisque cette cure dépend pour plus du triple de trois autres conditions⁶⁶ ».

Plus que la simple relation patient-médecin, qui demeure certes centrale, l'acte médical est donc pensé comme un ensemble de relations qui engagent, au-delà des principaux partenaires, d'autres intervenants, les assistants – souvent de jeunes confrères –, l'entourage du patient et les accidents extérieurs, facteurs qui peuvent venir compliquer l'action engagée par le médecin. Cette perception repose sur un partage des responsabilités entre les différents acteurs dont témoignent autant le propos des autorités médicales que la pratique du métier : au médecin le bon pronostic et la juste thérapie, au patient l'obéissance et la confiance⁶⁷. Mais ce partage peut aussi être synonyme de dilution de ces mêmes responsabilités lorsque le médecin affirme par exemple qu'il aurait pu guérir tel cas mais qu'il en a été empêché par les assistants⁶⁸, ou quand il dénonce un patient désobéissant qui n'a pas suivi ses prescriptions, ou

⁶⁴ *Si enim effectum medicaminis non videris et in processu cognoscis quod non bene operaris nullo modo moreris in errore sed corrige teipsum (De decem ingeniis curandorum morborum, Lyon, 1491, fol. 283v).*

⁶⁵ *Sit audax in securis, timidus in periculis, malas curas fugiat (Guigonis de Caulhiaco..., p. 9).*

⁶⁶ *La chirurgie de maître Henri de Mondeville..., p. 6.*

⁶⁷ On retrouve ce même partage de responsabilités dans le commentaire du maître bolonais du XIII^e siècle, Taddeo Alderotti, au premier aphorisme d'Hippocrate : *Oportet quod medicus operetur sicut oportet et infirmus sit obediens et ministri eius sint idonei et res extrinsece sint sicut oportet (Thaddei florentini expositiones in arduum Aphorismorum Ipcratis volumen, in inclyta Venetiarum urbe, Luce Antonij Iunta sumptibus, 11527, f. 2vb).* Cf. encore *Guigonis de Caulhiaco..., p. 10.* Voir, pour l'étude d'un cas particulier, M. Nicoud, « Les médecins à la cour de Francesco Sforza ou comment gouverner le Prince », dans *Le désir et le goût. Une autre histoire (XIII^e-XVIII^e siècle). Actes du colloque international à la mémoire de Jean-Louis Flandrin (Saint-Denis, septembre 2003)*, Paris, 2005, 201-217, spéc. p. 214-215 (Temps & Espaces).

⁶⁸ Exemple donné par Bernard de Gordon à propos d'assistants qu'il accuse d'homicide pour l'envoyer empêché d'opérer (Harley 3698, fol. 27r).

encore, comme cela est souvent d'usage, plusieurs praticiens se sont trouvés au chevet du même patient⁶⁹. Dans les actes notariés, on n'indique pas la manière dont le médecin ou le chirurgien opère, lui laissant ainsi la possibilité de modifier sa cure. En revanche, sont parfois mentionnées les obligations du patient⁷⁰, parmi lesquelles figure en bonne place le respect du régime auquel il est soumis. Ainsi, le notaire Thomasio de Bonavita « doit s'abstenir des choses comestibles mais inutiles qui lui ont été signifiées par le barbier »⁷¹. Dans le contrat génois du début du XIIIe siècle déjà cité, la liste paraît plus détaillée, puisque sont interdits fruits, viande de bœuf, pâtes bouillies et choux, toutes choses qui sont, d'après le thérapeute, susceptibles de provoquer l'échec de la cure. Certaines clauses précisent alors que si le patient ne suivait pas les dites prescriptions, non seulement il serait redevable au médecin de son salaire, mais souvent même d'une amende⁷².

Le patient n'est donc pas perçu dans la relation médiévale comme un être passif ; il est partie prenante de la thérapie en adhérant aux prescriptions du praticien et en se soumettant au régime de vie qui lui a été recommandé. Même si les contrats ne l'affirment pas nécessairement, il y a fort à croire que cette obéissance réclamée par le praticien et le traitement lui-même ont fait l'objet d'une véritable négociation⁷³, au même titre qu'a été négociée la rétribution du médecin comme en témoignent les engagements réciproques des deux contractants.

Métier à risque où l'acte médical est tout autant susceptible en cas de maîtrise de provoquer la guérison qu'en cas d'erreur la mort du patient, l'art médical engage non seulement la réputation du médecin, mais sa propre personne. Figure de plus en plus recherchée pour ses compétences, et dont le statut social s'affirme à la fin du Moyen Âge, le praticien gradué est conscient et de ses responsabilités et des limites de son art. Son savoir, théorique et pratique, vise à comprendre l'essence des choses naturelles et permet de connaître « quelles passions

⁶⁹ C. Crisciani, « Éthique des *consilia* et de la consultation... ». Pour un cas particulier, M. Nicoud, « Expérience de la maladie et échange épistolaire : les derniers moments de Bianca Maria Visconti (mai-octobre 1468) », *Mélanges de l'École française de Rome. Moyen Âge*, 112 (2000), p. 311-458.

⁷⁰ Voir note 48.

⁷¹ *Pactum similiter quod idem notarius Thomasius debeat se astinere a rebus comestibilibus sed inutilibus sibi declarandis per dictum magistrum Fridericum infra dictum tempus* (ASP, ND, b. 31. En date du 23 nov. 1405).

⁷² Par exemple dans un acte aixois du 3 octobre 1413 (N. Coulet, « Documents aixois... », n°4 p. 117).

⁷³ C'est aussi ces termes que l'exprimaient pour des périodes plus récentes M. Foucault (« La politique de santé... ») et J. Starobinski parlant du rapport « quasi contractuel qui lie l'attente de la guérison à l'offre de traitement » (art. « Guérison », dans D. Lecourt, *Dictionnaire de la pensée...*, p. 547).

sont guérissables et lesquelles ne le sont pas ainsi que les moyens de soigner les curables »⁷⁴. Toutefois, dans l'acte médical entrent aussi en jeu le patient et son entourage, parfois prompts à désobéir, voire à recourir à d'autres confrères qui promettent monts et merveilles pas toujours susceptibles de se concrétiser. Dans le cadre d'un marché de la santé en plein essor, où la compétition entre praticiens tend à s'étendre et où, aux côtés des professionnels dont les titres ont été validés par les autorités compétentes, œuvrent de nombreux empiriques et autres charlatans à la réputation parfois bien assise, le praticien médiéval se trouve souvent pris entre ses obligations éthiques, les limites de son savoir et les attentes de ses patients. Tandis qu'au milieu du XVe siècle, le Padouan Michel Savonarole recommandait à son collègue et ami Sigismond Polcastro de pratiquer « science, exercice, adresse, mémoire et prudence »⁷⁵, des qualités en vertu desquelles on doit choisir (*eligatur*) le médecin, nombreux étaient sans doute ceux qui n'hésitaient pas à promettre la guérison et à s'engager sur le chemin de soins périlleux⁷⁶, ou du moins inefficaces. Aussi dans les textes médicaux comme dans les chroniques ou les actes de la pratique est-il fréquent de dénoncer l'incompétence ou le danger que représentent des praticiens peu et mal formés. Comme l'a montré Franck Collard, si un certain Jean de Grandville, médecin d'Amédée VII de Savoie, mort brutalement en 1390, fut accusé d'empoisonnement par des membres de l'entourage du duc, pour l'un de ses confrères, c'est son incompétence, liée à l'absence de titres académiques requis et à son statut d'étranger, qui expliquent l'échec de son traitement⁷⁷.

En un sens, comme le soulignait Gianna Pomata, ce n'est pas tant l'échec en soi qui est sanctionné, sauf si le praticien a assuré son patient d'une guérison non advenue, que des déviances d'ordre professionnel, lorsqu'un charlatan ou un empirique se pare d'attributs auxquels il n'a pas droit. Dans cette défense du métier médical, l'échec apparaît défini à l'aune des propositions du praticien qui mesure ce que le malade est en droit d'attendre de la thérapie.

Marilyn Nicoud

⁷⁴ *Est scientia comprehendendi essentiam nature rerum et investigatio substantie uniuscuiusque membri actionis quoque iuvamenti sueque compositionis cum quam quidem scientia potest sciri que passiones sunt curabiles et que incurabiles et quomodo curande sunt curabiles (Thaddei florentini expositiones..., f. 2va).*

⁷⁵ *Practica maior Ioan[ni] Michaelis Savonarolae Medici Patavini, Venetiis, apud Vincentium Valgrisium, 1560, f. IIr.*

⁷⁶ Ici se font jour aussi des débats sur le problème de l'innovation et de la recherche de nouveaux médicaments qui ne suscitent pas toujours l'approbation de la communauté médicale. Cf. C. Crisciani, « History, Novelty, and Progress in Scholastic Medicine », *Osiris*, 6 (1990), p. 118-139.

⁷⁷ F. Collard, « *Perfidus physicus ou inexpertus medicus*. Le cas de Jean de Grandville, médecin du comte Amédée VII de Savoie », dans *Mires, physiciens, barbiers et charlatans. Les marges de la médecine de l'Antiquité au XVIIe siècle*, dir. F. Collard et É. Samama, Langres, 2004 (Hommes et textes en Champagne), p. 133-149.

Récit de la mort de Laurent de Médicis par Ange Politien

Laboraverat igitur circiter menses duos Laurentius Medices e doloribus iis qui, quoniam viscerum cartilagini inhaereant, ex argumento hypochondrii appellantur. Hi tametsi neminem sua quidem vi iugulant, quoniam tamen acutissimi sunt, etiam iure molestissimi perhibentur. Sed enim in Laurentio fatone dixerim an inscitia incuriaque medentium id evenit, ut dum curatio doloribus adhibetur febris una omnium insidiosissima contracta sit, quae sensim illapsa, non quidem in arterias aut venas, sicuti ceterae solent, sed in artus, in viscera, in nervos, in ossa quoque et medullas incubuerit. Ea vero, quod subtiliter ac latenter quasique lenibus vestigiis irrepserat, parum primo animadversa ; dein vero cum satis magnam sui significationem dedisset, non tamen pro eo ac debuit diligenter curata, sic hominem debilitaverat prorsus atque afflixerat, ut non viribus modo, sed corpore etiam paene omni amisso et consumpto distabesceret. Quare pridie quam naturae satisfaceret, [...] ita repente concidit totus, nullam ut iam suae salutis spem reliquam ostenderet. Quod homo, ut semper cautissimus, intelligens, nihil prius habuit quam ut animae medicum accerseret, cui de contractis tota vita noxiis christiano ritu confiteretur. [...] Instabant medici adhuc tamen, et ne nihil agere viderentur, officiosissime hominem vexabant, nihil ille tamen aspernari, nihil aversari, quod illi modo obtulissent ; non quidem quoniam spe vitae blandientis illiceretur, sed ne quem forte moriens vel levissime perstringeret. [...] Quidam illus etiam, ut sunt ingenia, pro monstro interpretantur, quod excellentissimus, ita enim habebatur, huius aetatis medicus, quando ars eum praescitaque fefellerant, animum desponderit, puteoque se sponte demerserit, ac principi ipsi Medicae, [...], familiae sua nece parentaverit⁷⁸.

⁷⁸ Éd. et trad. italienne de E. Garin, *Prosatori latini del Quattrocento*, Milan-Naples, 1952, p. 886-901 (La letteratura italiana. Storia e testi, vol. 13).