

ASSISTANCE ET SANTÉ PUBLIQUE DANS LA CONSTRUCTION DE L'ÉTAT MODERNE : L'EXPÉRIENCE PORTUGAISE

Laurinda Abreu

Belin | « Revue d'histoire moderne & contemporaine »

2014/3 n° 61-3 | pages 67 à 97

ISSN 0048-8003

ISBN 9782701190143

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2014-3-page-67.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Belin.

© Belin. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Assistance et santé publique dans la construction de l'État moderne : l'expérience portugaise

Laurinda ABREU

Au cours des trois dernières décennies, la connaissance du processus historique complexe de la construction de l'État moderne en Europe s'est approfondie grâce à des travaux coordonnés qui ont mobilisé, de façon plus critique que par le passé, un ensemble de sources très diverses et d'études de cas couvrant une vaste aire géographique.

Au Portugal comme ailleurs, l'historiographie s'est divisée en deux courants distincts. Le premier insiste sur le caractère centralisateur des mesures prises par les monarques modernes, constructeurs de l'État, nouvelle instance capable de former et d'organiser des empires à l'échelle mondiale et, simultanément, de restructurer les espaces nationaux. L'administration publique, la collecte des impôts, la mobilisation de l'armée, l'activité législative, systématique et élargie ont été réinterprétées, sinon en termes de pouvoir illimité du monarque, du moins comme synonymes de l'exercice d'une autorité de plus en plus forte.

À l'inverse, le second, qui correspond à l'école fondée par António Hespanha, interprète *a minima* les projets précoces de centralisation, qui ne seraient pleinement identifiables du point de vue politique, social et institutionnel qu'avec l'affirmation ultérieure de l'État libéral. Il insiste sur l'inefficacité des instruments du gouvernement central et, tout particulièrement, sur la faible capacité d'organisation de l'appareil bureaucratique surtout au niveau de l'administration périphérique de la Couronne¹. Dans la même perspective, la pluralité des juridictions représentait une entrave supplémentaire et profonde à l'exercice effectif de la souveraineté royale, incapable d'imposer des modèles d'action homogènes, forgés par une culture érudite à tendance juridique qui émanait du pouvoir central. Et ceci sans cesser de valoriser les

1. Parmi la vaste production de cet auteur, nous retiendrons António Manuel HESPAÑHA, *As Vésperas do Leviathan. Instituições e Poder Político. Portugal – século XVII*, Coimbra, Almedina, 1994 ; ID. (ed.), *Poder e Instituições na Europa do Antigo Regime*, Lisbonne, Fundação Calouste Gulbenkian, [s. d.]

représentations iconiques et symboliques de la royauté et du gouvernement, dont la magnificence s'affirmait de manière croissante, non seulement en tant que moyen de propagande et de légitimation, mais aussi comme manière de colmater ce qu'António Hespanha désigne comme l'«impuissance juridique et constitutionnelle de la Couronne»².

Les travaux les plus récents aboutissent donc à reconsidérer la capacité effective d'intervention du monarque moderne, et contribuent largement à une rénovation de l'historiographie institutionnelle portugaise³. D'autres recherches ont ainsi permis de réaffirmer, à partir d'une documentation très solide, la coexistence de l'État avec les autres pouvoirs⁴. Cependant, l'omniprésence des critères institutionnels et politiques a relégué implicitement les dispositifs de charité, d'assistance et de santé publique dans un autre champ d'intervention, dans lequel la dimension politique est pratiquement devenue secondaire⁵.

L'exclusion des politiques d'assistance hors des éléments essentiels de la construction de l'État moderne découle, en grande partie, du caractère très institutionnel des recherches disponibles alors sur ce thème et de la conviction que l'assistance constituait un champ non seulement secondaire mais aussi

2. ID., *Poder e Instituições no Antigo Regime. Guia de Estudo*, Lisbonne, Edições Cosmos, 1992, notamment p. 23-58.

3. Cette problématique a fait l'objet d'une synthèse réalisée par Maria Margarida SOBRAL DA SILVA NETO pour le rapport du séminaire du «Second cycle en histoire moderne : pouvoirs, idées et institutions» présenté pour l'obtention du titre d'agrégé à l'université de Coimbra en août 2007. La variété des positions, qui est fondée sur diverses expériences de recherche, est exposée dans António DE OLIVEIRA, «As cidades e o poder no período filipino», in *Movimentos Sociais e Poder em Portugal no Século XVII*, Coimbra, Instituto de História Económica e Social/Faculdade de Letras, 2002, p. 101-129; ID., «A República e as Repúblicas», in *O Poder Local em Tempos de Globalização. Uma História e um Futuro*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2005, p. 13-47.

4. Sérgio CUNHA SOARES, *O Município de Coimbra da Restauração ao Pombalismo. Poder e Poderosos*, Coimbra, CHSC, vol. 1 (2001), vol. 2 (2002), vol. 3 (2004); Maria Helena COELHO, Joaquim Romero MAGALHÃES, *O Poder Concelhio. Das Origens às Constituintes*, Coimbra, CEFA, 1986; J. R. MAGALHÃES, «As estruturas sociais de enquadramento da economia portuguesa de Antigo Regime: os concelhos», *Notas Económicas*, 4, 1994, p. 30-47; Pedro CARDIM, «O poder dos afectos: ordem amorosa e dinâmica política no Portugal do Antigo Regime», thèse de doctorat en histoire, Universidade Nova de Lisboa, 2000; Nuno Gonçalo MONTEIRO, *Elites e Poder. Entre o Antigo Regime e o Liberalismo*, Lisbonne, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, 2003; Ângela BARRETO XAVIER, «*El Rei aonde pôde, & não aonde quer*», *Razões da Política no Portugal Seiscentista*, Lisbonne, Colibri, 1998; Mafalda SOARES DA CUNHA, *A Casa de Bragança 1560-1640. Práticas Senhoriais e Redes Clientelares*, Lisbonne, Editorial Estampa, 2000.

5. Diogo RAMADA CURTO (ed.), *O Tempo de Vasco da Gama*, [Lisbonne], CNCDP – Expo 98, Difel, 1998; ID., «A cultura política», in José MATTOSO (ed.), *História de Portugal*, vol. 3, Lisbonne, Círculo de Leitores, p. 115-147; João Paulo OLIVEIRA E COSTA, *D. Manuel I (1469-1521), Um Príncipe do Renascimento*, *Reis de Portugal*, Lisbonne, Círculo de Leitores, 2005; João ALVES DIAS, *Gentes e Espaços. Em Torno da População Portuguesa na Primeira Metade do Século XVI*, vol. 1, Lisbonne, Fundação Calouste Gulbenkian, Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica, 1996; Ana Isabel BUESCU, *Imagens do Príncipe, Discurso Normativo e Representações (1525-49)*, Lisbonne, Edições Cosmos, 1996; EAD., *D. João III, Reis de Portugal*, Lisbonne, Círculo de Leitores, 2005; Maria Paula LOURENÇO, «Estado e Poderes», in Joel SERRÃO, A. H. DE OLIVEIRA MARQUES (ed.), *Nova História de Portugal*, vol. 7, *Portugal da Paz da Restauração ao Ouro do Brasil*, Lisbonne, Editorial Presença, 2001, p. 17-89; EAD., *D. Pedro II, Reis de Portugal*, Lisbonne, Círculo de Leitores, 2006; José Pedro PAIVA, «A Igreja e o poder», in Carlos MOREIRA DE AZEVEDO (ed.), *História Religiosa de Portugal*, volume 2, *Humanismos e Reformas*, Lisbonne, Círculo de Leitores, 2000, p. 135-171; ID., *Os Bispos de Portugal e do Império (1495-1777)*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

périphérique. Ces travaux affirmaient en outre que, malgré tous les investissements réalisés pour réorganiser les ressources de santé et d'assistance, ainsi que les tentatives pour médicaliser quelques hôpitaux, les États européens n'avaient pas été capables d'instaurer une politique nationale d'assistance et de santé publique pendant la période moderne. Les multiples débats qui ont donné naissance, à partir des années 1980, à la rénovation de l'historiographie de l'assistance en Europe ont accentué la perception du caractère urbain et communautaire des politiques sociales modernes et souligné le fait qu'elles étaient pour l'essentiel une réponse à des intérêts spécifiques et conjoncturels. Tout changement structurel n'était envisagé qu'à partir du moment plus tardif où le « grand Léviathan » devenait suffisamment fort pour imposer un gouvernement national centralisé, doté d'un ensemble de doctrines politiques et économiques qui, à des degrés divers, influençaient l'administration de la santé publique.

À l'opposé, nous proposons ici de prendre au sérieux l'ensemble des politiques d'assistance parmi les pratiques gouvernementales qui ont contribué au renforcement du pouvoir royal et à l'émergence de l'État central moderne. Au Portugal, le roi Manuel I^{er} ne fut-il pas l'un des premiers responsables de la création des conditions qui conduisirent à l'organisation du champ de la charité et de l'assistance de façon à l'utiliser comme un moyen d'imposer des décisions royales, de mieux contrôler des élites locales et même de réorganiser le territoire et les pouvoirs locaux ? La documentation permet de soutenir que l'importance et l'impact des politiques sociales sur la charité, l'assistance et la santé dans le renforcement du pouvoir royal de l'époque moderne constituèrent un champ d'expérimentation et d'application exemplaire.

Ces affirmations ne sont pas fondées sur l'hypothèse d'une royauté quasi absolutiste capable de transformer en profondeur la politique de soins et d'assistance aux pauvres⁶. Le point de départ de cet article a simplement été la découverte d'une accumulation, au XVI^e siècle, de documents qui montrent que la Couronne portugaise a été capable de proposer une sorte de « *welfare system* » à l'échelle nationale, suivant des régulations semblables, respectant des politiques identiques et visant les mêmes objectifs sociaux⁷. La monarchie institutionnalisa et organisa des pratiques de charité individuelles, fondées sur des principes de réformes humanistes, avec le soutien des papes et le profond engagement des élites locales, et elle réussit à imposer un nouveau modèle de charité. Même si les secours aux pauvres étaient administrés à l'échelle locale, selon les intérêts des élites locales qui mobilisaient des ressources en fonction de leurs propres critères de choix, les règles d'ensemble n'étaient pas dictées par les municipalités mais bien par la Couronne.

6. Laurinda ABREU, « The Portuguese hospitals under the Misericórdias' confraternities (16th-18th centuries) : Community or Crown control? », in Christopher BONFIELD, Jonathan REINARZ, Teresa HUGUET-TERMES (ed.), *Hospitals and Communities, 1100-1960*, Londres, Peter Lang, 2013, p. 209-235, p. 212.

7. L. ABREU, « Limites e fronteiras das políticas assistenciais entre os séculos XVI e XVIII : continuidades e alteridades », *Varia História*, 26-44, 2010, p. 347-371.

La façon dont elle pilota le processus, se plaçant elle-même en position de tutelle dans le domaine de la politique des soins et de la politique à l'égard des pauvres, mais sans engagement financier régulier de sa part, contribua à renforcer son autorité et sa présence dans les communautés locales. De toute évidence, elle constituait un pouvoir distant, disposant de peu de représentants locaux, qui négocia en respectant les privilèges existants mais en en créant aussi de nouveaux⁸. Elle agit également comme médiateur, en particulier dans le cas où des groupes rivaux se disputaient le contrôle des institutions charitables et demandaient un arbitrage de la part des cours royales⁹. Cette interprétation nouvelle ne fait pas consensus parmi les historiens spécialistes de l'assistance aux pauvres, qui insistent sur le caractère paternaliste et profondément religieux des multiples interventions du monarque dans les pratiques d'assistance. Quant aux spécialistes de l'histoire institutionnelle, en conformité avec la tendance générale de l'historiographie européenne, ils passent sous silence la charité et l'assistance, comme s'il s'agissait de questions marginales en termes politiques. Par exemple, João Paulo Oliveira e Costa présente le roi Manuel I^{er} (1495-1521) comme un monarque centralisateur, créateur de vastes programmes de réformes administratives, de rénovation urbaine et d'investissement dans les arts; en revanche il réduit pratiquement son action dans le domaine de la charité et de l'assistance à la création des confréries de la *Misericórdia*¹⁰.

Cet article propose donc d'analyser les circonstances institutionnelles, politiques et sociales qui ont facilité la construction, le développement et la consolidation d'un système d'assistance et de santé publique entendu ici comme un ensemble de politiques systématiques, articulées et délibérées d'assistance et d'offre de soins, dans un cadre national, à l'initiative des monarques portugais de la période moderne.

L'INVENTION D'UN RÉSEAU MÉDICAL¹¹

Quelques années avant la fin de la dynastie d'Avis, probablement vers 1568¹², une ordonnance royale obligea 76 municipalités à verser une contribution de

8. Sur ce type de situation on peut lire la préface de Jean-Louis Harouel au livre d'Alexandre LUNEL, *La maison médicale du roi, XVI^e-XVIII^e siècle. Le pouvoir royal et les professions de santé*, Seyssel, Champ Vallon, 2008, p. 9.

9. Notre analyse suit celle de Michael BRADDICK, «State formation and social change in Early Modern England: a problem stated and approaches suggested», *Social History*, 16-1, 1991, p. 1-17.

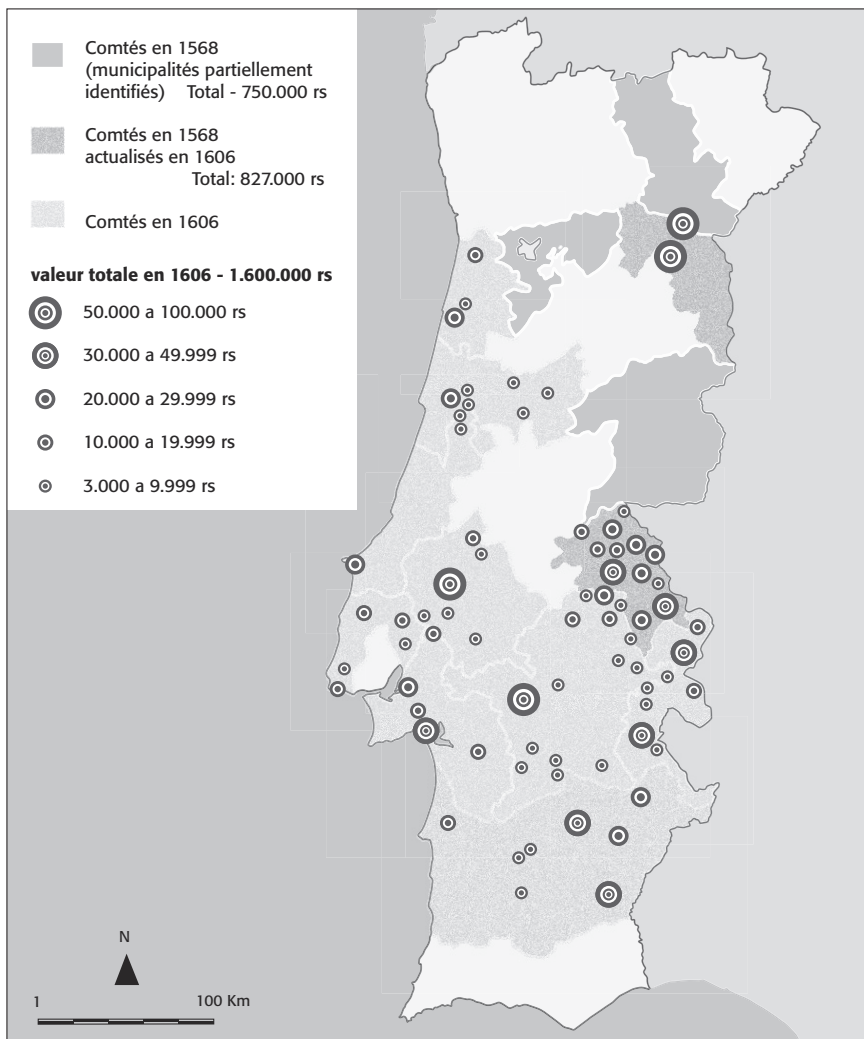
10. J. P. OLIVEIRA E COSTA, *D. Manuel I...*, *op. cit.*

11. L'expression est utilisée ici dans le sens d'une offre large de différentes ressources de secours et de soins organisés par la Couronne afin de venir en aide aux pauvres. Elle ne prend pas le sens de «service public» que Christelle Rabier donne aux interventions des chirurgiens parisiens au XVIII^e siècle, où l'administration de l'urgence repose sur la coordination logistique entre les chirurgiens de ville, les hôpitaux et l'administration policière: Christelle RABIER, «Le "service public" de la chirurgie: administration des premiers secours et pratiques professionnelles à Paris au XVIII^e siècle», *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 58-1, janvier-mars 2011, p. 101-127. Une expérience semblable fut tentée au Portugal entre 1780 et 1805 mais échoua totalement.

12. La date est mentionnée dans un règlement de 1604 mais l'original de 1568 n'a pas été retrouvé.

DOCUMENT 1

Municipalités imposées pour l'Arca dos médicos e dos boticários (1568/1606)



750000 réis annuels pour le financement de la formation de 30 médecins à l'université de Coimbra¹³. En 1606, Philippe II (Philippe III d'Espagne), le monarque espagnol qui régnait sur le Portugal à cette date, ordonna que soient

13. Plus trois bourses octroyées aux étudiants du collège de São Paulo (deux) et de São Pedro (une). Voir Fernando TAVEIRA DA FONSECA, *A Universidade de Coimbra (1700-1771). Estudo Social e Económico*, Coimbra, Acta Universitatis Conimbrigensis, 1995, p. 644, note 199.

formés également 20 apothicaires ; il fit passer le montant de la contribution à 1 600 000 *réis*¹⁴ et étendit la mesure au Sud du pays, en particulier aux municipalités du bassin du Tage jusqu'à l'Estrémadure espagnole. À l'initiative de la Couronne, une grande réforme de la formation pratique des professionnels de santé, supervisée par le Grand médecin (*Físico-Mor*), fut entreprise. Alors qu'il n'existait précédemment aucune filière de formation à l'université pour les apothicaires, ils devaient désormais suivre deux années d'enseignement de latin (à Coimbra, Lisbonne, Évora ou Braga) puis quatre années de stage dans une boutique d'apothicaire choisie par l'université. À l'issue de cette formation, les étudiants apothicaires étaient évalués par un jury de professeurs de la faculté de médecine et deux apothicaires¹⁵. À la même époque fut aussi lancée par la Couronne, toujours supervisée par le Grand médecin, la réorganisation du cursus de l'ensemble de la formation médicale empirique, domaine où, à côté des apothicaires, les chirurgiens dominaient. Il s'agissait d'un processus séparé du premier, doté d'une dynamique spécifique¹⁶, objet de recherches nouvelles aujourd'hui, et très différent de celui développé du côté espagnol¹⁷ (document 1).

La participation financière de chaque municipalité avait été calculée en fonction de ses revenus, évalués par les *Provedores de Comarca*, représentants du pouvoir royal qui avaient reçu l'ordre de visiter en personne les municipalités de leur ressort afin d'analyser les recettes et les dépenses et de permettre ainsi au roi de calculer l'impôt que chaque municipalité était en mesure de payer¹⁸. Les versements devaient être faits à l'aide des premiers revenus qui entreraient dans les coffres municipaux. La priorité d'accès à l'université de Coimbra pour les étudiants issus des villes taxées fut en outre immédiatement stipulée¹⁹.

Une analyse de la distribution géographique des municipalités imposées révèle l'exclusion des grands centres urbains, à l'exception d'Estremoz, Setúbal et Santarém. Il s'agissait des trois agglomérations principales du centre (Santarém) et du Sud du pays, dans lequel il y avait en outre davantage de municipalités taxées que dans le Nord. Des douze régions taxées, les six situées au Sud devaient s'acquitter de 62 % du montant total. Il ne s'agissait pas des secteurs les plus densément peuplés mais de ceux où la concentration urbaine était la plus importante, et qui détenaient le plus grand nombre de municipalités

14. José Justino DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção Chronologica da Legislação Portuguesa*, Lisbonne, Imprensa de J. J. A. Silva, 1854-1869, vol. 1 (1603-1612), p. 152-154.

15. João Rui PITA, *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*, Coimbra, Minerva, 1996, p. 285-293.

16. Raison pour laquelle il n'est pas possible, dans le cas portugais, d'utiliser la notion de « monde médical » que L. Brockliss and C. Jones mobilisent pour étudier le cas français, traitant ensemble des personnes formées à l'université et des empiriques. Laurence BROCKLISS, Colin JONES, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford, Oxford University Press, 1997.

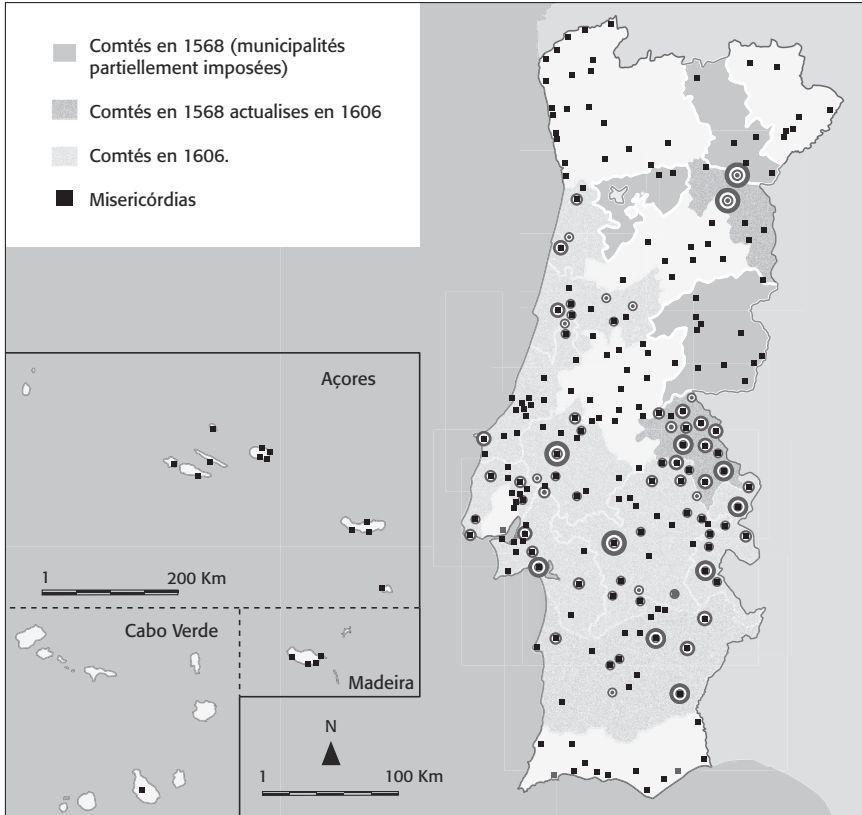
17. María Soledad CAMPOS Díez, *El Real Tribunal del Protomedicato Castellano (siglos XIV-XIX)*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1999 ; Michele L. CLOUSE, *Medicine, Government and Public Health in Philip II's Spain: Shared Interests, Competing Authorities*, Farnham, Ashgate, 2011.

18. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 1 (1603-1612), p. 152.

19. *Ibidem*, p. 154.

DOCUMENT 2

*Municipalités imposées pour l'Arca dos medicos e dos boticários (1568/1606)
et les Misericórdias (1498-1606)*



(344 sur un total de 634, distribuées sur 6 districts judiciaires)²⁰. Ces régions avaient connu une croissance rapide, démographique et économique, en partie à la suite de l'essor du commerce du sel et du développement de fonctions militaires. L'investissement pour une meilleure offre de soins dans une zone géographique très proche de la frontière, et par conséquent utilisée par les voisins des deux pays, remplit aussi un rôle politique qu'il convient de ne pas oublier (document 2).

20. Nous ne disposons pas de données suffisantes permettant d'illustrer comment le processus a été conduit dans les colonies. Cependant, une lettre royale du 20 octobre 1620, ordonnant au gouverneur de l'Angola de se faire accompagner d'un médecin, d'un chirurgien et d'un apothicaire, et stipulant que leurs salaires seraient payés à l'aide des revenus de la mairie de Luanda, en accord avec la décision du Desembargo do Paço (Cour suprême), indique que les procédures devaient être semblables à celles de la métropole: J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 3 (1620-1627), p. 31.

En raison d'une décision royale, les impôts cités dans l'ordonnance de 1568 étaient collectés par l'université de Coimbra, institution également responsable de l'utilisation de ces fonds et de leur gestion financière. Inscrites sous le nom de *Arca dos médicos e dos boticários* (Coffre des médecins et des apothicaires), ces sommes constituaient une sorte de comptabilité parallèle de l'université elle-même, qui plaçait l'argent à intérêt, avec un profit de l'ordre de 15 %²¹. Elle finançait ainsi les bourses étudiantes destinées à la formation des médecins et apothicaires et prêtait de l'argent aux professeurs pour faire imprimer leurs livres²². Ce système de bourses était spécifique à la Faculté de médecine²³. Leur distribution tenait compte non seulement des mérites et des conditions économiques des candidats – exclusivement des chrétiens de souche, ce qui excluait, dès le départ, les descendants de juifs et de musulmans, principe d'ailleurs commun aux sociétés ibériques qui, dans le champ de la médecine, aboutissait à contrecarrer leur position dominante –, mais exigeait également que les étudiants aient un responsable, garant de leur présence aux cours et de la conclusion de leurs études. Un contrôle de l'assiduité des étudiants était organisé et chaque absence amputait le montant de la bourse.

Au cours de la période qui voit l'implantation et le début du fonctionnement de cette nouvelle structure, qui était simultanément fiscale, juridictionnelle et académique, une correspondance intense entre les municipalités et l'administration centrale se développe. Elle est dominée par les demandes d'autorisations adressées par les municipalités au roi pour la nomination de médecins et d'apothicaires (parfois aussi de chirurgiens) destinés à offrir des services de soins à leurs populations²⁴. Il semble que ces demandes suivaient les règles de l'ordonnance royale du 23 décembre 1585 et que la préférence était donnée aux professionnels qui avaient bénéficié des bourses accordées par l'*Arca dos médicos e boticários*²⁵. Mais il est impossible de prouver pour l'instant que les municipalités répondaient aux attentes de la Couronne en récompensant par un emploi dans l'administration locale ceux qui avaient déjà été soutenus dans

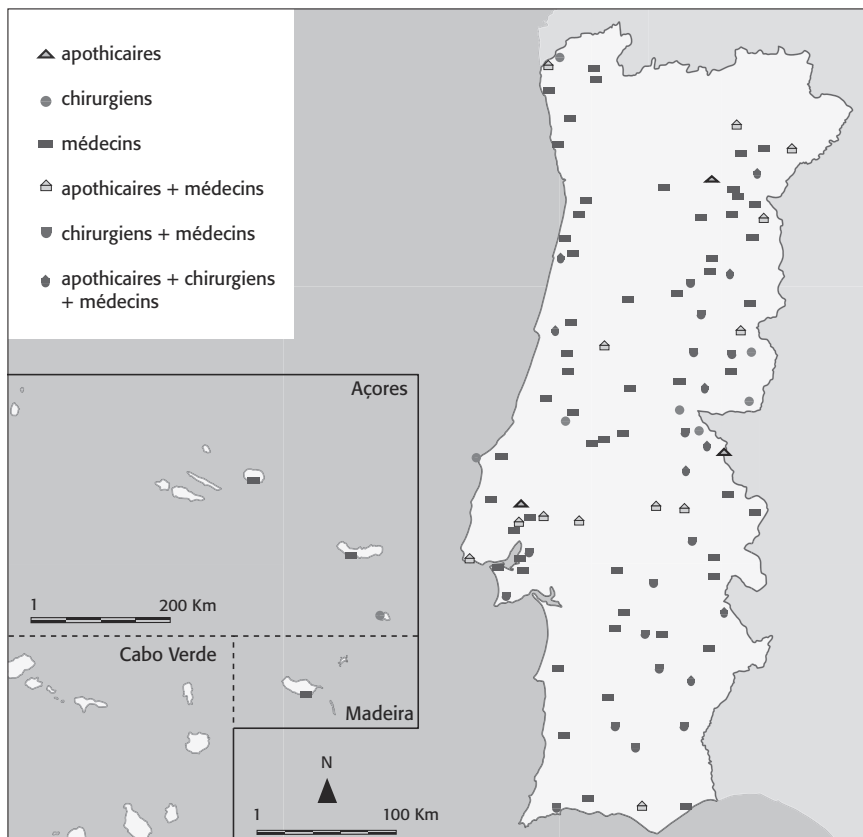
21. F. TAVEIRA DA FONSECA, *A Universidade de Coimbra...*, op. cit., p. 644-651.

22. Maximiano LEMOS, *História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições*, vol. 1, Lisbonne, Publicações Dom Quixote/Ordem dos Médicos, 1991, p. 158.

23. 20 000 réis par an pour les médecins, selon le *Règlement des médecins et des apothicaires chrétiens de souche* (1653), un montant qui a doublé (40 000 réis) en 1729. Uniquement pour donner une idée relative de ces sommes : le salaire du professeur le plus gradé de la Faculté de médecine était, en 1672, de 240 000 réis et le salaire minimum était de 50 000 réis. La seule information sur le nombre de candidats aux bourses annuelles se rapporte à l'année 1676 avec 80 étudiants pour 12 bourses. F. TAVEIRA DA FONSECA, *A Universidade de Coimbra...*, op. cit., respectivement, p. 644-645, p. 484 et p. 659. Entre 1769 et 1772, les 53 bourses pour médecins et apothicaires ont été presque toutes attribuées.

24. Les rares nominations qui apparaissent sous le règne du roi Jean III (1521-1557) montrent que le principe de la nomination royale de professionnels de santé était antérieur à ce mouvement. Arquivos Nacionais. Torre do Tombo (désormais ANTT), *Chancelaria de D. João III*, livre 4 (f° 39v; 61-61v); livre 5 (f° 35); livre 25 (f° 195).

25. Le diplôme de 1604 précise que les boursiers devaient avoir la primauté dans les nominations de médecins, chirurgiens et apothicaires des villes, des bourgades, des hôpitaux, des *Misericórdias*, des tribunaux, des communautés religieuses, entre autres.

DOCUMENT 3*Réseau médical (1568-1598)**

* ANTT: *Chancelaria de D. Sebastião e D. Henrique*, livres n° 1, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 20, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46; *Chancelaria de Filipe I*, livres n° 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32.

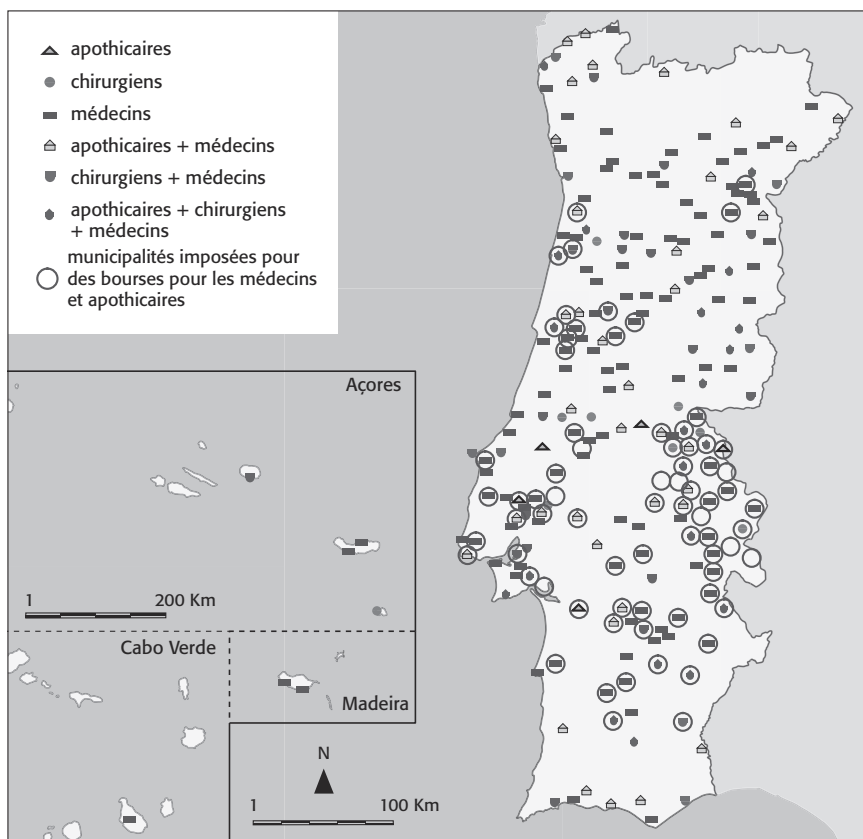
leur formation académique. Il existe toutefois une certitude empirique : depuis 1580, une corrélation forte peut être relevée entre les municipalités qui versaient une contribution et celles qui furent autorisées à se doter de professionnels de santé (documents 3 et 4).

L'ÉMERGENCE D'UN CORPS PROFESSIONNEL

En plus de l'« impôt pour les médecins de Coimbra » (c'est ainsi qu'il est désigné dans la documentation locale) et de la nomination de ces professionnels dans des zones géographiquement de plus en plus vastes, la Couronne s'engage dans la définition de la profession de médecin, prenant ainsi des mesures institutionnelles

DOCUMENT 4

Réseau médical (1568-1705)*



* ANTT, *Chancelaria de D. Filipe II*, livres n° 1, 2, 3, 4; *Chancelaria de D. Filipe III*, livres n° 1, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 38, 40; *Chancelaria de D. João IV*, livres n° 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27; *Chancelaria de D. Afonso VI*, livres n° 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 51, 52; *Chancelaria de D. Pedro II*, livres n° 17, 18, 19, 22, 26, 27, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64.

qui étaient censées avoir un impact direct sur la santé publique²⁶. Bien que des antécédents de cette intervention soient observables à la fin de l'époque médiévale, ce n'est qu'au XVI^e siècle qu'ils sont conceptualisés d'une manière aussi directe « parce que la médecine [comme l'affirme le monarque] est aussi

26. L. ABREU, «A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados», in Adelino CARDOSO, António BRAZ DE OLIVEIRA, Manuel SILVÉRIO MARQUES (ed.), *Arte Médica e Imagem do Corpo: de Hipócrates ao Final do Século XVIII*, Lisbonne, Biblioteca Nacional de Portugal, p. 97-122.

importante pour son bénéfice [celui du royaume], et l'amélioration de la santé de mes vassaux»²⁷. Dans la constitution des professions de santé, ce fut aussi Manuel I^{er} qui organisa le champ par plusieurs règlements qui régentaient les activités des médecins, des apothicaires et des chirurgiens. Le document le plus important, le *Regimento do Físico-mor* de 1515, fut revu en 1521. Il renforçait l'autorité du Grand médecin sur les pharmacies et les apothicaireries. Ses compétences s'étendaient aussi à la concession d'équivalences pour les études faites à l'étranger, aux examens des chirurgiens²⁸ et à tous les autres aspects de la formation pratique aux soins. Néanmoins, les médecins formés à Coimbra n'étaient pas placés sous son autorité. Refusant de perdre le contrôle sur les médecins formés à l'université, le Grand médecin, également médecin du roi et bénéficiant de forts soutiens à la cour²⁹, entama une lutte contre l'université qui traversa toute la période moderne. La Couronne tenta donc d'organiser les professions médicales dans un contexte de conflit lié à la formation universitaire et au renforcement du pouvoir de l'université dans ce champ.

Contrairement à ce qui survint en France par exemple, où le médecin du roi créa de fortes maisons médicales autour du pouvoir politique, reconnues comme symboles de modernité et du développement des médecins-chirurgiens et des apothicaires³⁰, au Portugal, en dépit de sa formation universitaire, il représenta la défense d'un savoir empirique contre une nouvelle connaissance «scientifique». Si l'on suit la Faculté de médecine dans ses accusations, le Grand médecin aurait essayé d'accroître son pouvoir et son autorité en «vendant» de plus en plus de licences de professions de santé, réduisant ainsi le nombre potentiel d'étudiants voulant entrer à l'université.

Poussé par les recteurs de l'université de Coimbra depuis le début du XVII^e siècle, le gouvernement central a approuvé et défendu le privilège de ses médecins, interdisant à ceux qui avaient étudié dans des universités étrangères d'entrer en compétition avec ceux formés à Coimbra³¹. Considérés comme des médecins «non lettrés» et moins bien formés, ils étaient donc exclus des principaux hôpitaux et autres lieux de l'administration locale et centrale chaque fois qu'il y avait des concurrents formés au Portugal. À partir de ce moment-là, non seulement la formation académique donnée à l'université de Coimbra obtint sa consécration, mais des privilèges étaient garantis également aux médecins qui s'y étaient formés pour l'accès à l'activité : ces éléments sont

27. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 7 (1648-1656), p. 340.

28. Deux années de pratique à l'Hôpital Royal de Todos os Santos, à Lisbonne, équivalaient au titre de chirurgien si le *Físico Mor* (Grand médecin) le reconnaissait comme tel.

29. Francis A. DUTRA, «The practice of medicine in Early Modern Portugal. The role and social status of the Físico-mor and the Surgião-mor», in Israel J. KATZ (ed.), *Libraries, History, Diplomacy and the Performing Arts. Essays in Honor of Carleton Sprague Smith*, New York, Pendragon Press, 1991, p. 135-169.

30. Pour l'histoire des professions de santé en France, A. LUNEL, *La maison...*, op. cit.

31. Mais il résiste aux médecins lorsqu'en 1633 ceux-ci tentent d'augmenter la valeur des bourses en réduisant leur nombre : J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 4 (1627-1633), p. 359.

essentiels dans la construction de la « profession » qui naissait sous le sceau de l'excellence que l'université attribuait avec l'appui de la monarchie³².

À la même époque, de nouvelles règles de formation des professionnels de santé et de distribution des bourses furent promulguées³³. Récompenser les meilleurs en reconnaissant leur mérite, et encourager ceux qui se montraient décidés à terminer leurs études – par exemple, le montant de la bourse d'un élève de 6^e année (donc en fin de formation) pouvait être le double de celui que recevaient les étudiants des premières années –, constituent certains des objectifs immédiatement identifiables et prioritaires du monarque. Lui-même affirmait que la vie de ses sujets dépendait de la qualité de la formation des professionnels de santé.

Dans ce processus, le statut professionnel émerge, tel que le définissent les sociologues pour une époque postérieure³⁴. La Couronne et l'université ne paraissaient toutefois pas avoir les mêmes intérêts. En dépit du soutien résolu du roi à la consolidation du monopole de l'université de Coimbra dans la formation des professionnels de santé, la Faculté de médecine, au lieu de centrer son conflit avec le Grand médecin sur la rationalité scientifique et le recrutement des étudiants, s'évertua à sauver et même à accroître les privilèges et les salaires de ses professeurs, menacés par la diminution du nombre des étudiants qui préféraient être diplômés en droit, en théologie et en droit canon, ce qui offrait des carrières plus profitables³⁵.

Lorsqu'en 1615, D. Francisco de Bragança, nommé par le roi afin de réformer l'université, proposa d'utiliser une partie des fonds de l'*Arca dos médicos e dos boticários* afin de créer un collège médical (suivant en cela ce qui se faisait dans les autres universités européennes³⁶), il faut y voir une manière de valoriser le savoir universitaire³⁷ et de donner aux médecins plus de pouvoir face au Grand médecin. Mais le recteur identifia plusieurs raisons de refuser une telle offre, préférant investir ces fonds dans les salaires des professeurs de la Faculté de médecine. En même temps, il soulignait la nécessité de respecter le règlement de 1604 qui accordait un privilège de recrutement dans les

32. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 1 (1603-1612), p. 219 et p. 221-222 (diplômes royaux du 1^{er} avril 1608 et du 12 mai 1608).

33. *Regimento dos Medicos e Boticários Christãos Velhos*, in F. TAVEIRA DA FONSECA, *A Universidade de Coimbra...*, op. cit., p. 644.

34. Eliot FREIDSON, *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row, 1970.

35. Selon T. Braga, en 1540, seuls 10 des 642 étudiants de l'université de Coimbra étaient inscrits en médecine: Theophilo BRAGA, *Historia da Universidade de Coimbra nas suas Relações com a Instrução Publica Portuguesa*, vol. 2, 1555 a 1700, Lisbonne, Typographia da Academia Real das Sciencias, 1895, p. 120.

36. J. Israel montre les conséquences des collèges médicaux sur l'enseignement et les pratiques de la médecine, sujet que D. Francisco de Bragança semblait très bien connaître: Jonathan I. ISRAEL, «Dutch influence on urban planning, health care and poor relief. The North Sea and Baltic regions of Europe, 1567-1720», in Ole Peter GRELL, Andrew CUNNINGHAM (ed.), *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe. 1500-1700*, Londres, Routledge, 1997, p. 66-83.

37. En dépit de la différence de contexte, ce fort investissement du roi pour le développement d'un nouvel univers médical au Portugal renvoie au titre proposé par Jean-Louis Harouel dans sa préface à A. LUNEL, *La maison...*, op. cit.: «Royauté et modernité médicale en France du XVI^e au XVIII^e siècle».

institutions publiques aux médecins formés à Coimbra, suggérant même que tous les médecins «nouveaux chrétiens» qui occupaient ces postes devraient être renvoyés.

Il faut attendre décembre 1621 pour qu'un nouveau recteur considère que la création du collège médical soit une priorité³⁸. Autorisé par la Couronne en 1628, le collège médical, «où des personnes nobles ont envie d'entrer et d'apprendre cette science»³⁹ pour «y former des sujets habiles grâce auxquels il serait possible de résoudre le problème du manque de médecins qui se faisait sentir à l'époque dans le royaume», serait en partie financé par le monarque, grâce à la mobilisation de la contribution qu'il accordait annuellement au Collège royal, fondé par le roi Jean III en 1527, qui préparait les étudiants à entrer à l'université⁴⁰, et à une partie des contributions municipales destinées à la formation des médecins.

Bien que cette «profession» se soit développée dans un cadre exceptionnel d'autonomie en termes éducatifs, la Couronne ne l'a pas laissée évoluer en complète liberté. Quelques années après avoir cédé aux exigences de l'université et lui avoir reconnu le monopole de la formation des médecins, la Couronne critique durement l'enseignement qui y est dispensé, sur un ton qui révèle des préoccupations simultanément d'ordre économique et de santé publique. Accusant certains médecins de prescriptions excessives causées par une absence du savoir «qui entraîne, en plus de celui qu'il fait au trésor, un grand tort fait à la vie et à la santé des gens», la Couronne introduit par l'ordonnance de novembre 1623 plusieurs règles qui conditionnent les prescriptions médicales, donnant un signe clair qu'elle accompagnait le développement de la profession⁴¹. Quatre ans plus tard, en 1627, le Grand médecin est chargé de la fixation des prix des médicaments⁴² et de sa mise à jour tous les trois ans⁴³. L'ordonnance du 13 mars 1643, qui paraît être une réponse à la demande des populations présentée aux États généraux (*Cortes*) de 1641 et 1642, obligeait les médecins et les chirurgiens à «rédiger les ordonnances pour les apothicaires, des purges, des sirops et des médicaments qu'ils faisaient prendre aux malades, en langue portugaise pour que tous les comprennent»⁴⁴. Cette exigence de la Couronne était moins en rapport avec le contrôle de l'usage du castillan dans ces temps de

38. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 4 (1627-1633), p. 61.

39. *Ibidem*, diplôme royal du 14 juillet 1628, p. 133.

40. *Ibidem*, p. 133.

41. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 3 (1620-1627), p. 105-106.

42. Un diplôme de 1515 avait obligé les apothicaires à suivre les prix imposés par l'apothicaire de la Couronne. Voir Manuel DAS DORES TELO DA FONSECA, *História da Farmácia Portuguesa através da sua Legislação*, vol. 3, Porto, Emp. Ind. Gráfica do Porto, 1940, p. 5-10. Le premier Règlement des apothicaires a été créé le 26 août 1497. Sur ces questions, consulter Manuela MENDONÇA, «A reforma da saúde no reinado de D. Manuel», in *Actas das I^{as} Jornadas de História do Direito Hispânico*, Lisbonne, Academia Portuguesa de História, 2004, p. 221-241.

43. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 3 (1620-1627), diplôme du 3 septembre 1627, p. 112. Le même document précise que les médecins devaient indiquer le prix des médicaments sur leurs ordonnances, en conformité avec ce que stipulait le Règlement de 1497.

44. J. J. DE ANDRADE E SILVA (ed.), *Collecção...*, op. cit., vol. 7 (1648-1656), p. 384.

restauration de l'indépendance nationale, qu'avec celle du souci de transparence dans les prescriptions⁴⁵ ce qui souligne, comme les mesures précédentes, que le pouvoir s'assume comme régulateur général malgré les privilèges concédés au groupe. Cela se manifeste aussi lorsque l'on impose aux médecins appointés par les municipalités de résider sur leur lieu de travail⁴⁶ et, dans plusieurs cas, de soigner gratuitement, en plus des pauvres, des communautés religieuses, des hôpitaux des *Misericórdias*, ou même des soldats⁴⁷.

La lente émergence de la profession de médecin et le rôle des monarques dans ce processus, la contribution imposée à certaines municipalités pour la formation de professionnels de santé et la mise en place d'un «réseau médical» qui privilégie les municipalités contribuables traduisent aussi la perception du gouvernement central quant aux usages sociaux de ces professions et à son sens de la responsabilité publique dans le domaine de la santé des populations. Ces évolutions révèlent une partie des changements intervenus dans les structures administratives promues par la Couronne, en particulier par les derniers rois de la monarchie d'Avis et les premiers monarques Habsbourg. Ceci signifie-t-il que pendant cette période la santé et l'assistance sont devenues une question politique? Ces interventions peuvent-elles être lues comme une réponse politique à un moment particulièrement critique, non seulement en termes de succession dynastique, mais aussi en raison des désordres économiques et sociaux provoqués par les épidémies des dernières décennies du XVI^e et du début du XVII^e siècle? Au-delà de cette conjoncture, l'organisation de professions médicales et d'un réseau est associée à l'émergence de l'État moderne et achève un processus de longue durée qui avait commencé un siècle auparavant, à la fin du XV^e, avec la création des confraternités des *Misericórdias*, clef de voûte de tout le processus.

LA RÉFORME DES HÔPITAUX ET LA CRÉATION DES *MISERICÓRDIAS*

Quand les historiens analysent les processus de réorganisation des politiques d'assistance aux pauvres mises en place à la fin du Moyen Âge, non seulement ils insistent sur leur caractère local et municipal⁴⁸, mais ils centrent habituellement leurs études sur la dimension économique ou sur les orientations religieuses de ces interventions, autant dans les pays catholiques que protestants. L'importance des arguments religieux ne doit pas être ignorée et les

45. À la suite du diplôme de 1498 qui interdisait les prescriptions en latin: Joaquim VERÍSSIMO SERRÃO, *História de Portugal*, vol. 3, 1495-1580, Lisbonne, Verbo, 1988, p. 356.

46. On trouve le seul cas d'un médecin, habitant Sintra, qui a été autorisé à demeurer dans la bourgade et à se rendre deux fois par semaine dans la localité voisine de Colares pour exercer son activité: ANTT, *Chancelaria de Afonso VI*, livre 28, f° 117.

47. Comme c'est le cas à Cascais en 1588: ANTT, *Chancelaria de Filipe I*, livre 18, f° 132.

48. Katherine A. LYNCH, *Individuals, Families and Communities in Europe, 1200-1800. The Urban Foundations of the Western Society*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

monarques sont les premiers à le reconnaître. Ce sont des raisons religieuses qui sont invoquées par le roi Manuel I^{er} pour entreprendre une pré-réforme de l'Église, en évitant cependant une rupture comme celle qui a lieu dans d'autres régions d'Europe⁴⁹. C'est dans ce contexte réformateur qu'a été entreprise la réorganisation hospitalière, au milieu du XVI^e siècle. Contrairement à ce qui se passe en France⁵⁰, la coopération de la papauté est notoire dans ce qui est l'entreprise majeure de la Couronne en matière de politiques d'assistance, du moins jusqu'au XVIII^e siècle.

Le reproche adressé aux administrateurs des institutions pieuses de ne pas respecter les obligations imposées par leurs fondateurs, trompant de la sorte non seulement les âmes des défunts mais aussi les attentes légitimes des pauvres qui devaient bénéficier des legs qui leur étaient destinés, a été l'un des arguments principaux pour justifier une enquête réalisée à l'échelle nationale, entre 1498 et 1521. Le mouvement de concentration des hôpitaux auquel a abouti cette enquête était conforme aux présupposés qui étaient à l'origine de la création de l'hôpital de Todos os Santos, à Lisbonne, par le monarque précédent qui avait déjà obtenu, en 1485, une autorisation pontificale pour fondre ensemble le patrimoine de plusieurs petits hôpitaux. Dès la permission accordée par le pape afin de réorganiser les hôpitaux à grande échelle, le roi Manuel I^{er} intègre le patrimoine des institutions pieuses qui étaient en situation irrégulière dans les biens de la Couronne. Il s'agit d'un transfert de tutelle, qui n'avait jamais été exécuté à une telle échelle ; il a limité sérieusement l'autonomie en matière de gestion hospitalière et permit au pouvoir central d'élargir sa zone d'influence. Les résistances des ecclésiastiques ont parfois réussi à retarder ce mouvement cependant, ne pouvant nier l'état chaotique des institutions caritatives, elles n'ont pu empêcher l'intervention des tribunaux centraux⁵¹.

Mais la nature politique de ces interventions ne saurait être ignorée. Le premier indice d'un changement de la manière de gouverner le pays est perceptible dans le processus de réforme des hôpitaux lui-même. Il était clairement fondé sur un plan d'action défini, qui a doté ceux qui l'ont exécuté des pouvoirs juridictionnels indispensables afin d'agir au moment exact de l'identification de l'irrégularité. Le nouvel organisme administratif créé pour contrôler ces

49. António DE OLIVEIRA, «A santa casa da Misericórdia de Coimbra no contexto das instituições congêneres», in *Memórias da Misericórdia de Coimbra. Documentação & Arte*, Coimbra, Santa Casa da Misericórdia, 2000, p. 11-32.

50. Les résistances françaises à un processus semblable sont présentées par Daniel HICKEY, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1977, notamment p. 17-44. Les lignes générales de la situation française sont indiquées dans Jean IMBERT, «Les prescriptions hospitalières du Concile de Trente et leur diffusion en France», *Revue d'histoire de l'Église de France*, 42-138, 1956, p. 5-28.

51. Ces résistances surgissent dès l'époque du roi Duarte (1433-1438), mais surtout pendant l'intervention du roi Jean II et pour la bulle du 21 février 1486: António Joaquim DIAS DINIS, «O Infante D. Henrique e a assistência em Tomar no século XV», in *A Pobreza e a Assistência aos Pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1^{as} Jornadas Luso-Espanholas de História Medieval, Lisboa 25-30 de Setembro de 1972*, Lisbonne, Centro de Estudos Históricos da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Instituto de Alta Cultura, 1973, vol. 1, p. 252 et 289-290.

fondations et le processus en général – le Juge des chapelles et des legs pieux –, semble avoir été finalement accepté pacifiquement par l'Église qui légitimait ainsi les activités de la Couronne. Il devient alors l'un des instruments les plus puissants du gouvernement en ce domaine.

Mais l'accroissement de la souveraineté du roi Manuel I^{er} dans le champ de la charité et de l'assistance ne s'est pas limité à la réforme hospitalière. En même temps que les officiers royaux parcouraient le pays pour faire le point sur l'état des hôpitaux et autres institutions caritatives, la Couronne renforçait ses compétences politiques et juridictionnelles dans ce domaine en créant un nouvel instrument d'harmonisation et d'uniformisation des pratiques d'assistance, instrument qui resterait sous sa tutelle : les confréries de *Misericórdias*. Pour ce projet, le roi Manuel I^{er} a demandé l'aide des élites locales. En contrepartie, il leur a donné la possibilité de bénéficier d'une certaine autonomie juridictionnelle. Les dispositions normatives, qui laissaient supposer dès l'origine des limitations évidentes à l'étendue de cette autonomie, ont été ignorées par les élites qui y ont en revanche vu l'occasion d'entrer dans une institution proche de la Couronne et qui en outre n'était pas astreinte aux contraintes des justices ecclésiastiques, communales ou seigneuriales.

La première *Misericórdia* a été fondée à Lisbonne, le 15 août 1498, sous protection royale. Cette institution, outil de réforme de la piété des laïcs, a été répandue, à l'initiative de Manuel I^{er}, sur le territoire national par des nobles de la maison royale, émissaires du roi dans les municipalités, qui exhortaient les « meilleures personnes du lieu » à fonder une confrérie semblable à celle de Lisbonne. En imposant qu'une parité numérique entre nobles et non-nobles soit respectée au sein des instances de la confrérie, le roi précise même que, dans les communautés où il n'y a pas suffisamment de nobles, et afin « de conserver l'équilibre social », certaines personnes puissent être comptabilisées comme telles. Celles qui détenaient le pouvoir économique, formées à l'université ou issues de l'armée, étaient directement intégrées dans la catégorie des nobles. Mais le niveau de flexibilité de cette mobilité sociale dépendait des caractéristiques des communautés, raison pour laquelle un tel privilège était si important.

En un sens, les *Misericórdias* avaient la capacité institutionnelle de reconnaître certains groupes comme élites locales, de promouvoir la mobilité, ou au moins la différenciation sociale. Il s'agissait de la principale condition pour entrer dans le gouvernement municipal selon les lois nationales alors en vigueur⁵², raison supplémentaire d'inclure les *Misericórdias* dans les dynamiques sociales et politiques introduites par la Couronne au XVI^e siècle.

Permettre aux laïcs de s'engager dans ce projet était une innovation majeure. Le lien tissé entre ces confréries charitables et le pouvoir municipal était l'une des plus importantes caractéristiques de ces nouvelles confraternités ; il explique aussi le succès de leur implantation. La lettre royale qui encourageait le pouvoir

52. Voir L. ABREU, « The Portuguese hospitals... », art. cit., p. 218-219.

local à créer sa *Misericórdia* était accompagnée d'une copie des statuts de celle de Lisbonne, qui devait servir de modèle aux nouvelles confréries, et d'une promesse de concession des mêmes privilèges que ceux qui étaient attribués à la *Misericórdia* de Lisbonne : privilèges personnels identiques à ceux dont étaient gratifiés les détenteurs de postes municipaux.

Désignées dès la première heure comme des « confréries sous la protection royale », les *Misericórdias* naissent ainsi entourées d'une aura de distinction sociale, dans certains cas rapidement transformée en capital social et politique. Porteuses d'un programme caritatif extrêmement ambitieux, inscrit dans les quatorze œuvres de miséricorde gravées dans leurs statuts, obéissant à des règles communes et souhaitant atteindre les mêmes objectifs⁵³, les *Misericórdias* ont été le début d'une nouvelle période sur le plan de l'aide sociale – et il convient de souligner que la Couronne leur offrit immédiatement le cadre juridictionnel nécessaire pour interférer dans le domaine d'autres pouvoirs (prisons et hôpitaux, par exemple). En outre elles étaient porteuses d'un programme évident de restructuration et de discipline des politiques sociales et de leurs acteurs⁵⁴. C'est la raison pour laquelle, à l'image de ce que nous défendons à propos de la réforme des hôpitaux, il n'est pas possible d'omettre la fonction politique des *Misericórdias*. Dans ce contexte, la communication directe avec la Couronne, qui était l'un de leurs privilèges, a été un élément d'une extrême importance. Les *Misericórdias* finiront par fonctionner comme entités capables de reconnaître les élites existantes, mais aussi de créer de nouveaux groupes de pouvoir, en leur facilitant l'accès à des positions institutionnelles⁵⁵. D'autre part, en captant les ressources locales destinées à la charité et en les distribuant selon les valeurs et les orientations provenant de la Couronne, les *Misericórdias* accroissent la pénétration du pouvoir royal dans la vie quotidienne.

Le succès de cette initiative royale peut être évalué non seulement par le nombre de *Misericórdias* fondées en un très court laps de temps (plus de 70 en 1521 ; plus de 200 en 1580 ; 302 en 1640), mais aussi par ce que ce dynamisme révèle sur le positionnement des élites. Si, pendant les premières décennies du XVI^e, elles semblent un peu réticentes devant la nouvelle manière de pratiquer la charité qui leur est suggérée par la Couronne, à partir du milieu du siècle

53. Le roi Manuel I^{er} a été le premier responsable de la création de confréries destinées à l'aide des prisonniers et des pauvres, mais ayant la capacité également de sélectionner les pauvres méritants. Leur base économique provenait exclusivement de la charité privée ou des aumônes royales. D'autres sources de revenu leur ont été attribuées progressivement, sans perdre toutefois complètement ce caractère caritatif.

54. Terme employé ici dans le sens que lui attribue Marco VAN LEEUWEN dans « Logic of charity: poor relief in preindustrial Europe », *Journal of Interdisciplinary History*, 24-4, 1994, p. 589-613.

55. Des études sur le panorama confraternel portugais révèlent l'existence d'une hiérarchie définie, sorte de *cursus honorum* particulièrement suivi par les couches modestes de la population qui aspiraient aux postes du pouvoir local. Normalement, le processus commençait avec l'arrivée à la direction d'une confrérie socialement moins valorisée et ce n'est qu'ensuite que se faisait le passage à la *Misericórdia*. Après avoir atteint les fonctions de direction, il était relativement facile d'entrer dans les mairies. Quelques cas dans L. ABREU, *Memórias da Alma e do Corpo. A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Viseu, Palimage, 1999, p. 320-333.

ce sont les élites locales, ou ceux qui veulent en faire partie, qui proposent au roi la fondation de nouvelles *Misericórdias*. Les conditions exceptionnelles de l'époque – reconnaissance de leur caractère de « confréries royales » par le pape au Concile de Trente (1563), précisément au moment où le culte du Purgatoire était encouragé et l'assistance réformée – ont offert à la monarchie une occasion de promouvoir le renforcement du pouvoir des *Misericórdias* sur l'assistance et, par conséquent, le pouvoir de la Couronne elle-même. L'enjeu était le mouvement de transfert de la plupart des hôpitaux vers l'administration et la tutelle des *Misericórdias*, réalisé de façon systématique à partir de 1564 lorsque l'hôpital de Todos os Santos fut transféré à la *Misericórdia* de Lisbonne, ce qui leur donnait de nouvelles compétences dans le domaine de la santé. À la même époque, des conditions spécifiques furent accordées aux *Misericórdias* afin de faciliter la réception des donations pieuses par la célébration de messes pour les âmes du Purgatoire qui, dans la plupart des cas, finissaient par être utilisées comme source de financement des hôpitaux. Par l'ordonnance de 1593, d'abord appliquée à la seule *Misericórdia* de Lisbonne puis très rapidement à toutes les autres, la Couronne interdit aux autres confréries d'exercer les fonctions d'assistance qui pouvaient leur faire concurrence, ce qui revient à dire qu'une situation de quasi-monopole était finalement consacrée (document 5).

Au moment où le pays assistait au triomphe des *Misericórdias* se mettait en place un réseau médical, en même temps qu'étaient lancées, à l'échelle nationale, des politiques de contrôle des épidémies, et que le palais royal donnait des orientations très précises pour la création des greniers à blé, avec l'objectif de soutenir les paysans et les familles menacés. Dans la pratique, en quelques décennies, la Couronne avait été capable d'étendre son pouvoir à de multiples zones de l'aide sociale et de la santé publique, en créant un système qui sera conservé sans modifications substantielles durant plus de deux siècles. Elle l'a fait en maintenant un dialogue permanent avec les élites locales, en négociant avec elles, en respectant leurs privilèges et en les actualisant même, mais surtout en tentant de contrôler leurs activités et leurs interventions sociopolitiques. Le gouvernement des Habsbourg a été particulièrement actif sur ce point⁵⁶.

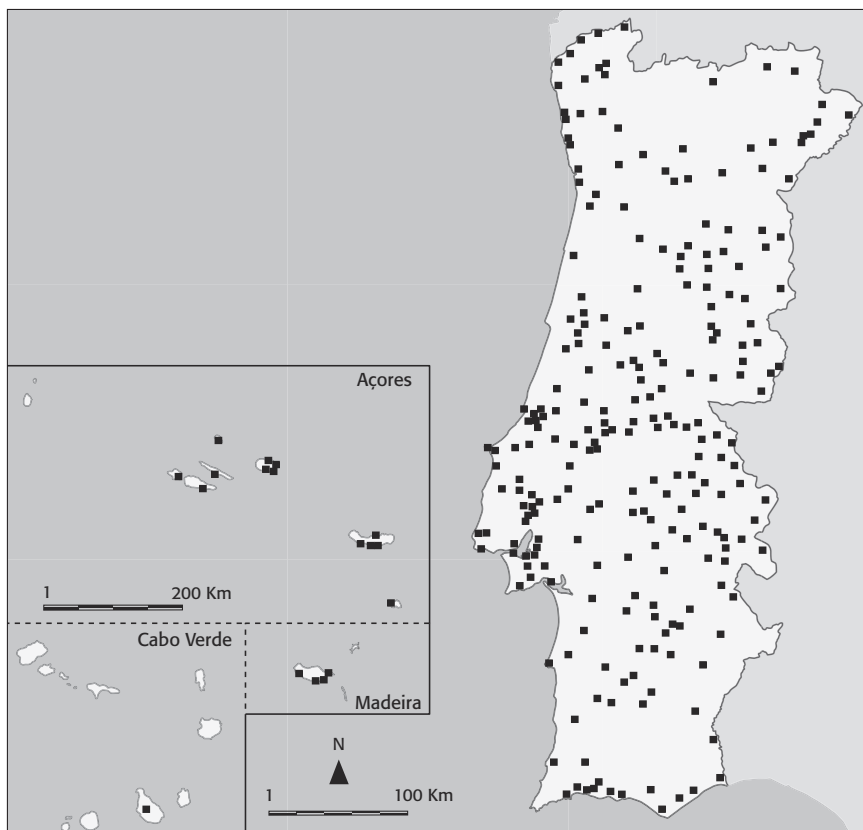
LES POLITIQUES D'ASSISTANCE, INSTRUMENT POLITIQUE

La structuration du champ de la charité et de l'assistance renvoie à des interventions articulées entre les différents pouvoirs, fondées sur des principes cohérents et prédéfinis, subordonnés à des objectifs communs : entre autres, celui de doter le pays de moyens de soutien aux pauvres, même à un niveau élémentaire. En agissant directement sur les mécanismes locaux, la Couronne, malgré les diverses

56. Sur l'utilisation des *Misericórdias* comme espace de création de clientèles avec des objectifs personnels à l'époque philippine, L. ABREU, José Pedro PAIVA, « Reforço e interferência régia e elitização: durante o governo dos Filipes », *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, 5, 2006, p. 6-35.

DOCUMENT 5

Misericórdias fondées entre 1498 et 1640*



* Carte élaborée à partir des informations réunies dans les volumes 3, 4 et 5 de *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, Lisbonne, Universidade Católica/União das Misericórdias Portuguesas, 2004, 2005 et 2006, respectivement p. 357-384, p. 257-313 et p. 251-273. Toutes les cartes ont été réalisées par Luís Carlos Ribeiro Gonçalves.

limitations auxquelles elle était soumise, a non seulement imposé à la société et aux élites sa façon d'envisager le phénomène de la pauvreté, mais a aussi démontré combien ses ressources politiques étaient diversifiées. Les privilèges immédiatement accordés aux *Misericórdias*, leur permettant par exemple d'interférer dans le quotidien des prisons et des hôpitaux, permirent à la Couronne de contrôler de façon indirecte le pouvoir des geôliers, tout en affirmant l'autorité des officiers royaux qui intervenaient localement chaque fois que les *Misericórdias* se plaignaient de ce que leurs prérogatives n'étaient pas respectées. Il en allait de même lorsqu'elles demandaient au pouvoir central d'être l'arbitre de conflits internes, ce qui se produisait d'ailleurs très souvent. En tout cas, ces fonctions augmentaient

grandement les compétences de police de la Couronne, qui se rapprochait ainsi des élites locales en même temps qu'elle développait des mécanismes de réglementation du quotidien des populations. C'est probablement la raison pour laquelle aucun monarque n'a refusé, que l'on sache, la fondation d'une nouvelle *Misericórdia*. Même lorsque les autorités étaient contestées devant le tribunal, comme cela s'est produit dans le Nord du pays au début du XVII^e siècle, l'argument présenté par la Couronne était invariablement le même : le bénéfice que les pauvres retireraient de l'existence de confréries de *Misericórdia*⁵⁷.

L'exercice des obligations morales du roi en tant que protecteur de ses sujets, surtout des plus démunis, lui a permis d'inclure dans sa sphère d'intervention de nouvelles compétences, sociales, qui ont été autant d'occasions de renforcer son pouvoir politique général. Celui-ci s'est accru même au cours des dernières années de la dynastie des Avis, période où l'État est censé s'être affaibli, et où apparaissent les taxes nécessaires à la mise en place d'un véritable réseau médical.

Le document 1 – municipalités contribuant à la formation de médecins et apothicaires – montre clairement que l'un des critères de sélection de la Couronne est celui qui présidait à la réforme administrative en cours depuis 1532⁵⁸, c'est-à-dire celui du développement récent, base d'un réaménagement territorial et juridictionnel en accord avec les nouvelles réalités socio-économiques. L'Estrémadure et l'Alentejo, enrichis de douze nouvelles municipalités, de trois bourgades « notables » promues récemment à la catégorie de villes (Beja, Elvas, Leiria), et de quatre bourgades élevées à la catégorie de bourgades « notables » (Olivença, Estremoz, Setúbal et Moura), sont les régions qui concentrent le plus grand nombre de municipalités contribuant à la formation des médecins. Ce choix a un double sens politique : d'une part, il renforce la reconnaissance publique de leur développement, d'autre part, il garantit une intégration effective de ces espaces dans l'aire du pouvoir de la Couronne. Et ceci pour deux raisons principales. La première est de nature économique, même si elle est justifiée par des arguments de caractère éthique et moral. Il s'agit du besoin de tenir compte des inégalités économiques entre municipalités, en leur imposant une contribution proportionnelle à leurs recettes. Cette préoccupation a déterminé l'inspection des finances municipales par les officiers royaux, ce qui a non seulement participé au renforcement de la base de contribution de l'État en construction, mais lui a aussi permis une connaissance plus exacte de son territoire. L'expansion géographique sous la domination espagnole doit aussi être analysée dans cette perspective.

La seconde raison, fondée sur la même logique, donne un relief particulier aux questions d'équité sociale. Il s'agit de co-responsabiliser les nouvelles

57. Sur le procès qui a opposé la petite localité de Penafiel à la puissante *Misericórdia* de Porto, L. ABREU, « As Misericórdias Portuguesas de Filipe I a D. João V », *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, 2, 2003, p. 47-77.

58. J. J. ALVES DIAS, *Gentes e Espaços...*, op. cit., p. 197 sq.

zones développées en vue du bien-être de la nation. Le diplôme de 1568, à ce sujet, est éclairant : l'intérêt du pays devait prévaloir sur les intérêts locaux, pour cette raison.

La production de ressources destinées à la santé et leur homogénéisation géographique ont été clairement utilisées, comme les *Misericórdias*, en tant qu'instruments du pouvoir politique. Les peines sévères prévues à l'encontre des municipalités qui ne paieraient pas l'« impôt pour les médecins de Coimbra » à la date prévue, tout comme des fonctionnaires qui n'exerceraient pas correctement leurs fonctions de collecteurs d'impôt, semblent avoir eu un degré d'efficacité supérieur à ce qui était habituel dans ce type de situations. La pression exercée par l'université de Coimbra à un moment où les médecins émergeaient comme un nouveau groupe professionnel et de pouvoir peut aussi avoir eu une influence sur tout le processus, malgré l'opposition du Grand médecin.

L'analyse de la distribution géographique des professionnels de santé révèle des différences dans l'évolution du processus. Dans une première époque, de 1568 à 1580 (fin de la dynastie Avis), sur 19 communautés qui demandent un professionnel de santé, 12 sont situées dans le Nord et le centre du pays, au Nord du Tage et par conséquent 7 au Sud. Parmi ces 19 communautés, 16 avaient une *Misericórdia* et 11 combinaient paiement de la taxe et demande d'un professionnel de santé.

L'existence d'une *Misericórdia* était aussi un facteur déterminant pour le recrutement de professionnels de santé. Pendant le règne du roi Philippe I^{er} (1580-1598 ; il s'agit de Philippe II d'Espagne), sur les 63 communautés qui avaient demandé des médecins, seules 17 ne disposaient pas d'une *Misericórdia* (environ 50 *Misericórdias* avaient été créées au cours du règne, ce qui fait de celui-ci le plus proche de celui de Manuel I^{er} par le nombre moyen de créations par an), mais plusieurs d'entre elles avaient déjà entamé leur processus de création. En d'autres termes, les municipalités qui demandaient le plus de professionnels de santé, avec l'autorisation de la Couronne, étaient aussi celles qui avaient payé la formation universitaire, ou de petites bourgades appartenant à leur ressort administratif. La domination des *Misericórdias* sur les secours et les soins aux pauvres était en outre consolidée par le texte de 1593, et le mouvement de transfert des hôpitaux aux *Misericórdias* était presque achevé.

À partir du milieu du XVII^e siècle, ces médecins apparaissent dans de nouvelles zones géographiques, en particulier celles du littoral, puis sur l'ensemble du territoire national au XVIII^e, avec une concentration particulière sur la côte nord et nord-ouest. C'est aussi à cette époque que de nouvelles municipalités sont appelées à financer le « Coffre des médecins et des apothicaires ».

La dotation en médecins (qui assurent une sorte de service public), effectuée sous l'influence directe de la Couronne, prend donc une dimension nationale. L'organisation et la mise en place de ce réseau avaient rapproché le centre politique et la périphérie. Car ses principales étapes supposaient des rapports multiples ainsi que des actions coordonnées entre différents

organismes de l'administration centrale, l'université de Coimbra et les pouvoirs locaux, mais le rôle clef y était bien évidemment tenu par la Couronne. Il est vrai qu'en participant à ce processus, les autres intervenants accédaient aussi à des pouvoirs et à des compétences qui renforçaient leur position dans la société. Probablement est-ce la principale explication de l'appui que les élites locales apportèrent aux politiques issues du gouvernement central. L'avantage est évident pour les municipalités finançant la Faculté de médecine en ce qui concerne l'obtention de ressources de santé qualifiées. Toutefois, le nombre et le type de professionnels nommés semblent ne pas avoir dépendu exclusivement des capacités économiques des municipalités. Le niveau culturel et social des groupes représentés au sein du pouvoir local et celui des réseaux d'influence des professionnels de santé ont probablement exercé une plus grande influence. L'engagement des élites sociales et politiques dans les questions de la charité pour renforcer leur prestige est bien documenté dans de nombreux espaces européens. Le Portugal n'a donc pas été une exception. Les motifs ne manquaient pas. La satisfaction de certains besoins de « leurs » pauvres, l'augmentation du capital social, la création d'opportunités professionnelles pour leurs descendants constituaient quelques-unes des innombrables raisons qui rendaient l'investissement attrayant, voire largement rentable. En outre, le changement des représentations sociales des médecins, qui leur permettait désormais d'accéder fréquemment à la liste des candidats aux mairies, leur ouvrait aussi de nouvelles possibilités d'ascension économique et sociale.

D'ailleurs, la manière de recruter les médecins de la part du pouvoir local illustre bien le nouvel équilibre de l'autorité médicale. En règle générale, les pétitions municipales envoyées au gouvernement central et demandant l'autorisation d'embaucher un professionnel de santé étaient nominales et indiquaient le salaire proposé. Il est possible que certains d'entre eux aient déjà exercé leur métier à titre privé et aient cherché dans le cumul avec le service municipal la garantie d'un salaire fixe ; il ne s'agissait pas d'une question de peu d'importance à une époque d'insécurité économique générale.

Selon ce qui était stipulé par les diplômes royaux, à partir du moment où la municipalité envoyait sa proposition, l'administration centrale devait assumer le contrôle de l'ensemble du processus. Avant que les tribunaux ne prennent une décision en la matière, les représentants locaux du roi devaient apprécier la compétence professionnelle des candidats – ou bien évaluer leur travail dans les cas de renouvellement du contrat – et, surtout, confirmer l'information envoyée par les mairies quant à leur situation financière.

Nous n'avons pas les moyens de vérifier si toutes ces procédures étaient entièrement respectées. Le dernier document produit, celui de la chancellerie royale, est pauvre en informations et reprend souvent la même phrase quand elle consent aux prétentions du pouvoir local : la nomination a lieu « en accord avec l'information envoyée par la mairie X, confirmée par le représentant du pouvoir central [*Provedor da Comarca*] ». Il est possible que dans la majorité des cas le système ait fonctionné sur la base d'une confiance implicite entre

les différentes autorités impliquées. Les procès déjà étudiés (en majeure partie datés du XVIII^e siècle) se réduisent pratiquement à des plaintes suscitées par le non-respect du diplôme de 1585 – celui qui obligeait les municipalités à préférer les médecins qui avaient été boursiers à Coimbra, et qui étaient donc de «vieux chrétiens». On mentionne uniquement dans ces cas les appréciations du *curriculum* et de la compétence professionnelle des médecins. D'autre part, comme les chancelleries n'enregistrent que les réponses positives, il est impossible de savoir si de nombreuses demandes ont été refusées. Mais ceci ne signifie pas que la Couronne ait accepté toutes les informations qu'on lui envoyait ni même qu'elle ait cédé aux menaces fréquentes des médecins, surtout quand ils réclamaient des salaires élevés⁵⁹. En fait, dans ce dernier cas, les municipalités paraissent agir comme porte-paroles des médecins, unis par des projets communs, ce qui renforce l'hypothèse de rapports interpersonnels très étroits entre les membres de la mairie et les professionnels de santé. On ne trouve dans aucun de ces documents municipaux une allusion au fait que les postes salariés pour les médecins étaient en nombre très limité, ce qui les entraînait, fréquemment, à travailler sans aucun paiement dans les hôpitaux des *Misericórdias* contre la vague promesse de l'attribution d'un poste rémunéré en cas de vacance. Cette rareté constitue probablement l'une des raisons pour lesquelles la Couronne a refusé les diverses exigences des professionnels de santé, en obligeant souvent les mairies à renégocier à la baisse les salaires qui avaient été promis⁶⁰.

Même si le pouvoir d'intervention royal était relatif, les décisions de la Couronne ont pu avoir de grandes conséquences sur la vie locale des élites et sur l'organisation et la distribution des ressources dans les secteurs de la santé et de la charité. Ce pouvoir se manifestait à chaque nomination d'un professionnel de santé; quand on évaluait les revenus municipaux ou quand on établissait les disponibilités d'assistance aux communautés. De futurs travaux croisant ces informations sur les professionnels de santé, les responsables de la gestion des *Misericórdias* et les élites municipales aideront à identifier le degré de porosité du système ou, plutôt, à montrer comment certains réseaux du pouvoir local se construisaient et se renforçaient et, à terme, s'organisaient comme un contre-pouvoir face aux interventions croissantes de la Couronne.

59. La plus courante était l'abandon des fonctions en raison des conditions difficiles de travail et de la mauvaise localisation de la communauté. Le cas de Pederneira en est un exemple: le médecin qui y travaillait a réussi en 1700 à obtenir une augmentation de 50 % sur le salaire suggéré par le monarque parce que personne n'acceptait de se fixer dans un endroit aussi perdu. Pour faire pression sur les autorités afin que celles-ci prennent une décision qui lui soit favorable, le médecin s'est mis à faire payer 12 000 réis par malade soigné: ANTT, *Chancelaria de D. Pedro II*, livro 26, f^o 160v.

60. Une harmonisation des salaires de ces professionnels au niveau national ne se dessine qu'au XVIII^e siècle. Jusqu'à cette date, la taille des communautés, leurs capacités économiques et leur pouvoir de négociation semblent avoir été des facteurs déterminants. Deux exemples significatifs: celui d'Ourique (1584) et celui de Povos (1588): ANTT, *Chancelaria de Filipe I*, livre 7, f^o 225 (Ourique) et livre 12, f^o 449; livre 21, f^o 208v. (Povos).

UNE FONCTION REDISTRIBUTIVE

Concéder une autonomie administrative relative aux élites locales dirigeantes a eu un double effet : une appropriation indue de patrimoines mais également, de ce fait même, une adhésion aux orientations des politiques d'assistance de la Couronne. Le cas des *Misericórdias* illustre parfaitement cette situation. Les biens de ces associations élitistes, fermées aux interférences de l'extérieur et dépendantes d'un roi distant, sont devenus la proie facile des confrères qui les géraient. Dans une société où la propriété de la terre était considérée comme la garantie du statut et comme un élément de hiérarchisation sociale, la patrimonialisation des *Misericórdias* venait juste de commencer et déjà les gouvernants cherchaient à lutter contre l'attraction que celle-ci exerçait sur les confrères eux-mêmes⁶¹. Quand, en 1603, Philippe II (du Portugal) a tenté d'inverser la situation, il était déjà trop tard : non seulement les confrères s'étaient approprié des parts du patrimoine des *Misericórdias*, mais ils refusaient également de payer des rentes ou des intérêts sur ceux-ci⁶². Comme ils sont « puissants », il n'y a pas moyen de les obliger à respecter les lois, se plaint par exemple le Bureau de la miséricorde de Setúbal en 1660⁶³.

Toutefois, dans un sens bien plus positif, on peut affirmer qu'à l'aide des *Misericórdias*, la Couronne a promu une organisation locale des biens provenant des donations caritatives et leur redistribution selon des normes dont les objectifs étaient une plus grande efficacité des pratiques de charité et l'assistance à des groupes qui, sinon, n'auraient que difficilement bénéficié de l'appui de la société. Les prisonniers et les enfants abandonnés, par exemple, figurent parmi ceux qui suscitaient un moindre appel caritatif et ils ont justement été les premiers objets de l'attention de la Couronne lorsque celle-ci a entrepris la réforme du système, au début du XVI^e siècle. Mais si, dans ce cas, l'intervention du pouvoir local s'est faite sur un plan plus moral, en suivant une logique légitimée par le principe du bien commun, d'autres actions ont été fondées sur un exercice effectif du pouvoir politique. Nous parlons ici de la façon dont a été préparé et mis en place le réseau médical, un cas qui nous permet d'employer la notion de redistribution.

La sélection des municipalités contraintes de financer la Faculté de médecine peut aussi être considérée comme une politique délibérée de gestion des

61. Des études récentes montrent que la patrimonialisation des *Misericórdias* n'a vraiment commencé qu'avec le règne de Jean III (1521-1557), dans le cadre du mouvement des indulgences que Rome accorde aux fidèles léguant leurs biens aux *Misericórdias*. Les premiers documents royaux connus contre l'appropriation indue de leur patrimoine remontent aux années 1560 (Gabriel Victor DO MONTE PEREIRA, *Documentos Históricos da Cidade de Évora* [s.l., s.d., Évora, 1887-1891], Lisbonne, INCM, 1998, p. 470).

62. Joaquim Ignacio DE FREITAS (ed.), *Collecção Chronologica de Leis Extravagantes Posteriores à Nova Compilação das Ordenações do Reino Publicadas em 1603*, Coimbra, na Real Imprensa da Universidade, 1819, p. 17-21.

63. L. ABREU, « A santa casa da Misericórdia de Setúbal entre 1500 e 1755 », mémoire de master, Coimbra, 1990, p. 62.

problèmes d'inégalité géographique quant à la distribution des ressources, en admettant que les bourses aient privilégié les étudiants des zones contribuables. Il s'agissait, de façon certes indirecte, de pousser le pays à investir dans la santé et le bien-être – en présumant que ceci se produirait difficilement de sa propre volonté – à une époque où l'accès aux services d'un professionnel doté d'une formation universitaire était limité. En fait, contrairement à ce qui se passait dans le Nord, pour le littoral et dans quelques régions du Sud, où existaient diverses institutions capables d'aider de larges secteurs de la société ainsi que des individus ayant les moyens économiques d'accéder à la médecine privée, la situation était différente dans l'intérieur du pays, en particulier dans les zones rurales éloignées des centres urbains où les ressources de santé étaient concentrées. Les données démontrent que ce pari a été gagné par le pouvoir politique dans la mesure où ces communautés ont été celles qui ont eu le plus grand nombre de nominations de professionnels de santé, comme s'il s'agissait d'une sorte de remboursement de l'investissement auquel elles avaient été auparavant contraintes sous forme de taxes à verser à Coimbra.

Un bon exemple de cette pratique est celui du district de Portalegre, dans le Haut Alentejo. Selon la loi de 1568, quinze municipalités de cette juridiction administrative devaient verser une contribution annuelle de 264 000 *réis*. L'analyse des nominations des professionnels de santé montre que, sur ces quinze municipalités, seulement quatre n'ont enregistré aucune nomination de médecin ou apothicaire par les chancelleries royales jusqu'à la fin du XVII^e siècle. Les autres ont reçu, à différents moments, une autorisation pour admettre seize professionnels. Parmi les quatre municipalités hors de ce mouvement, on trouve la ville de Portalegre elle-même, le centre administratif, et Assumar, une petite communauté d'environ 500 habitants en 1527. Parmi ces quatre, Assumar était aussi la seule qui n'avait pas créé de *Misericórdia*.

Mais les données recueillies donnent d'autres informations qui conduisent à conforter l'hypothèse du caractère redistributif de ce système. Tout d'abord, parce que l'on constate que la nomination de professionnels de santé n'a pas été exclusivement autocentrée, mais a plutôt touché les communautés aux moindres ressources qui se trouvaient sous la juridiction administrative de municipalités contributives, comme le montre le cas des districts de Beja et de Leiria. Dans le premier, la Couronne a sélectionné six mairies contribuables, dans le second, deux. L'analyse des documents 2 et 3 montre que non seulement toutes ces localités ont réussi à obtenir des professionnels de santé, mais que cela a été en outre le cas pour neuf autres municipalités du district de Beja, sur un total de 28 professionnels de santé nommés, et de sept autres dans le district de Leiria, sur un total de 12 personnels.

Une autre dimension du caractère distributif de ce réseau médical porte sur le mode de financement des salaires. Dans une hiérarchie allant de la moins utilisée à la plus fréquente, on trouve trois situations distinctes : la levée d'impôts directs sur les populations, les *fintas* ; les revenus municipaux ; et enfin la *sisa* : l'impôt royal le plus important. Général et permanent – seuls

les ecclésiastiques et les commandeurs de l'Ordre militaire des Avis en étaient dispensés –, il était perçu sur tous les biens et produits achetés et vendus, il a financé la plus grande part des salaires de ceux dont la mission était de soigner gratuitement les pauvres. Dans le cas où les municipalités démontraient n'avoir aucune activité d'échange significative, les salaires étaient payés par les impôts municipaux, qui assumaient ainsi un partage des dépenses avec la Couronne⁶⁴. Dans cette logique, il n'est pas surprenant de voir la très faible part des *lintas*, qui ne touchaient que les groupes non-privilegiés, justement ceux qui avaient le plus besoin de soins de santé gratuits; car il était clair que les *lintas* entraînaient une pénalisation sociale et leur levée demandait donc des précautions supplémentaires. Le pouvoir local l'affirme mais aussi le roi lui-même, qui attire plusieurs fois l'attention des municipalités, au moment de lancer l'impôt extraordinaire, sur «la qualité des personnes et la quantité de leurs propriétés»⁶⁵. Dans la majorité des cas où les salaires étaient payés par la collecte de *lintas*, les professionnels étaient payés en céréales⁶⁶.

Ces choix, entre les moyens de paiement des médecins et des apothicaires (ainsi que des chirurgiens lorsqu'ils étaient demandés par les municipalités) et les arguments qui les soutiennent, renforcent l'idée que l'ensemble du système a été développé à partir d'une conception de redistribution, certes très partielle, des richesses. Selon la documentation étudiée, les salaires de ces professionnels provenaient de préférence des taxes que la Couronne obtenait en faisant payer les populations ayant quelques ressources économiques, ou ayant au moins la capacité d'acheter et/ou de vendre, et dont bénéficiaient finalement les plus démunis sous la forme de services de santé.

Mais il subsiste encore beaucoup d'interrogations sur tout ce processus. Par exemple, il n'est pas possible de connaître la durée d'exercice des fonctions des professionnels en poste. Théoriquement, les renouvellements de contrats devaient passer par les chancelleries royales, mais il ne semble pas que, de façon générale, les municipalités aient suivi cette règle ou que la Couronne ait tenu à son application. Cependant, pour documenter plus complètement ces questions, il faudra attendre la fin du projet de recherche en cours qui reconstitue la population des professionnels de santé, formés ou non à l'université, et officiellement reconnus pendant la période moderne⁶⁷.

64. Les impôts municipaux partagés avec la Couronne, et d'où pouvaient provenir les sommes destinées aux salaires des professionnels de santé, ne comprenaient pas le «tiers», la troisième partie des impôts municipaux destinée aux fortifications.

65. On ne connaît jusqu'à présent qu'un seul cas où le roi a assumé un rôle autoritaire dans le financement des professionnels de santé: dans un diplôme de 1565, donc avant la contribution imposée aux municipalités, il affirme avoir été informé qu'une bourgade était dépourvue de médecin parce qu'elle n'était pas en mesure de le payer. Il impose le lancement immédiat d'une *linta* destinée au versement d'un salaire de 10 000 réis: ANTT, *Chancelaria de D. Sebastião e D. Henrique*, livre 14, f° 582v.

66. Jusqu'à présent, la seule exception connue est le cas de Sintra.

67. Projet intitulé *Decisão Política, Necessidades Colectivas e Afirmação Profissional: o Hospital de Todos os Santos em Perspectiva* (PTDC/HIS-HIS/113416/2009).

D'autre part, on ne réussira que difficilement à avoir une idée précise du respect des clauses contractuelles, soit de la part des municipalités, soit de celle des professionnels. Des tensions locales entre l'économie et l'offre de ressources de santé pour les pauvres existaient et elles ont pesé directement sur l'organisation des soins d'assistance. Et ceci sans parler du fait que la demande d'un professionnel de santé ou sa suspension arbitraire a pu avoir d'insondables significations politiques locales. Toutefois, rien de tout cela n'altère le sens de cette évolution longue et multiforme : l'élargissement de l'investissement dans un système de soins, certes élémentaire et restreint, destiné aux populations les plus vulnérables, ordonné et organisé par la Couronne.

On considère traditionnellement que les systèmes de santé publique trouvent leurs origines, bien que de manière embryonnaire, dans l'Italie du XV^e siècle, et qu'ils ne se sont développés dans les États centralisés d'Europe qu'à la fin de la période moderne. Dans le combat contre la peste, comme dans la réforme des hôpitaux, l'exemple des villes italiennes est devenu le modèle d'inspiration de l'ensemble des États européens⁶⁸, à une époque où l'assistance publique commençait aussi à émerger comme une question politique. Pour l'essentiel, les changements profonds qui ont eu lieu dans ce champ ont été importants et bien réels, en fonction des pouvoirs politiques et des intérêts locaux. L'Espagne, l'Angleterre, la France, quelques territoires allemands⁶⁹ l'illustrent à satiété.

L'histoire portugaise offre une variante assez différente de ce schéma, en particulier sur le plan chronologique. Les archives de l'administration centrale et locale ont conservé les traces, depuis la fin du XV^e siècle, des nombreuses initiatives prises par la Couronne en matière de charité, d'assistance et d'offre de soins. Théoriquement restreint aux « pauvres méritants »⁷⁰, le « système » concernait, sous des modes divers et dans différentes institutions mais de façon complémentaire, les populations locales et quelques étrangers. Un réseau de confréries (les *Misericórdias*), qui couvrait le pays du Nord au Sud ainsi que

68. Voir Giorgio COSMACINI, *Soigner et réformer. Médecine et santé en Italie de la grande peste à la Première Guerre mondiale*, Paris, Payot, 1992, p. 57-73.

69. L'Espagne, malgré les différences bien connues entre les couronnes de Castille et Aragon : Jon ARRIZABALGA, « Poor relief in Counter-Reformation Castile : An overview », in Ole Peter GRELL, Andrew CUNNINGHAM, Jon ARRIZABALGA (ed.), *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, Londres, Routledge, 1999, p. 151-176 ; María Luz LÓPEZ TERRADA, « Health care and poor relief in the Crown of Aragon », *ibidem*, p. 177-200. L'Angleterre : George ROSEN, *A History of Public Health*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1993, p. 62-106. La France : Colin JONES, « Perspectives on poor relief, health care and the Counter-Reformation in France », in O. P. GRELL, A. CUNNINGHAM, J. ARRIZABALGA (ed.), *Health Care...*, *op. cit.*, p. 215-229. Les territoires allemands : Voir G. ROSEN, *A History...*, *op. cit.*, p. 93-94 ; Mary LINDEMANN, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna, 1500-1800*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, 2001, p. 192 ; Bernd ROECK, « Health care and poverty relief in Counter-Reformation Catholic Germany », in O. P. GRELL, A. CUNNINGHAM, J. ARRIZABALGA (ed.), *Health Care...*, *op. cit.*, p. 280-303.

70. L. ABREU, « Beggars, vagrants and romanies : Repression and persecution in the Portuguese society (14th-18th Centuries) », *Hygieia Internationalis*, 6-1, 2007, p. 41-66.

l'empire, et les médecins, apothicaires et chirurgiens, en majorité payés grâce aux impôts royaux, soutenaient cette structure qui était déjà complètement dessinée dès la troisième décennie du XVI^e siècle. Les premières étaient chargées de la pauvreté locale, souvent des enfants abandonnés, et presque toujours de l'assistance aux prisons et de l'administration des hôpitaux où elles soutenaient surtout des individus étrangers aux communautés. De son côté, le réseau médical s'occupait de préférence des habitants les plus pauvres, parfois de religieux et, exceptionnellement, de soldats.

Plusieurs actions dans le domaine de l'assistance et de la santé publique ont pu être développées à l'échelle nationale, résultats de la tension et de l'interaction entre les intérêts de la Couronne, les objectifs des élites locales en termes de prestige social et de ressources de santé, les pressions des professionnels de santé et, parfois, des fonctionnaires royaux. Ces actions ont été diversifiées dans leurs moyens, partagées quant aux responsables institutionnels, complémentaires quant aux buts à atteindre.

Ces politiques d'assistance et de soins médicaux constituent en fait des éléments centraux dans la formation de l'État moderne. Elles reflètent une organisation et une régulation spécifique du pouvoir que l'on peut voir également dans les mécanismes de mise en place des initiatives royales au niveau de la réglementation des études de médecine, faisant des médecins une profession structurée, avec ses propres privilèges et de nombreuses exigences. Mais c'est dans l'analyse du processus de redistribution de la richesse mis en place par la Couronne, avec l'efficacité acquise par la procédure fiscale, que l'on comprend mieux comment le pouvoir royal a exercé sa souveraineté, l'a légitimée et, simultanément, a cherché à renforcer un sentiment d'identité nationale, fondé ici sur l'argument fréquemment proclamé du « bien public ». La manière de conduire le processus permet même de mettre en évidence une fonction redistributive de l'État moderne émergent.

Comment lire la mise en place de ces politiques qui se sont développées en étant soutenues simultanément par la charité privée et par les impôts ? L'explication démographique a toute sa pertinence : l'aventure impériale et les crises socio-économiques terribles de la seconde moitié du XVI^e siècle⁷¹ avaient brisé un équilibre fragile, si bien que les gouvernants ont probablement répondu à ces difficultés en investissant dans les questions de l'assistance et de la santé publique. Mais le souci démographique, souvent exprimé, ne saurait rendre compte de l'ensemble des dispositifs. La coïncidence chronologique entre les épidémies de peste et leur création puis leur consolidation est évidente. Toutefois, ces circonstances étant identiques à celles que l'on trouve dans le reste de l'Europe, il serait plus approprié d'examiner pourquoi la Couronne portugaise a pu agir de manière systématique et structurée en ce qui concerne la santé et l'assistance publiques.

71. António DE OLIVEIRA, *Poder e Oposição Política em Portugal no Período Filipino (1580-1640)*, Lisbonne, Difel, 1991, p. 52-56.

Le contexte politique peut avoir joué le rôle principal. L'homogénéité institutionnelle qui caractérisait le pays est indiscutablement un facteur à retenir. Contrairement à d'autres entités politiques européennes, dont les monarques étaient contraints de collaborer avec des provinces, des États et des municipalités fortes, au Portugal, les pouvoirs intermédiaires étaient relativement fragiles, ce qui facilitait de fait la communication entre les officiers royaux et les élites locales⁷². En outre, les ressources financières immenses fournies à la Couronne par le vaste empire la rendaient moins dépendante des impôts municipaux que dans les autres États européens, et lui permettaient par conséquent de jouir d'un degré d'autonomie plus élevé. La situation politique interne était également différente de celle de la plupart des États européens, car elle se caractérisait par une paix relative depuis la fin du XV^e siècle, paix que la domination espagnole n'avait pas sérieusement brisée (si l'on exclut les tumultes de la décennie 1630), alors que d'autres pays étaient dévastés par de très nombreuses campagnes militaires et politiques, comme les guerres d'Italie, les guerres de religion ou la Révolution anglaise⁷³.

Quelles que soient les circonstances qui ont pu peser sur l'action de la monarchie portugaise, surtout au XVI^e siècle, cette période est un moment fondateur pour l'offre et l'organisation des ressources de l'assistance et de la santé publiques. Il n'est pas question de soutenir l'existence de politiques totalement définies et structurées. Toutefois, il est indéniable qu'un ensemble d'actions centralisées, à l'initiative de la Couronne, visaient des objectifs concrets. Les mesures prises afin d'aboutir à l'institutionnalisation du système proposé, si elles ne permettent pas de parler d'un programme d'actions, révèlent, au moins, une volonté politique de long terme et un plan d'action. Cette interprétation ne contredit pas celle de G. Rosen sur le lien entre la centralisation graduelle des États modernes et le développement de programmes de santé publique, mais elle la déplace vers d'autres espaces et surtout vers d'autres chronologies.

Dans le cas portugais, il est symptomatique que l'organisation de l'assistance, un champ nouveau, n'ait pas été attribuée aux grandes maisons aristocratiques ni aux municipalités, qui détenaient pourtant des pouvoirs territoriaux, mais soit restée concentrée entre les mains du roi, lui permettant d'intervenir partout avec une forte efficacité, et avec la complicité des élites locales.

Les mécanismes d'assistance et de santé renvoient ainsi à de nouvelles manières d'appliquer et d'imposer l'autorité centrale. Celle-ci était renforcée chaque fois que les pouvoirs périphériques et locaux étaient mobilisés pour participer au système, soit par l'intermédiaire des *Misericórdias*, par le financement

72. Nuno Gonçalo MONTEIRO, *Poder Central, Poder Regional, Poder Local, uma Perspectiva Histórica*, Lisbonne, Edições Cosmos, 1997, p. 52; Joaquim Romero DE MAGALHÃES, « Os espaços administrativos na construção do Estado Moderno em Portugal. A pretexto de Leiria no século XVI » [1996], in José TENGARRINHA (ed.), *A Historiografia Portuguesa, Hoje*, São Paulo, Editora Hucitec, 1999, p. 117-132.

73. Rappelons que c'est précisément lorsque la Castille a menacé les institutions portugaises que le Portugal a rompu l'union dynastique.

du Coffre des médecins et des apothicaires, le recrutement de professionnels de santé, soit par le contrôle des épidémies, l'administration hospitalière, la création des hôpitaux pour enfants abandonnés, ou bien encore par la mise en place des greniers à blé ou des politiques de répression de la mendicité et du vagabondage. Autant d'occasions pour la Couronne de montrer qu'elle était l'autorité principale en ces matières, et de s'immiscer dans la gestion du social à l'échelle locale. En plus de la guerre, de l'armée, de la diplomatie, des impôts et de l'administration, nous devrions absolument considérer, au moins dans le cas portugais, l'assistance et l'accès aux soins comme l'un des champs les plus efficaces d'intervention politique de l'État moderne. Et, dans ce sens, l'exemple présenté ici démontre également que l'évaluation qui est faite du pouvoir du monarque peut varier en fonction du point de vue que privilégie chaque historien.

Laurinda ABREU
Departamento de História
Universidade de Évora
Largo dos Colegiais 2,
7004-516 Évora
Portugal
lfsa@uevora.pt

Résumé / Abstract

Laurinda ABREU

Assistance et santé publique dans la construction de l'État moderne : l'expérience portugaise

Au cours des trois dernières décennies, nos connaissances sur la genèse de l'État moderne ont progressé, couvrant de nouvelles aires géographiques et développant de nouvelles thématiques – dont les dimensions idéologiques des cérémonies auliques et d'autres éléments culturels et symboliques. Centré sur le Portugal, cet article vise à considérer l'assistance aux pauvres et la santé publique comme des secteurs importants pour l'affirmation politique, la consolidation et la mise en œuvre du pouvoir royal. Fondé sur une recherche empirique approfondie, il démontre que la Couronne portugaise a été en mesure, au XVI^e siècle, d'édicter et de faire appliquer des politiques et des normes homogènes et centralisées en matière d'assistance aux pauvres et de santé publique, au service de ses objectifs sociaux et politiques. L'article examine notamment la mise en place de deux réseaux à l'échelle nationale : celui des confréries royales de la *Misericórdia* auxquelles la Couronne accorda un quasi-monopole sur les structures d'assistance aux pauvres, dont l'administration des hôpitaux ; et un autre, formé de docteurs, d'apothicaires et de chirurgiens employés par le gouvernement central au service des pauvres. Ensemble, les confréries et le « réseau médical » donnèrent à la Couronne la possibilité d'intervenir dans la vie quotidienne des communautés, augmentant ainsi sa capacité à mobiliser les élites locales afin qu'elles s'impliquent dans les initiatives royales. La structuration et la mise en application progressives du « système » portugais d'assistance aux nécessiteux et de santé publique ne reflètent pas seulement un mode spécifique d'exercice du pouvoir souverain ; elles illustrent également une instrumentalisation délibérée de ce système au service de la formation de l'État.

MOTS-CLÉS : Portugal, XVI^e-XVII^e siècles, État moderne, assistance aux pauvres, santé publique, protection sociale, hôpitaux ■

Laurinda ABREU

Poor relief and public health in early modern state formation : the Portuguese experience

Over the past three decades, knowledge on the process of early modern state building has increased, covering new geographical areas and developing new topics, including the ideological dimensions of court ceremonies and other cultural and symbolic elements. Focused on Portugal, this paper aims to look upon poor relief and public health as important fields for political assertion, consolidation and investment of royal power. Based on strong empirical evidence, it will demonstrate that the 16th century Portuguese Crown was able to establish and implement homogenous and centralized poor relief and health care policies and regulations for social and political purposes. It will include the creation of two nationwide networks, among other aspects : one comprising royal confraternities, the Misericórdia confraternities, to whom the Crown gave quasi-monopoly over formal poor relief, including hospital administration, and the other, formed by doctors, apothecaries and surgeons, appointed by the central government to serve the poor. Together, the Misericórdias and the "medical net" gave the Crown the opportunity to intervene in the daily life of communities, increasing its capacity to mobilize the local elite to participate in royal initiatives. The gradual structuring and implementation of the Portuguese poor relief and health care "system" reflects not only a specific exercise of sovereign powers but also a deliberate use of this system as an instrument for state formation.

KEYWORDS : Portugal, 16th-17th centuries, early modern state, poor relief, health care, social protection, hospitals ■