

L'ETUDE DE CAS: UN DIALOGUE ENTRE HISTOIRE SOCIALE ET BIOGRAPHIE MEDICALE*

Plus que jamais, en France, la biographie historique rencontre un franc succès. Pourtant, aucune biographie de personnages médicaux, même célèbres, ne marque actuellement l'historiographie française. Pareille crise de la biographie médicale pose la question du nécessaire renouvellement du genre, d'abord en ne le limitant pas à des savants illustres, ensuite en l'insérant dans l'histoire sociale, enfin en l'ancrant dans un face à face du biographe et de la personne étudiée.

Qui veut s'atteler à pareil renouvellement ne peut manquer de prendre en compte les difficultés que recèle toute biographie: — irréductibilité des individus et de leurs comportements à des systèmes normatifs généraux, et cela au nom d'une expérience vécue, non transmissible par la seule voie de l'écrit, à des décennies ou des siècles de distance; — problème de l'exemplarité d'une trajectoire singulière par rapport aux pratiques et au fonctionnement effectif des lois et des règles sociales; — problème de l'effacement de l'individu derrière le personnage qu'il donne à voir en son temps, ici un professionnel de la médecine; — accessibilité à des sources historiques autres qu'administratives et savantes, bref officielles, c'est-à-dire à un fonds d'archives privées.

A ces difficultés d'ordre général s'en ajoutent quelques autres, dans le cas d'une biographie médicale concernant un médecin d'autrefois,¹ ici situé au siècle des Lumières et de la Révolution

française (Goubert, 1992): — comment apprécier un savoir pré-scientifique?; — comment peser des attitudes professionnelles, politiques, religieuses, psycho-affectives au fil de leurs mutations et de leurs contradictions apparentes?; — comment expliquer les écarts observables entre le discours que ce médecin livre sur lui-même et les pratiques que d'autres documents (carnets de marque, correspondance privée et professionnelle, livres de compte, impôts) fournissent sur lui?

En fait, le dilemme est simple et la solution claire: il vaut mieux expliquer que de juger à la lumière des valeurs actuelles, tenter de comprendre que d'arbitrer, "plonger" dans les profondeurs que survoler le paysage de l'individualité. Ecrire une biographie, en particulier médicale, ne va pas de soi, même si un individu a des limites spatiales et chronologiques simples! En fait, la biographie ouvre à tous les types de problèmes. Dès lors, il n'est pratiquement pas possible de les traiter d'un seul et même trait de plume. C'est pourquoi je considérerai ici pareille biographie comme un instrument de recherche sociale, comme un genre qui nécessite la reconstruction du contexte, de la surface sociale qui agit sur l'individu et sur laquelle il agit, dans une pluralité de champs, et cela à des moments particuliers de sa trajectoire. Ce faisant, j'ai le sentiment d'être en mesure d'atteindre le vraisemblable sinon le probable et de proposer une interprétation globale tout en sachant que l'illusion poursuivie par le biographe consiste à laisser croire qu'il a saisi l'essence de l'individu étudié.

* Bien que ce texte ne réponde pas totalement à l'objet de notre section 'Notes de Recherche' — il s'agit en effet de réflexions concernant une recherche achevée et publiée, non d'un travail en cours —, nous avons choisi de l'y publier à titre de note méthodologique. Le sujet abordé touche à des questions centrales pour l'esprit même de notre revue — utilisation de données biographiques individuelles en tant que source historique, rapports entre l'individuel et le collectif, possibilité d'éclairage mutuel entre trajectoires individuelles et contextes socio-historiques — dans un texte qui en décrit les échecs et les réussites et qui devrait être utile aux chercheurs qui s'intéressent à ce domaine tout en les encourageant à produire plus de travaux dans cette ligne de recherche.

(Note de l'Éditeur)

¹ Fils d'un maître en chirurgie breton, le docteur Lavergne (1756-1831) s'installe à Lamballe (Bretagne) en 1783 où il se marie peu après, une fois terminées ses études médicales qu'il fit à Paris et acquis le doctorat à l'Université de Nancy. "Conseiller municipal", puis maire, il vit durant une époque mouvementée qui connut aussi un premier essor de la médecine scientifique française. Ses descendants actuels ont conservé ses archives, personnelles et professionnelles.

J'ajoute, pour en terminer ici avec ces phrases introductives, que s'agissant d'un médecin, c'est-à-dire de quelqu'un qui a à voir, personnellement et professionnellement, avec les principaux problèmes existentiels, dont la maladie considérée comme une "une menace de mort", il me paraît inconcevable que ne se rencontrent pas deux sensibilités, celle du biographe et celle de l'individu étudié, celle du sujet observant et celle du sujet observé.

La démarche que je propose n'en est pas moins simple: reconnaître, puis lever les difficultés perçues, de la façon que voici. Tout d'abord, en maintenant un équilibre (délicat) entre la spécificité de la trajectoire individuelle et l'ensemble du système social. Cette façon de faire trouve sa raison d'être dans la mesure où le contexte éclaire les aléas ou les écarts à la norme d'une trajectoire individuelle. Ainsi, le docteur Lavergne est "révolutionnaire" en 1789 et 1790, partisan du premier Empire en 1805, adversaire de Napoléon après 1813, attaché au retour de Louis XVIII en 1815. Ce qui ne l'empêche pas d'être maire de sa ville au temps de Robespierre.

En second lieu, il me paraît avéré qu'une biographie, en particulier médicale, peut être utilisée directement pour éclairer le contexte, par exemple lorsque ce même médecin s'inscrivant du côté du Progrès prône et répand d'un même mouvement l'hygiène collective dans les rues et dans l'hôpital de sa ville, la culture de la pomme de terre, la bonification de terres arides et la vaccination antivariolique. De cette même manière, "l'étude de cas représente le retour nécessaire à l'expérience individuelle" et "elle permet (une) analyse en profondeur" (Michel Vovelle).

Le second moyen de lever les difficultés perçues consiste à refuser tout jugement (de valeur) péremptoire et à rechercher un dialogue entre l'homme de passé étudié² et l'homme du présent qu'est l'historien, spécialisé dans la connaissance d'un temps et d'un espace précisément repérés. Je veux parler ici de l'acte dialogique, tel que le pratiquent aujourd'hui maints anthropologues.

En d'autres termes, cet acte suppose une longue fréquentation du contexte (cf. Goubert,

1974, Goubert et Rey, 1993, et Léonard, 1978) et du personnage étudié, une sorte de familiarité qui fait qu'au bout du processus une manière de rencontre" — inter-individuelle — se produit, chacun des deux personnages sachant ou à peu près à quoi s'en tenir sur l'autre, sur ses origines, son tempérament, ses choix, ses revirements, parfois même ses silences, ses pudeurs ou ses coquetteries! Pareille démarche suppose que le biographe apprend non seulement sur le personnage qu'il étudie mais aussi, éventuellement, sur lui-même, voire sur certains traits du genre humain. En d'autres termes, l'étude de cas (individuel) ne tient pas à pas à une simple érudition ni à une description "objective", sinon positiviste, mais elle résulte d'un lent processus de communication, sinon de maturation...

A ces conditions, et à ces conditions seulement, la biographie ici de type médical, est susceptible de devenir un instrument de la connaissance historique, c'est-à-dire de re-création, qui comporte les risques inévitables que requiert pareille démarche. J'en veux pour preuve les quelques exemples que voici; je les classerai sous trois rubriques: — les problèmes importants et classiques des relations entre groupes et individus; — les espaces interstitiels de la liberté d'appréciation et d'interprétation de l'individu; — l'exploration de quelques thèmes plus ou moins neufs, à l'échelon de l'individu, tel celui de la professionnalisation des rôles sociaux.

Parmi les problèmes importants et classiques, j'en perçois de cinq types différents, pour lesquels je donnerai à chaque fois un exemple concret. Tout d'abord se pose la question des relations entre normes et pratiques envisagées sous l'aspect professionnel, ici médical. En médecine libérale, en France, aux XVIII^e et XIX^e siècles n'existe aucune tarification des honoraires, à la différence de notre époque. Une autre norme existe, d'aspect éthique, selon laquelle un médecin fait payer cher les riches, moins cher les moins riches et pas du tout les pauvres ni les miséreux. L'étude détaillée du carnet de marque d'un médecin, lorsqu'il consigne les noms et prénoms et les lieux

² Le fonds (privé) d'archives de feu le docteur Alain Rouault de la Vigne, descendant direct du docteur Lavergne m'a permis de connaître sa personne, tandis que les documents issus des archives publiques m'ont fait voir le personnage (Archives nationales, départementales, communales, notamment fiscales et universitaires; fonds de deux sociétés savantes).

d'habitation de ses clients, permet de vérifier le respect plus ou moins fidèle de cette norme.

Dans une autre perspective, le relation entre l'individu-médecin et les groupes sociaux qui sont représentés dans sa clientèle est susceptible d'être analysée à partir de ces deux points de vue différents: celui subjectif du médecin lorsqu'écrivant à l'un de ses confrères, il précise la façon dont il entend s'adresser aux différents groupes: "on doit ... se mettre pour ainsi dire au niveau de ceux avec lesquels on parle ... quand on parle à un paysan, il faut parler comme lui... Quand on parle à un confrère, il faut parler le langage de l'art; quand on parle à un homme du monde, il faut se servir des expressions qu'il connaît ... Pour réussir dans cette carrière, il faut parler peu, se bien observer et savoir faire de petits sacrifices" (6 mars 1783).

Le second point de vue — celui-là objectif — résulte de l'analyse historique de la composition de la clientèle, majoritairement urbaine et, plus précisément, bourgeoise, commerçante, noble et ecclésiastique. L'existence d'une relation médecin/malades implique alors une connivence culturelle qui, à prix égal ou supérieur, le fait préférer à d'autres confrères (ici deux maîtres en chirurgie) et à la foule des empiriques et guérisseurs en tout genre.

D'autre façon, l'ouverture d'un dossier individuel permet d'assouplir l'opposition classique entre déterminisme social et liberté individuelle. Il en va ainsi pour le choix de la profession, ici celle de docteur en médecine, alors que fils de maître en chirurgie il est un représentant de l'endogamie professionnelle; soit un désir avéré d'ascension sociale joint à une haute conception de sa future profession. "La Médecine, écrit-il dans un journal (1781) est une des sciences les plus vastes que l'homme puisse étudier. Elle embrasse non seulement l'homme, mais encore tout ce qui l'environne et peut réagir sur son individu."

Choix professionnel prédéterminé et vocation authentique ne paraissent pas ici contradictoires, à condition de préciser que ce médecin acquit le bonnet de docteur à l'Université de Nancy, faute d'avoir la fortune nécessaire pour devenir "D.M.P.", c'est-à-dire, docteur en médecine de Paris, titre envié s'il en était.

D'autre façon encore, l'approche au niveau individuel autorise une étude par le menu des types de rationalité qui se font jour dans la Bretagne des décennies 1780 à 1830. Dans sa *Topographie médicale de Lamballe* (1787), le docteur Lavergne, s'il reste extérieur aux principes et aux mécanismes culturels qui animent la culture populaire, recueille les remèdes traditionnels, avec le souci des thérapeutes désireux de soulager les maux de ses semblables. Lorsqu'il cite l'armoise (*Arthemisia vulgaris*) dont le pouvoir emménagogue est alors connu, il écrit: "Cette plante est regardée par les femmes de campagne comme très efficace dans la suppression des lochies. Elles s'en servent en infusion pour remplir cette indication sans avoir égard à la cause qui la produit." La fierté du *savant* perce sous la plume du médecin, si ce n'est quelque commisération pour une culture populaire qui en reste à l'état empirique.

Toutefois, et c'est là que la consultation d'un fonds d'archives privées prend toute sa valeur, pareille source amène l'historien à étudier un autre versant, privé ou même intime, de l'activité professionnelle du médecin. Les lettres adressées par 83 patients à leur médecin traitant et les trois brouillons de lettres (non envoyées) écrites par ce médecin témoignent d'un dialogue, à la fois existentiel et professionnel par où passent, notamment, les espaces interstitiels de la liberté d'appréciation et d'interprétation de deux individus. Il en va ainsi pour cette lettre d'un client malouin (23 septembre 1783): "...C'en est fait de moi si vous ne m'aidez de vos conseils que je ferai exécuter par un apothicaire instruit... Je tombe en lambeaux si vous ne m'apportez un prompt secours à mes douleurs. Simplifiez le traitement... Ne craignez pas la force de la dose. Je me soumetts à tout..." Face à un tel propos, le médecin demande au malade quelques précisions supplémentaires sur son état, afin d'identifier la maladie dont il souffre; puis, il prescrit un traitement, et cela dans un langage dénué de tout jargon; enfin, il ordonne un régime. Bref, il fournit une lueur d'espoir, jouant autant le rôle d'un psychologue que d'un technicien.

Enfin et ce n'est pas là le côté le moins passionnant d'une étude de cas, c'est la personne du médecin qui peut être éclairée, avec ses

attitudes et sa sensibilité face aux grands problèmes de l'existence: l'argent, l'amour et la mort, entre autres exemples.

A 26 ans sonnés, Lavergne avoue un point faible: il s'est épris d'une personne du beau sexe dans la ville où il vient de s'établir. Témoin, ce passage d'une lettre (février 1783) à son confrère Martin: "...Oui, mon ami, j'en tiens dans l'aile et très fort. Je l'aime elle-même. Cela fait mon plaisir ou peut-être plutôt mon tourment. Car, dame, je suis actuellement un gaillard propre au poil comme à la plume et qui, quand il y est, pique fort da haridelle." Cette jeune femme, qu'il épouse lui a donné (1787) "trois enfants, deux garçons et une fille". Cette dernière, précise-t-il, n'a que "dix jours et est la seule vivante".

Un troisième centre d'intérêt dans une étude de cas consiste à tester les théories en vogue et les idées reçues en ce qui concerne l'histoire sociale de la médecine et des médecins. A coup sûr, Lavergne est un bon représentant du processus de professionnalisation qui au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles marque les "professions libérales". Alors qu'il vient de s'installer à Lamballe et que sa clientèle est encore rare, il écrit à un confrère: "L'espérance me soutient. Avouez, cher ami, qu'il serait bien malheureux pour nous d'avoir sacrifié nos plaisirs, dépensé notre argent, de n'avoir épargné ni soins ni veilles pour nous rendre dignes du titre dont nous sommes décorés, pour végéter tristement..."

Lavergne manifeste de la sorte son sentiment d'appartenance sinon à une caste, du moins à une élite à laquelle l'exercice d'une profession permet de disposer d'un solide revenu. Son mariage avec une riche héritière, joint à une conjoncture qui lui permet, grâce à l'achat de biens d'Eglise et de biens d'Emigrés d'arrondir la fortune foncière du couple,

sa passion pour la botanique qui lui vaut de faire bonifier de vastes landes aux moindres frais manifestent son ascension sociale et son rang éminent parmi les médecins de Bretagne. Touché par le démon du Pouvoir, celui-là politique, il préfigure le personnage du médecin notable typique de la fin du XIX^e siècle, pour terminer sa vie sous les traits d'un *gentleman farmer* qui, tel un patriarche, tient salon assis sous un grand chêne en son manoir du Bois Lavergne qu'il fit construire et auquel il donna son nom.

Médecin qui se situe "au-dessus de la mêlée" quand il soigne tant les Bleus (Républicains) que les Blancs (Royalistes), il unit en sa personne le gouvernement des patients et celui des citadins dans sa ville de Lamballe, faisant d'une utopie médicale, celle des Lumières, une réalité vivante. Expert du corps devenu expert du corps social, il personnifie les liens qui manifestent une même harmonie répartie entre deux sphères, celle de la santé et celle de la cité. Politiquement changeant au gré des régimes successifs et de leurs classifications, il reste, sa vie durant, attaché à la monarchie constitutionnelle. A cela rien de surprenant: paradoxes, renouvellements et recompositions scientifiques financiers ou politiques, trouvent chez lui leur fondement dans la poursuite d'une même identité "éclairée", utilitaire et philanthropique et cela dans les domaines connexes et distincts de sa vie professionnelle et de sa vie publique. C'est à ces divers titres qu'il a su traverser la Révolution, en tirer parti, asseoir sa réussite professionnelle et, tout bien considéré, faire le lit de la médecine moderne.

Jean-Pierre Goubert

Professeur à l'Ecole des Hautes
Etudes en Sciences Sociales (Paris).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Goubert, J. P. et Rey,
R. (éditeur) 1993 *Atlas de la Révolution française, Médecine et Santé*, Paris, Ed. de l'EHESS, fascículo 7.
- Goubert, J. P. 1992 *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui. Le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*. Paris, Publisud.
- Goubert, J. P. 1974 *Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790*. Paris, Klincksieck.
- Léonard, J. 1978 *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*. Paris, H. Champion, 3 vols.