

Les nécrologies des médecins romands : une autopsie du corps médical

Autor(en): **Dirlewanger, Dominique / Fussinger, Catherine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue historique vaudoise**

Band (Jahr): **103 (1995)**

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-73306>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les nécrologies des médecins romands: une autopsie du corps médical

DOMINIQUE DIRLEWANGER
CATHERINE FUSSINGER¹

Qui s'intéresse, à l'heure actuelle, au corps médical suisse romand ne dispose que de biographies², plus ou moins récentes, de médecins de grande notoriété – la pointe de l'iceberg en quelque sorte. Mais pour un Dufour, un Roux ou un Reverdin, combien de généralistes de moindre envergure! Entre une médecine générale et une médecine spécialisée, entre ville et campagne, entre cabinets privés et hôpitaux, comment se répartissait et s'organisait la pratique médicale entre le milieu du XIX^e et le début du XX^e siècle? Quel prestige et quels revenus s'y rattachaient? De quel milieu social les médecins étaient-ils issus, quelle place occupaient-ils au sein de la bourgeoisie? Quels étaient leurs cursus et leurs lieux de formation avant la création des facultés de médecine romandes? Assistons-nous avec la naissance de celles-ci à une certaine démocratisation de la profession? Comment ont évolué au fil du siècle les espoirs de réussite des jeunes médecins? Voilà quelques-unes des questions qui ont guidé l'élaboration de ce premier portrait de famille des médecins romands, notre objectif étant de

¹ Nous remercions Chantal Ostorero, François Vallotton et Josette Suillot de leurs relectures attentives et de leurs critiques.

² En complément aux nécrologies, nous avons les biographies suivantes: Henri REVERDIN, *Jacques-Louis Reverdin 1842-1929. Un chirurgien à l'aube d'une ère nouvelle*, Aarau, 1971; Jacques TAILLENS et Pierre DECKER, *César Roux*, Lausanne, 1945; Michel GROSS, *Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne*, Lausanne, 1993. Guy SAUDAN brosse les portraits des professeurs de l'Université de Lausanne dans *La médecine à Lausanne du XVI^e au XX^e siècle*, Lausanne, 1991. Pour les professeurs genevois, on peut se référer à *La Faculté de Médecine de Genève 1876-1976*, Genève, 1978.

rendre compte de la diversité du corps médical tout en restituant les dynamiques de changements à l'œuvre au sein de la profession³.

Notre désir d'esquisser un premier portrait de groupe se heurtait à l'absence de sources unifiées; en effet, l'essentiel des archives médicales appartient au domaine privé. L'intense vie associative du corps médical, dont rend compte la *Revue médicale de la Suisse romande*, nous permet de contourner cette difficulté. Créée en 1881⁴, cette revue mensuelle publie les comptes rendus des assemblées de sociétés de médecine cantonales et de la Société romande et, à côté des communications scientifiques, on peut y lire les nécrologies des confrères récemment disparus. Rédigées par et pour des médecins, ces nécrologies se distinguent des éloges funèbres de la presse quotidienne; elles ont un peu de la froideur et de la systématisation de l'autopsie. Mis à part les données traditionnelles, leurs trois champs d'investigation portent sur le cursus d'études et la pratique professionnelle, sur la vie publique et associative que les médecins ont eue en tant que bourgeois-citoyen, enfin le comportement des défunts avec l'entourage, les confrères ou les patients donne parfois lieu à un portrait moral. Ces données ne sont pas toujours mentionnées pour chaque médecin, de plus des silences – notamment en ce qui concerne les stratégies matrimoniales, la situation économique et les revenus, ou encore le parti de celui qui exerce une activité politique – nous privent d'éléments intéressants pour une analyse plus fouillée du statut médical. Ainsi, bien que dans la construction de notre fiche informatique nous ayons objectivé le contenu des nécrologies en isolant les variables et que pour donner un squelette à ce corps médical, des évaluations statistiques émaillent cet article, nous ne prétendons pas à la rigueur d'une analyse prosopographique.

³ Pour une analyse de l'évolution du corps médical en Suisse, on peut se référer à Rudolf BRAUN «Zur Professionalisierung des Ärztstandes in der Schweiz» in *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*, Teil I, Stuttgart, Werner Conze, Jürgen Kocka (éd.), 1985. Pour une monographie du corps médical au XIX^e siècle, se reporter aux travaux de Jacques LÉONARD, en particulier sa thèse, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, 1978. Pour une analyse prosopographique voir Georges WEISZ, «Les transformations de l'élite médicale en France», in *Les actes de la recherche en sciences sociales*, n° 78, septembre 1988, pp. 33-46.

⁴ La *Revue* fait suite au *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, publié de 1867 à 1880.

Si elles n'autorisent pas une grande précision quantitative, les nécrologies possèdent en revanche l'avantage d'être une autoreprésentation du corps médical qui laisse apparaître la hiérarchie interne et par là même la diversité de la profession. De plus, il nous semble qu'il est aussi important de savoir qu'on attend des médecins qu'ils s'intéressent à la «chose publique» que de dénombrer ceux qui le font réellement. Ainsi notre recherche s'est élaborée dans un constant va-et-vient entre les données quantitatives (lieu et date d'études, postes professionnels, etc.) et les données qualitatives (réussite particulière, spécificité du médecin de campagne, etc.), tension qui se retrouve dans l'écriture de cet article.

L'échantillon sur lequel nous nous sommes fondés compte 198 médecins romands nés entre 1808 et 1880 et morts entre 1900 et 1920, la majorité d'entre eux ayant vu le jour entre 1840 et 1860. Le nombre élevé de médecins qui adhèrent aux sociétés de médecine⁵ nous autorise à penser que ces nécrologies fournissent une image représentative du corps médical romand, d'autant qu'elles ne se rapportent pas exclusivement à leurs membres. En prenant en considération le lieu d'origine et/ou le lieu de pratique⁶, les deux cantons les mieux représentés sont Genève (76/198, soit 38%) et Vaud (76/198, soit 38%), qui forment près de 4/5 des effectifs, le reste se composant de nécrologies de médecins valaisans (12/198, soit 6%), fribourgeois (12/198, soit 6%), et neuchâtelois (26/198, soit 12%). Cette disparité s'explique en premier lieu par d'importantes différences cantonales en matière de densité

⁵ En 1903, à Genève, sur 177 médecins en droit de pratiquer (mais beaucoup n'exercent pas), 105 font partie de l'*Association de médecins de Genève*. Dans le canton de Vaud, en 1903, sur 233 médecins en droit de pratiquer, 178 sont membres de la *Société vaudoise de médecine*. Cf. *RMSR*, séance de la Société médicale de Suisse romande du 25 octobre 1903, 1903, p. 752 et *Rapport sur le résultat de l'enquête concernant la situation économique et les vœux du corps médical vaudois dans la question de l'assurance maladie*, séance de la Société vaudoise de médecine du 2 juin 1904, p. 3. Archive privée de la SVM.

⁶ En prenant en compte simultanément le lieu de naissance et le lieu de pratique, nous obtenons une somme globale de 202 médecins sur 198 dans notre corpus. Cette différence renvoie en conséquence aux médecins ayant exercé dans plusieurs cantons durant leur carrière ou ayant choisi un autre lieu de pratique que celui de leur naissance.

médicale, mais aussi par le fait que, moins insérées au sein de la *Société de médecine de la Suisse romande*⁷, les trois sociétés de médecine cantonales devaient vraisemblablement privilégier les feuilles locales lorsqu'il s'agissait d'honorer la mémoire d'un confrère décédé. Sans prétendre à une étude comparative, l'attention que nous avons prêtée aux différences régionales nous a permis de mieux mettre en relief certaines évolutions au sein de la profession médicale. Les diverses réalités économiques et sociopolitiques des cantons romands, telles qu'elles apparaissent dans les nécrologies, laissent entrevoir d'intéressantes perspectives pour une histoire des élites qui tiendrait compte de ces spécificités.

Un portrait de famille en mouvement

Si le rôle des médecins comme promoteurs des progrès scientifiques et comme agents de la médicalisation fut souvent mis en avant, les incidences qu'eurent sur la pratique et la hiérarchie interne de la profession les importants changements de la deuxième moitié du XIX^e siècle n'ont, en revanche, guère été analysés. Les nouvelles découvertes thérapeutiques telles l'anesthésie, l'asepsie et l'antisepsie – dont l'introduction dans les années 1870 se heurta à une certaine résistance – révolutionnent la pratique chirurgicale et hissent le chirurgien vers les cimes du prestige. Elles transforment également l'image de l'hôpital qui, d'un asile ou d'un mouiroir, devient un lieu de guérison. À partir de 1860, les structures hospitalières connaissent en Europe et en Suisse un développement considérable qui est à la fois l'expression d'une demande croissante de soins et d'une volonté sociopolitique d'y répondre⁸. Fruits de l'initiative privée, pas moins

⁷ En 1868, une année après sa création, la *Société médicale de la Suisse romande* se composait de 167 membres dont 90 de Vaud, 43 de Genève, 14 de Neuchâtel, 11 de Fribourg, 9 du Valais. En 1921, l'effectif total était passé à 661, 276 pour Vaud, 194 pour Genève, 100 pour Neuchâtel, 55 pour Fribourg, 36 pour le Valais. Cf. «Compte rendu de l'Assemblée générale de la Société médicale de la Suisse romande», in *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1921, p. 461.

⁸ Alfred FRITSCHI fait état d'un processus similaire en Suisse alémanique, cf. l'introduction de *Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskranknspflege in der Schweiz 1850-1939*, Zurich, 1990. pp. 11-17.

de seize infirmeries se créent dans différentes régions du canton de Vaud⁹. Le nombre total de lits qu'elles mettent à disposition (près de 430) correspond à celui du nouvel hôpital cantonal installé en 1883 au Calvaire à Lausanne. La création des facultés de médecine – en 1876 à Genève et en 1891 à Lausanne – marque l'émergence d'un nouveau pôle scientifique qui modifiera la hiérarchie interne de la profession médicale. Lieu de soins lié à l'assistance et accueillant de ce fait en grand nombre les patients des classes inférieures, l'hôpital cantonal devient un lieu de formation à partir du moment où un enseignement clinique y est donné. L'infrastructure disponible dans les hôpitaux universitaires et la diversité des pathologies qu'on y rencontre permettent des recherches et des progrès thérapeutiques qui font de ces institutions un passage obligé pour qui veut réussir une brillante carrière. Fleurissant sur la Riviera au tournant du siècle, les cliniques privées, dans lesquelles œuvrent les grands noms de la médecine, constituent le versant lucratif de ce nouveau pouvoir thérapeutique expérimenté et enseigné en hôpital. Enfin, la législation fédérale de 1877 marque un tournant: en instituant des examens fédéraux en 1878, elle uniformise les exigences en matière de formation médicale et fait tomber les barrières du corporatisme cantonal en instaurant, pour les médecins diplômés, la liberté d'exercer sur l'ensemble du territoire helvétique. En dépit de la résistance que nombre de médecins soucieux de leurs privilèges opposèrent à ces mesures – comme ce fut le cas lors de la création d'une faculté de médecine à Lausanne¹⁰ – l'objectivation et l'uniformisation des critères qu'impliquent ces réformes fédérales signalent la part croissante qu'occupe l'élément scientifique dans la définition de la profession.

⁹ Le travail de séminaire de Stéphanie Lachat et Stéphane Crittin nous permet de donner les dates de création de ces infirmeries ainsi que le nombre de lits: l'infirmerie de Saint-Loup, créée en 1842, 34 lits; Yverdon en 1856, 30 lits; Vevey (hôpital du Samaritain) en 1858, 44 lits; Rolle en 1861, 80 lits; Payerne en 1867, 35 lits; Aigle en 1867, 25 lits; Morges en 1869, 24 lits; Château-d'Oex en 1870, 16 lits; Montreux en 1874, 34 lits; Orbe en 1874, 17 lits; Aubonne, 8 lits; Moudon en 1876, 12 lits; Nyon en 1877, 25 lits; Sainte-Croix en 1880, 20 lits; Bex en 1890, 12 lits; Romainmôtier en 1893, 6 lits.

¹⁰ À ce propos voir l'article de Guy SAUDAN, «La faculté de médecine (1890)», in *De l'Académie de Lausanne 1537-1987. 450 ans d'histoire*, Lausanne, 1987, pp. 223-251.

L'ensemble de ces transformations amène à un élargissement du corps médical, ainsi qu'à une réorganisation interne dont nous tenterons d'indiquer les lignes directrices. Qu'elle se manifeste par une nécrologie longue et élogieuse ou par un enterrement suivi par les autorités et la population, la question se pose de savoir quelle est la source de la reconnaissance publique. Quelle place y occupent l'origine sociale, les activités extraprofessionnelles – politiques ou philanthropiques – la réussite économique et le prestige scientifique? À cet égard, les années 1870 marquent une période de transition dans l'identité du corps médical. Durant les deux premiers tiers du XIX^e siècle, qu'il exerce en tant que médecin, médecin chirurgien ou encore chirurgien accoucheur, le médecin est avant tout un notable; tandis que pour la génération qui entre en activité dans les années 1870, le type de pratique joue un rôle déterminant. Le chirurgien, l'interniste, l'ophtalmologue, le gynécologue, l'orthopédiste, l'oto-rhinolaryngologiste présentent des profils de carrière et des identités sociales différenciées. Ce processus de spécialisation ira en s'accroissant – un bon indice en est la multiplication des sociétés médicales spécifiques (société de neurologie, de pédiatrie, de dermatologie, etc.) – et il aboutira, dans les premières décennies du XX^e siècle, à une réglementation officielle du titre et du cursus qui permet d'y accéder. Bien qu'il ne concerne qu'une élite, ce nouveau modèle médical n'en devient pas moins le pôle de référence dont la face éclairée affiche progrès scientifique et thérapeutique. Ainsi, dans le dernier tiers du XIX^e siècle, le prestige scientifique qui auréole le praticien spécialisé se superpose à celui du médecin simple notable.

Fil rouge de notre présentation, cette évolution nous conduira dans un premier temps à nous pencher sur la figure du notable et sur les activités publiques impliquées par ce statut. En abordant ensuite les cursus professionnels qui conduisent à une reconnaissance sociale, nous verrons émerger la figure du praticien spécialisé dont la valorisation des connaissances scientifiques rejaillira sur l'ensemble de la corporation. Enfin, en conclusion, nous nous interrogerons sur les représentations produites par le corps médical lui-même, ce qui nous amènera à esquisser une réflexion sur le statut des nécrologies.

Le médecin, un notable

Peignant, en 1919, les dangers que la pléthore médicale et le mercantilisme ambiant font courir à la profession, Louis Exchaquet, médecin dans la force de l'âge issu d'une bonne famille – son père était le médecin directeur de la station climatique de Leysin – apporte un éclairage intéressant sur l'évolution de la profession:

Dans le public on en est arrivé à croire que la médecine conduisait à la fortune et aux honneurs; tout naturellement, beaucoup de jeunes gens se sont décidés à devenir médecins, moins par vocation que par un désir, fort légitime, du reste, de faire une carrière brillante et rémunératrice.

Il y a une génération encore, les études médicales, qui se faisaient à l'étranger, étaient fort coûteuses et à part quelques exceptions d'autant plus honorables, le corps médical se recrutait dans la bourgeoisie aisée; le médecin, en s'établissant, devait bien gagner sa vie, mais n'était pas talonné par les nécessités du pain quotidien; forcément la question du gain n'avait pas pour lui l'acuité qu'elle a pour le jeune médecin d'aujourd'hui, qui, au lendemain d'études facilitées par la création d'une université dans le pays, doit immédiatement pourvoir à son existence.¹¹

Si cette citation nous rappelle que les médecins, fils de notables, purent durant la plus grande partie du XIX^e siècle exercer leur art sans se soucier des revenus procurés par cette pratique, elle nous indique aussi que ce statut respectable et de belles réussites médicales attirèrent à la profession de jeunes hommes en quête d'ascension sociale. Et bien qu'il ne faille pas surestimer la démocratisation apportée par la création des facultés romandes, on assiste bel et bien au cours du XIX^e siècle à une évolution qui fait passer la médecine de l'exercice d'un art réservé aux fils de bonnes familles à une profession qui peut permettre d'accéder aux échelons supérieurs de la bourgeoisie.

¹¹ Louis EXCHAQUET, «De l'évolution dans l'organisation médicale. Rapport présenté à la Société vaudoise de médecine le 28 juin 1919», in *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1920, p. 49.

L'intérêt pour la connaissance médicale détaché de toute considération matérielle trouve son illustration dans ces quelques exemples de médecins romands qui pratiquèrent peu, voire pas du tout. Le Genevois Auguste Girard (1816-1902) reçoit en 1846 le titre de docteur qui consacre ses études médicales parisiennes, mais il exerça fort peu car «il avait une prédilection particulière pour le chant et possédait une voix superbe»¹² qui lui valurent de se faire nommer directeur du conservatoire en 1859. Un autre exemple de ce phénomène nous est donné par le cas de Paul Regard (1858-1920), également Genevois, et qui, après ses études et une période d'assistantat à l'Université de Genève, «ne rechercha pas la clientèle, et, de caractère très réservé, partagea son temps entre la lecture, car c'était un fin lettré, l'équitation, la musique et l'exploitation d'un domaine à Cessy, près de Gex»¹³.

Ces quelques exceptions ne doivent pas nous amener à sous-estimer les possibilités d'enrichissement que pouvait offrir la pratique médicale pour qui était en mesure de s'attirer les faveurs de riches patients. Avant l'ère des Dufour et des Roux, certains médecins profitèrent largement de la clientèle internationale qui, dès le milieu du XIX^e siècle, fréquentait la Riviera et les Alpes tant pour la beauté des paysages que pour le bon air que l'on y respirait. Alfred Carrard (1827-1907), de Vevey, fait ses études à Berne et à Strasbourg. Après une année d'internat dans les services de médecine et de chirurgie de l'hôpital cantonal, il s'installe définitivement à Montreux en 1853 où ne pratique alors qu'un seul médecin:

La réputation du D^r Carrard ne tarda pas à franchir les limites de notre pays; les malades de toutes nationalités et de toutes les conditions affluèrent à Montreux pour réclamer ses soins; il devint ainsi un des facteurs importants du développement considérable qu'a pris cette contrée. Connu de loin, il fut l'objet de distinctions des plus flatteuses; deux décorations, l'une de Russie, l'autre d'Allemagne, lui furent octroyées en témoignage de reconnaissance pour la façon distinguée dont il avait soigné des personnages de marque.¹⁴

¹² *RMSR*, 1902, Auguste Girard, pp. 386-387.

¹³ *RMSR*, 1920, Paul Regard, pp. 131-132.

¹⁴ *RMSR*, 1907, Alfred Carrard, pp. 645-647.

La station climatique de Leysin, créée en 1889 sur l'initiative des docteurs Louis Secrétan et Édouard de Cérenville, recueille aussi les fruits du tourisme médical d'une riche clientèle européenne. Théodore Exchaquet (1849-1911)¹⁵, qui en deviendra le directeur en 1896, est né à Aubonne, mais il accomplit sa scolarité à Paris où il fait également de brillantes études médicales, ce qui fait dire à son nécrologue que «cette éducation française, assimilée par un homme pénétré des saines traditions d'une vieille famille suisse protestante, le façonna merveilleusement et fit de lui l'une des personnalités les plus distinguées de notre corps médical vaudois». Ses relations médicales étendues tout comme «*sa haute culture générale contribuèrent beaucoup à développer la réputation des sanatoriums de Leysin*»¹⁶.

À l'époque où tourisme et médecine s'interpénètrent si étroitement, une haute extraction sociale semble déterminante pour susciter l'estime et la confiance de cette riche clientèle européenne. Si l'importance croissante des compétences médicales estompera celle d'une bonne origine sociale, elle ne l'annulera pas. La figure quelque peu atypique de Marc Dufour (1843-1910) nous en offre une belle illustration. Fils d'une famille de lettrés peu fortunés, le célèbre ophtalmologue lausannois deviendra, alors qu'il est adolescent, le protégé de la richissime aristocrate russe, M^{me} de Rumine, qui désirait un compagnon d'études pour son fils Gustave. À ce titre, il sera amené à côtoyer la meilleure société:

...Dufour profita abondamment de cette école, et non moins, avec sa distinction naturelle, des avantages de sociabilité qu'il rencontra à l'Églantine. La maîtresse de la maison y recevait une société choisie, nullement frivole et y attirait les têtes de ligne de ce qui à Lausanne et aussi à Genève, parmi les hommes de lettres et de sciences, jouissait de quelque notoriété. *Dufour acquit dans ce salon l'aisance et l'usage du monde qui furent un des éléments de succès de sa carrière, sans rien perdre de sa simplicité ni de son naturel, car jamais son âme ne fut effleurée par la vanité, et de toutes façons il tint à conserver son indépendance.*¹⁷

¹⁵ RMSR, 1911, Théodore Exchaquet est le père de Louis Exchaquet cité précédemment, pp. 655-658.

¹⁶ *Ibid.*, p. 656. Souligné par nous.

¹⁷ RMSR, 1911, Marc Dufour, pp. 869-885 et 972-998, cf. p. 874. Souligné par nous.



*Jardin d'hiver du Sanatorium Le Grand Hôtel à Leysin, 1906
(photo F. Boissonnas, Genève, Musée de l'Élysée, Lausanne)*

Dans la biographie qu'il fait de l'orthopédiste lausannois Placide Nicod (1876-1953), Michel Gros dresse un constat similaire¹⁸. D'une bonne famille tessinoise, la femme de Placide Nicod, Marie Brazzola, entretient des relations sociales avec l'aristocratie catholique européenne en particulier, qui vaudront des dons importants à l'hospice orthopédique et une clientèle internationale aisée et influente à son mari. Une telle notoriété aidera ce dernier à faire sa place au sein de la «Mecque médicale»¹⁹ lausannoise, en dépit du conflit larvé qui s'était institué entre lui et son ancien professeur César Roux, à l'autorité duquel il n'avait pas voulu se plier. Sans être indispensable, comme le montre l'exemple de César Roux (1857-1934) issu d'une famille de la petite bourgeoisie, une bonne éducation et la connaissance des usages du monde facilitent grandement les contacts avec une clientèle riche. Et de celle-ci dépend largement la réussite économique qui, même si elle n'est jamais ouvertement applaudie, joue un rôle certain dans le prestige dont jouit la profession médicale.

Il est également vrai que, dans le derniers tiers du XIX^e siècle, les études de médecine deviennent un investissement rentable, que certaines familles, en quête d'ascension sociale pour leur fils²⁰, sont prêtes à consentir. Orphelin élevé par ses grands-parents, le jeune Oscar Rapin hésite à entamer des études de médecine à cause de leur longueur (entre 5 à 9 ans) et des frais qu'elles occasionnent. Son professeur de physique à l'Académie de Lausanne, Louis Dufour, frère du fameux ophtalmologue, le dissuade d'interrompre ses études en «*l'assurant que les capitaux engagés de cette manière constituaient un bon placement.*»²¹ Professeur d'obstétrique à l'Université de Lausanne, Oscar Rapin (1847-1902) connaîtra une belle trajectoire; mais la figure «méritocratique» par excellence est celle de César Roux dont la carrière illustre le rôle que les compétences scientifiques purent jouer en certaines circonstances.

¹⁸ Michel GROSS, *op. cit.*

¹⁹ Cette expression est couramment utilisée à l'époque. Comme l'explique Saudan, ce titre flatteur avait été décerné à Lausanne avant la Grande Guerre par des journalistes étrangers. Cf. Guy SAUDAN *La médecine à Lausanne du XVI^e au XX^e siècle*, *op. cit.*, pp. 108-138.

²⁰ En effet, d'une part les étudiantes suisses en médecine apparaîtront plus tardivement et d'autre part l'ambition sociale et l'investissement parental dans un cursus de formation diffèrent fortement en fonction du sexe des enfants.

²¹ RMSR, 1903, Oscar RAPIN, pp. 70-75, *cf.* p. 71.

César est le huitième des onze enfants de l'instituteur de Mont-la-Ville qui, malgré cette lourde charge familiale, réussit à faire suivre des études universitaires à plusieurs de ses fils²² et l'école normale à plusieurs de ses filles. Ayant perdu son père peu après le début de ses études de médecine à Berne, Roux connut certaines difficultés économiques auxquelles il remédia en occupant notamment différents postes d'assistants. Lorsqu'il ouvre son cabinet en 1883 à Lausanne, il traverse encore une courte période de vaches maigres car il doit non seulement gagner sa vie mais également rembourser ses dettes. Toutefois le prestige du célèbre professeur de chirurgie, Théodore Kocher, dont Roux a été le premier assistant à Berne, rejaillit rapidement sur lui et il se voit nommé en 1887 chef de l'un des deux services de chirurgie de l'hôpital cantonal; une année plus tard, le Conseil d'État lui propose également la chaire de chirurgie de la future faculté de médecine. Lorsqu'il retrace la brillante carrière de César Roux, le professeur Jacques Tailens relève d'une part que Roux est arrivé au bon moment: il appartient à la jeune génération bien formée sur le plan chirurgical et n'a aucun concurrent sur la place, d'autre part, qu'il bénéficie du soutien de radicaux parmi lesquels ses frères sont influents. De plus, J. Tailens souligne l'absence d'une formation classique (Roux a suivi la filière scientifique à une époque où le latin n'était pas obligatoire pour entreprendre des études de médecine) et déplore son manque d'éloquence et de clarté dans son enseignement – le vernis parisien lui ferait défaut. S'il rapporte avec malice la manière dont le célèbre chirurgien n'avait cure de la position sociale de ses clients, il relève également avec un certain dépit son absence de goût musical. Bref, l'on sent bien que même au milieu du XX^e siècle, le manque d'éducation de César Roux, lié à son origine sociale, détonne dans cet univers de notabilités médicales.

Les nombreuses mentions faites dans les nécrologies des activités culturelles auxquelles les médecins consacrent leurs loisirs (72/198)

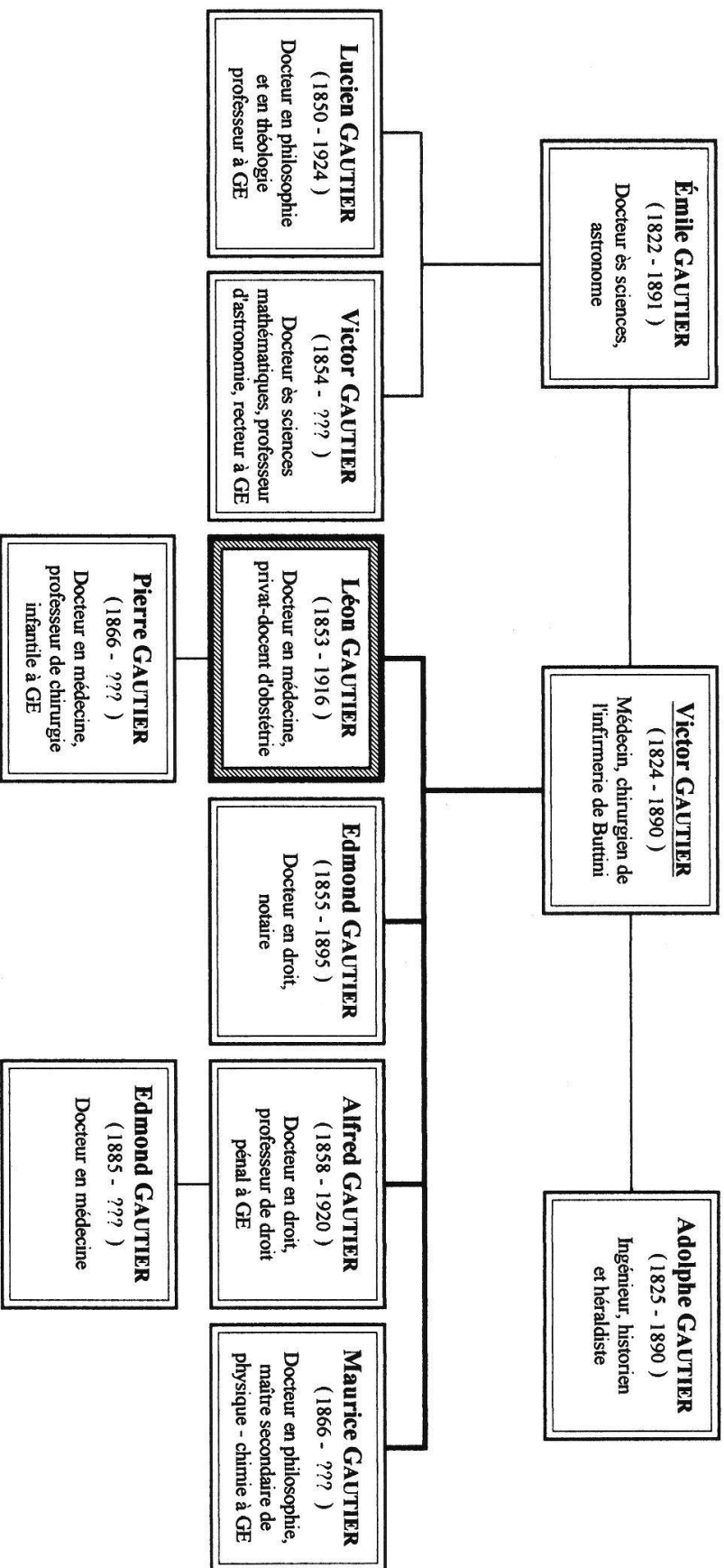
²² Louis (1848-1908), municipal radical, fit des études d'ingénieur, devint maître à l'école industrielle puis au collège scientifique dont il fut également le directeur; Félix (1855-1940) entreprend des études de théologie mais se passionne pour les sciences naturelles et devient maître, puis directeur, de l'école industrielle; le frère cadet meurt jeune (1862-1893) après avoir suivi des études de vétérinaire in J. TAILLENS, *op. cit.*, pp. 46-47.

viennent corroborer ce fait. Leur culture étendue, le charme et l'esprit de leur conversation sont là pour signaler une bonne éducation, de même que leurs intérêts pour les beaux-arts et plus particulièrement pour la musique. Bon nombre de médecins s'intéressent aux sciences naturelles (physique, chimie, botanique), d'autres consacrent leur temps libre à des travaux d'histoire, d'archéologie ou de numismatique. Quant aux activités physiques, si certains pratiquent la gymnastique, leur prédilection va à l'alpinisme, à l'équitation, à la chasse et au tir. Autant d'occupations qui nous rappellent l'appartenance des médecins à la bourgeoisie libérale, même si ceux-ci tiennent parfois à rappeler qu'ils possèdent, plus que d'autres, leurs humanités. Dans un style quelque peu emphatique, le nécrologiste d'Adrien l'Hullier souligne que ce médecin légiste «était aussi un lettré et un artiste, et, [qu'] en cela, il cultivait les bonnes traditions médicales qui veulent que le médecin soit disciple des Muses aussi bien que d'Hippocrate.»²³

En dehors des aspects évoqués, mener une étude approfondie sur l'origine sociale des médecins romands aurait nécessité de connaître l'ascendance des côtés paternel et maternel. Dans notre corpus, la famille de la mère comme celle de l'épouse ne sont mentionnées qu'à titre exceptionnel; quant à la profession du père, elle est indiquée pour presque un tiers de notre corpus (54/198, soit 27%). Parmi ce nombre, la majorité sont fils de médecin (21/54, soit 35 %) ou de pasteur (14/54, soit 22%); on trouve aussi quelques fils de professeurs de sciences ou de lettres de l'Académie (7/54) et deux fils de pharmaciens; les professions juridiques (avocat, notaire) et les fonctionnaires (syndic, préfet) sont également assez bien représentées (9/54)²⁴. En considérant sur trois générations l'arbre généalogique de la famille de Léon Gautier (1853-1916), un médecin genevois de bonne souche, on peut observer la manière dont les professions

²³ *RMSR*, 1920, Adrien l'Hullier (1879-1920), p. 708.

²⁴ Parmi les médecins restants, il n'y a que des cas isolés qui nous indiquent que la profession médicale apparaissait comme une activité honorable à d'autres membres des classes supérieures; comme profession du père on trouve: un directeur de fabrique d'horlogerie, un directeur de banque, un directeur des postes, un négociant, un propriétaire terrien, un paysan, un chef d'orchestre, un sculpteur, un instituteur et un colonel au service du Saint-Siège.



*Généalogie de Léon Gauttier (1853-1916) : une dynastie médicale
 Sur trois générations, on compte 4 médecins, 3 docteurs ès sciences, 2 docteurs en droit,
 1 ingénieur et 1 théologien ; parmi eux 5 sont professeurs d'université.*

libérales se distribuent à l'intérieur d'une même famille. La reproduction sociale est toutefois ce qui structure la profession. En dehors des dix-neuf médecins qui ont suivi la voie paternelle, dix-sept sauront transmettre le flambeau à leur fils, et si l'on tient également compte de la parenté élargie (grand-père, oncle, frère, neveu, cousin, beau-frère, beau-fils) on parvient, toute parenté confondue, à un quart de médecins sur l'ensemble de notre corpus dont un membre de la famille proche exerce la profession médicale (53/198, soit 26%).

Traditionnelle, la distinction entre origines citadine et campagnarde – tout particulièrement visible dans le canton de Vaud où plus d'un tiers des médecins exercent à la campagne²⁵ (30/76, soit 39%) – ne semble guère pertinente pour expliquer une trajectoire médicale. Les notables des petites villes ou bourgs de campagne envoient leurs fils étudier à l'étranger tout aussi facilement que ceux des villes et la majorité de ces jeunes médecins reviennent installer leur cabinet dans le lieu où ils ont grandi²⁶. Ainsi, mis à part quelques exceptions, la campagne ne représente pas pour les médecins vaudois une sorte de purgatoire dans l'attente d'un cabinet citadin. Fils de bonne famille, ils ont d'emblée leur place au sein de la communauté, et l'autorité et le prestige qui entourent le médecin exigent et facilitent tout à la fois leurs activités politiques et philanthropiques.

«Il se sentit de bonne heure le devoir de contribuer à la chose publique»²⁷

Aloïs Jomini (né vers 1860 et mort en 1916) est le fils du «vénéré» pasteur d'Avenches qui fut également le conservateur du

²⁵ Nous avons inscrit sous «campagne» les médecins qui ne travaillaient ni à Lausanne, ni dans la région de Vevey-Montreux.

²⁶ À la campagne, 12/30, soit 40%, sont nés et ont grandi dans le même lieu que celui où ils s'établissent; pour 12/30, soit 40%, on ignore le lieu de naissance; 6/30, soit 20%, sont mobiles. En ville, 10/19, soit 52%, sont nés et ont grandi dans le lieu où ils s'établissent; 5/19 sont mobiles; 4/19, soit 21%, n'ont pas de lieu de naissance mentionné.

²⁷ RMSR, 1918, Théodore de Speyr, pp. 218-223, cf. p. 220.

musée archéologique. Après un honorable cursus d'études qui le conduit à Strasbourg, Bâle et Genève et qui s'achève par une période d'assistanat, Jomini s'installe en 1884 dans son lieu d'origine:

[Ce] véritable médecin de campagne [...] ne se désintéressa pas de la chose publique. Il fit partie du Conseil communal d'Avenches, qu'il présida à plusieurs reprises; il fut municipal et vice-président de la Municipalité et enfin, pendant deux législatures, député au Grand Conseil, fonctions dont il démissionna peu avant sa mort. Il a été fondateur et président de la Société de développement d'Avenches, qui organisa entr'autres [sic] les représentations de *Julia Alpinula*, dans le grand amphithéâtre romain de cette ville.²⁸

À sa mort, les autorités locales rendront hommage à cet homme et, en souvenir de son engagement public, baptiseront une rue à son nom. Le fils du préfet de Grandson, Marc Duvoisin (1862-1910), offre un autre bel exemple de l'étendue des activités d'un notable local. Ce jeune homme suit ses études à Bâle et à Munich et obtient, avant de revenir s'installer à Grandson en 1889, la main de la fille du professeur Hagenbach dont il a été l'assistant à Bâle:

Il ne s'est pas contenté d'être un praticien excellent et dévoué; médecin délégué de son district, il a aussi, en dehors de son activité professionnelle, exercé d'autres fonctions publiques dont la variété démontre qu'il possédait de belles aptitudes administratives; elle est aussi une preuve de la popularité de bon aloi qu'a méritée notre confrère, celle qui, en dehors de toute camaraderie politique, repose sur la noblesse du caractère, la culture de l'esprit, le charme personnel, dont la masse subit l'attraction et qu'elle paie de respect. Duvoisin s'occupait avec zèle des affaires municipales de Grandson dont il présida le Conseil à plusieurs reprises. Il était président de la commission scolaire et fut un actif promoteur de la fondation du nouveau collège; président du Conseil de paroisse, il était devenu pour son pasteur un collaborateur précieux.

Sa mort prématurée a été un deuil public. La ville et la contrée de Grandson lui ont fait d'imposantes obsèques, auxquelles ont pris part près d'un millier de personnes, derrière les autorités communales en corps...²⁹

²⁸ *RMSR*, 1916, Aloïs Jomini, pp. 672-673.

²⁹ *RMSR*, 1910, Marc Duvoisin, pp. 592-593.

Se profile ici le modèle, plus campagnard que citadin, du médecin notable local s'investissant dans la vie publique du lieu. L'engagement politique des deux praticiens vaudois se retrouve chez 18% des médecins de notre corpus (36/198). Parmi ceux-ci, la majorité s'engage au niveau local (28/36, soit 77%) – quinze médecins participent au conseil communal et treize sont élus à la municipalité – et près de la moitié (17/36, soit 47%) siège au Grand Conseil. Enfin, seul un Genevois exerce une charge au niveau fédéral: le professeur Alfred-Henri Vaucher (1833-1901) élu au Conseil des États. Saisie dans son contexte cantonal, la participation du corps médical à la vie politique se modifie passablement: cinq médecins valaisans sur douze sont élus au Grand Conseil; près d'un quart des Vaudois (18/76, soit 24%) sont des élus – la majorité au conseil communal – la proportion est nettement moindre à Fribourg (2/12, soit 16%) et à Neuchâtel (3 sur 26, soit 11 %). Enfin le corps médical genevois nous surprend par une activité politique relativement faible (9/76, soit 12%).

Par ailleurs, nous avons constaté que, contrairement à notre hypothèse initiale, l'engagement politique (et social) ne vient pas compenser un moindre investissement sur le plan professionnel: si les médecins de campagne sont, dans le canton de Vaud, largement présents au niveau communal, les professeurs d'université lausannois et genevois ne délaissent pas la vie politique. Dans la cité de Calvin, ils sont six à siéger au Grand Conseil³⁰. À Lausanne où, dans notre corpus, le corps professoral est moins bien représenté qu'à Genève (14 à Lausanne / 25 à Genève), trois professeurs sont élus au Conseil communal: Marc Dufour, Louis Secrétan (1852-1902), privat-docent puis professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie, ainsi que l'interniste Édouard de Cérenville (1843-1915). Ce dernier, à l'instar de Marc

³⁰ Y siègent: Hypolite Gosse (1834-1901), professeur de médecine légale; Alfred-Henri Vaucher, professeur de gynécologie; Camille Regard (1841-1910), professeur d'odontologie de l'école dentaire; Léon Gautier, privat-docent d'obstétrique, ainsi que le professeur d'hygiène Alfred Vincent (1850-1906) et le professeur de chirurgie Gustave Julliard (1836-1911) qui joua un rôle de premier plan dans la création de la Faculté de médecine de Genève.

Dufour (1843-1910), se range sous la bannière des libéraux-conservateurs, mais son engagement ne sera pas aussi conséquent que celui du célèbre ophtalmologue.

Après avoir siégé durant trois législatures au conseil communal, Dufour est élu au Grand Conseil. Il participe en 1883 à la Constituante, mais ressort dégoûté de cette expérience. Opposé à la progressivité en matière d'impôts, tout comme ses camarades politiques, il supportera mal de voir son point de vue balayé au sein de la commission³¹. Son profil politique, tracé par de Cérenville, ne manque pas de relief:

Dufour ne se laissait pas volontiers embrigader, il a figuré dans les minorités plus volontiers que dans les partis dominants, il s'y sentait à l'aise. Rattaché par conviction et un peu par tradition au parti libéral-conservateur, il resta quand même toujours prêt à reconnaître la raison de l'évolution et la passion politique ne le pénétra pas. En revanche, il était sans pitié pour les perturbateurs de l'ordre social et avait en sainte horreur la tyrannie des syndicats ouvriers. Il s'y mêlait un juste sentiment de la somme de travail qu'il consacrait lui-même chaque jour à sa besogne, jugeant avec assez de raison que ses 15 à 18 heures de travail lui donnaient quelque droit à tenir la journée de 8 heures pour une mauvaise plaisanterie.³²

Le développement accordé ici aux positions politiques d'un médecin apparaît comme une exception car l'appartenance politique est presque systématiquement omise ou «euphémisée» dans les nécrologies de *la Revue médicale de la Suisse romande*. Cette discrétion reflète largement la crainte du corps médical de voir les antagonismes politiques conduire à un éclatement de la corporation. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un médecin qui a eu une intense activité politique, comme le D^r Pierre Coullery (1819-1903), l'un des initiateurs du Parti socialiste à La Chaux-de-Fonds, il est dit que: «son activité sociale et humanitaire ayant largement été relevée et étudiée par les journaux politiques, nous nous bornerons ici à retracer les grandes lignes de sa carrière médicale.»³³

³¹ *RMSR*, 1910, Marc Dufour, p. 986.

³² *Ibid.*, p. 994.

³³ *RMSR*, 1903, Pierre Coullery, pp. 150-151, *cf.* p. 150.

La formule adoptée pour saluer sans la nommer l'activité politique du professeur Alfred Vincent, un important représentant du radicalisme genevois, est sensiblement la même. Si parmi les médecins l'on compte des radicaux et quelques socialistes, pourquoi les nécrologies des médecins libéraux (8 sur les 11 hommes politiques dont nous connaissons le parti) sont-elles les seules à afficher ouvertement leur couleur politique? Souvent réalisée par un camarade de parti, cette mise en exergue de l'engagement libéral de leur confrère correspond vraisemblablement à une volonté de cette mouvance politique de réaffirmer sa prééminence sociale par l'intermédiaire de portraits d'hommes ayant joui d'un grand prestige.

Les médecins se limitaient toutefois rarement à la seule politique représentative. Globalement l'on peut dire que leurs préoccupations sociales se rangent sous la bannière de l'hygiène et de la santé publique et que leur position de notables les pousse à participer à des œuvres philanthropiques tournées vers l'assistance. Au cours du siècle, on constate cependant une modernisation de la philanthropie: progressivement les malades pauvres sortent du giron des pasteurs et des notables et viennent se placer sous l'autorité des médecins. Ainsi, à la diversification des carrières médicales, que nous aborderons dans la seconde partie de cet article, correspond celle de leurs domaines d'interventions. Les œuvres sociales entreprises par les médecins ont le plus souvent un caractère parapublic; si l'initiative privée vient pallier le manque de moyens d'un État social encore embryonnaire, celui-ci toutefois contrôle, légifère et confère à certaines activités un statut d'officialité comme nous le montre le développement de l'administration sanitaire.

Le médecin cantonal vaudois Jean Morax (1838-1913) et le professeur genevois Pierre-Louis Dunant (1834-1918) représentent en quelque sorte l'idéal type du médecin hygiéniste, démographe et statisticien du XIX^e siècle. Le frère du fondateur de la Croix-Rouge, une fois son cabinet ouvert:

...ne tarda pas à s'occuper plus spécialement des questions d'hygiène et de statistique médicale et démographique qui ont

toujours été ses sujets de prédilection. Il publiait, déjà en 1867, une étude sur la taille moyenne des habitants de notre canton et donnait, en 1871, dans le village de Lancy, des conférences sur l'hygiène qui furent fort appréciées; en 1872 il était appelé aux fonctions de maître d'hygiène à l'École supérieure de jeunes filles et à l'École industrielle et commerciale; l'année suivante, il était nommé professeur suppléant d'hygiène dans la faculté des sciences de notre Académie, et, lorsqu'en 1876 fut fondée notre faculté de médecine, les succès qu'il avait remportés dans ses divers enseignements le désignèrent d'emblée pour la chaire ordinaire d'hygiène...³⁴

À ces activités s'ajoute la rédaction de nombreux articles sur l'hygiène et son enseignement, sur la mortalité des nouveau-nés, sur la population de la ville de Genève, etc. Dunant crée également un *Bulletin de statistique mortuaire et épidémique*, publié dès 1881 jusqu'en 1889, date à laquelle le Bureau fédéral de statistique fait paraître une publication qui rend la précédente inutile. Dunant se consacre aux questions sanitaires à titre individuel et si certaines de ses activités, comme le bulletin statistique, seront assumées par l'Autorité fédérale, il s'en voit confier d'autres, comme la rédaction d'un projet de loi sur les épidémies en 1881. À l'image de sa *Statistique médicale du canton de Vaud*, publiée en 1899, Morax, en tant que chef du Service sanitaire vaudois, voit l'ensemble de son travail placé sous le sceau officiel des Autorités cantonales vaudoises.

Avec ces deux cas, nous voyons comment État et initiative privée s'entremêlent. Vers la fin du siècle, le développement de l'administration sanitaire, cantonale et fédérale, en leur retirant certaines compétences, amène les médecins à délaisser la statistique et la démographie pour se consacrer à des œuvres plus spécifiques. La *Commission médicale suisse* nous fournit un bon exemple de cette passation de pouvoirs: cet organe non officiel et consultatif créé en 1875 par les médecins dans le but de conseiller les Autorités fédérales en matière de santé publique perd une part de sa raison d'être avec la création de l'Office sanitaire fédéral en 1892.

Ainsi, la figure du médecin hygiéniste, comme celle d'un

³⁴ *RMSR*, 1918, Pierre-Louis Dunant, pp. 622-624, cf. p. 623.

Dunant, appartient plus au XIX^e qu'au XX^e siècle. Ses successeurs, lorsqu'ils occupent des charges sanitaires pour le compte de l'administration, auront des perspectives moins vastes et seront à première vue moins valorisés. Être membre du Conseil de santé ou de la Commission de salubrité (13 mentions) ou du conseil d'administration de l'hôpital (8 mentions) comporte une part de prestige et de pouvoir. Celle-ci est plus difficile à estimer en ce qui concerne les médecins de district (7), les médecins rattachés aux prisons, aux sapeurs-pompiers, à la gendarmerie ou à une place militaire (8), ou encore les praticiens en charge auprès de la justice comme médecin légiste ou médecin du parquet (3).

Si, dans une première phase, les médecins hygiénistes ont recueilli des données statistiques et élaboré des rapports destinés à leurs confrères et aux autorités, ils se tournent, dans un second temps, vers la population et se lancent dans un grand effort d'éducation. Le D^r Charles Krafft (1863-1921)³⁵, ancien assistant de César Roux et directeur de l'École d'infirmières de La Source, publie par exemple de nombreux articles d'hygiène dans la revue *La Famille*, destinée à un large public³⁶. À côté des articles qui paraissent de temps à autre dans les quotidiens se créent également des journaux comme la *Gazette d'hygiène et de médecine de la Suisse romande*³⁷ ou le *Journal de médecine et d'hygiène populaire*³⁸ qui se donnent pour objectif de vulgariser les connaissances de base en matière d'hygiène et de santé. L'enseignement de l'hygiène, dans les écoles, ou par des brochures et des conférences de vulgarisation, constitue ainsi une part importante de l'activité sociale de certains médecins. Le D^r Dunant, nous l'avons vu, s'exprime devant différents auditoires (École de jeunes filles, École industrielle et commerciale, Académie, Université). Le D^r Morax, qui lui aussi

³⁵ RMSR, 1921, Charles Krafft, pp. 93-99.

³⁶ *La Famille. Journal pour tous* a été fondé en 1860 par Georges Bridel et Adam Vulliet.

³⁷ La *Gazette d'hygiène et de médecine de la Suisse romande* paraît bimensuellement, puis mensuellement, de 1916 à 1924, avec pour rédacteurs le D^r Fr.-M. Messerli et le D^r Lucien Jeanneret.

³⁸ Le *Journal de médecine et d'hygiène populaire* paraît bimensuellement de 1922 à 1932, avec comme rédacteur le D^r O. Cornaz.

donne des leçons à des jeunes filles, souligne que, grâce à plusieurs de ses confrères, les divers établissements d'instruction du canton de Vaud sont couverts par un tel enseignement³⁹.

Grâce aux différents ouvrages de l'historienne Geneviève Heller⁴⁰, on connaît la place croissante prise par l'hygiène au sein des institutions scolaires et de la société vaudoise. Après la question des bâtiments et du mobilier, les médecins, fer de lance de ces réformes, se tournent vers la promotion de colonies de vacances⁴¹, la création de cuisines scolaires, le développement de la gymnastique et des bains de soleil. Fortifier les enfants vivant dans des conditions défavorisées et prévenir la tuberculose sont les objectifs de ces mesures. Des préoccupations similaires amèneront les autorités politiques à créer la fonction de médecin des écoles – instituée en 1883 à Lausanne – qu'exercent six médecins de notre corpus⁴².

Le large rayon d'action sociale de l'ophtalmologue de Speyr (1868-1918), un patricien d'origine bâloise établi à La Chaux-de-Fonds, nous offre un bon panorama des différents lieux fréquentés et des types d'activités que les médecins «soucieux de la chose publique» pouvaient entreprendre:

Sa profession ne le tenait pas tout entier. Il se sentit de bonne heure le devoir de contribuer à la chose publique. Sans être aucunement politicien, il représenta la minorité libérale de la Chaux-de-Fonds au sein de La Commission scolaire et de son bureau, le «Comité des études» et le «Conseil du gymnase»; il en devint vice-président et s'intéressa plus spécialement à la bonne

³⁹ Jean MORAX, *La santé publique dans le canton de Vaud en 1896*, Lausanne, 1897, p. 9.

⁴⁰ Geneviève HELLER, «*Propre en ordre*». *Habitation et vie domestique 1850-1930: l'exemple vaudois*, Lausanne, 1979 et «*Tiens-toi droit!*» *L'enfant à l'école primaire au 19^e siècle: espace, morale, santé. L'exemple vaudois*, Lausanne, 1988.

⁴¹ Carla HÄUSLER, «*Mens sana in corpore sano*»: *les colonies de vacances pour enfants en Suisse des origines à la Seconde Guerre mondiale*, mémoire de licence en histoire contemporaine sous la dir. du prof. H. U. Jost, session de mars 1991, non publié.

⁴² Gilbert COUTAZ, «Le centenaire du Service médical des écoles de la Ville de Lausanne (1883-1983)» in *Médecine scolaire et service médical des écoles de la Ville de Lausanne 1883-1983*, Lausanne, 1983.

marche de notre jeune Gymnase dont il était un fervent adepte et l'un des premiers soutiens. Plus tard il fut élu au Conseil général de la Commune; il eut l'honneur de le présider en 1913 et ce fut un témoignage réconfortant de la tolérance de nos mœurs politiques que de le voir, lui, Bâlois de vieille souche patricienne, revêtir la plus haute charge élective d'une cité qui ne passe pas précisément pour réactionnaire?!! Il occupa d'autres charges officielles au Comité de la Bibliothèque publique, à la Commission de Salubrité publique, et se dépensa surtout sans trêve dans de nombreux comités d'utilité publique où il occupait souvent une place prépondérante; c'était un des piliers de l'œuvre des Colonies de vacances dont il était le vice-président; il était aussi membre du Comité de la Croix-Rouge, du Comité de l'Association pour la protection de l'Enfance malheureuse et abandonnée, président de la Ligue contre la Tuberculose et de la Ligue pour le bien des aveugles.⁴³

Partagé par bon nombre de ses collègues, l'important intérêt pour l'instruction manifesté par de Speyr relève d'une notabilité traditionnelle où l'éducation se doit d'être surveillée par des personnes de haute respectabilité. Ainsi il paraît utile de distinguer la participation des médecins à la commission scolaire (8 mentions) – expression de leur statut social – de leur engagement en faveur de l'hygiène scolaire où les motivations médicales jouent un rôle déterminant.

De Speyr est également président de la Ligue contre la Tuberculose. Cette maladie, véritable fléau social, tant par les ravages qu'elle cause que par ses modes de contamination, est la question qui mobilisa le plus le corps médical au tournant du siècle. Nombreux furent ceux qui, à l'instar de la doctoresse Charlotte Olivier⁴⁴, s'engagèrent dans cette lutte (18/198, soit presque 10%). Devant l'impuissance de la médecine thérapeutique, la médecine sociale et préventive passe au premier plan, modifiant profondément au passage les habitudes de vie de toute la population. Certains médecins interpellent et conseillent les

⁴³ RMSR, 1918, Théodore de Speyr, pp. 220-221.

⁴⁴ Geneviève HELLER, *Charlotte Olivier. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, 1992.

autorités. C'est le cas du D^r Henry Mallet (1874-1918) qui fut chargé en 1907, par la Société médicale de Genève, de rédiger un projet de vœux à présenter au Conseil d'État de Genève pour la prophylaxie de la tuberculose, dans lequel il exposa tous les aspects de la question: habitation, désinfection, déclaration obligatoire, lait, poussière, etc.⁴⁵ Autre volet de la lutte, la prévention auprès de la population demande un effort de vulgarisation que remplit par exemple le D^r Valentin Gilbert (1862-1916) en publiant sa brochure «Pourquoi et comment devient-on phtisique.»⁴⁶ Enfin, palliant les carences de l'État, la création de dispensaires antituberculeux ou de sanatoriums pour les classes défavorisées repose sur l'initiative privée.

Comme nous venons de le voir, les soins qui sont dispensés sous l'égide de l'assistance de l'État dans les hôpitaux cantonaux ne parviennent de loin pas à répondre à l'ensemble de la demande. Dès lors, une importante sphère d'activité consistera, pour les médecins, à apporter des secours dans des cadres charitables. Leur attitude bienveillante envers les pauvres fait d'ailleurs figure de topos dans les nécrologies. À côté de ceux qui les soignent gratuitement dans leur cabinet (4 mentions explicites), les médecins procurent leurs soins, en ville, dans les dispensaires et, à la campagne, dans les infirmeries (16 mentions) – lieux qu'ils contribuent également souvent à créer. Soutenu par des dons publics et une subvention de la ville, le Dispensaire de Lausanne qui apportait des soins et des médicaments aux indigents fut fondé en 1887 par un groupe de médecins. À Genève les D^{rs} Vincent et Gautier ouvrent des dispensaires de quartier. Le neuchâtelois Paul-Louis Ladame (1842-1919)⁴⁷, qui s'intéresse à la pathologie cérébrale et mentale ainsi qu'à l'anthropologie criminelle, consacre lui aussi une partie de son temps à des œuvres philanthropiques: «il fut médecin du dispensaire des Pâquis et s'intéressait aux enfants instruits dans les classes d'anormaux; il contribua à la création de

⁴⁵ *RMSR*, 1918, Henry Mallet, pp. 92-95, *cf.* p. 93.

⁴⁶ 1916, *RMSR*, Valentin Gilbert, pp. 534-535.

⁴⁷ 1919, *RMSR*, Paul Ladame, pp. 559-563. Son fils Charles Ladame poursuivra des recherches similaires.

l'Asile de l'enfance abandonnée et donna des soins à ses pupilles; il fut le principal fondateur de la Société de patronage des aliénés [...].»⁴⁸

Comme l'illustre cet exemple, les médecins, en participant à la création d'asiles destinés à des catégories spécifiques pour lesquelles rien n'était prévu (les incurables, les convalescents, les vieux, les alcooliques, les sourds-muets, les aveugles, les orphelins, les anormaux), privilégient souvent les œuvres qui entrent dans leur domaine d'activités et de recherche. Parmi les spécialistes, mis à part l'oto-rhino-laryngologiste genevois Charles Berthier (1866-1906) qui ouvre un dispensaire où il soigne les pauvres du canton, ce sont surtout des ophtalmologues qui s'engagent de cette manière: Théodore de Speyr crée la Ligue pour le bien des aveugles; à Genève, le professeur Georges Haltenhoff (1843-1915) et le Dr Auguste Barde (1841-1914) fondent des dispensaires, tout comme Louis Verrey (1854-1916) et Marc Dufour à Lausanne.

Parcourir, comme nous l'avons fait, le large rayon d'actions politiques et sociales des médecins permet de mieux saisir le poids de cette corporation. La diversification de leur pratique – où philanthropie, activités professionnelles et charges officielles se mêlent – fait apparaître l'identité du médecin sous une multiplicité de facettes. Lors de notre travail d'élaboration, nous avons cherché à savoir si certaines activités constituaient l'apanage d'une catégorie particulière de médecins et correspondaient à des trajectoires sociales et professionnelles spécifiques. Un grand investissement dans l'espace public venait-il compenser une moindre réussite sur le plan médical ou, au contraire, la soutenait-il? En croisant les variables «philanthropie», «politique», «charges sanitaires», «grade militaire»⁴⁹, «activités culturelles» avec celles de «médecin de

⁴⁸ *Ibid.*, p. 561.

⁴⁹ Nous pensions que l'occupation militaire aurait une influence importante sur la sociabilité et le réseau social du médecin; en fait les grades militaires ne sont pas donnés systématiquement (15/198). De plus, ils reflètent simplement la réalité de l'engagement des professions libérales dans ce champ d'activité. Nous trouvons ainsi: 2 lieutenants, 4 lieutenants-colonnels, 4 capitaines, 4 majors et 1 colonel.

campagne», «généraliste citadin», «médecin spécialiste» ou «professeur», aucune répartition tranchée n'a pu être dégagée. Le cumul apparaît comme ce qui ordonne et hiérarchise cette diversité d'activités du corps médical. Si les médecins qui embrassent une large partie d'entre elles – et c'est souvent ces exemples parlants que nous avons choisis – forment le «haut du panier», il est rare de rencontrer un praticien n'ayant aucun engagement dans la vie publique. À partir de là peut s'établir la typologie suivante. Au sommet de l'échelle, des *notables citadins* d'origine aisée, souvent mélomanes avertis, qui peuvent se consacrer, à côté de l'exercice de la médecine, à l'histoire, à la botanique ou à l'alpinisme sans pour autant renoncer aux charges sanitaires, ni délaisser la vie politique et les bonnes œuvres. Facilement préoccupé d'hygiène scolaire et de protection de l'enfance, le «simple» généraliste établi en ville aura pour sa part plutôt tendance à se tourner vers la philanthropie en soignant gratuitement les pauvres ou encore à s'engager dans la lutte contre la tuberculose. Notable local, le *médecin de campagne* siège pour sa part volontiers au conseil communal ou au conseil national, à la commission scolaire et au conseil de paroisse.

Cette typologie peut se transposer sur le plan régional. C'est à Genève, canton citadin et fortement médicalisé, que résident le plus grand nombre de représentants de l'élite médicale. Chez les Vaudois se rencontrent ces petits notables campagnards jouissant d'une belle autorité dans leur chef-lieu, ainsi que quelques figures citadines ayant cependant un caractère moins policé qu'au bout du Lac. Dans un canton de Neuchâtel bien pourvu en asiles et en hôpitaux, on découvre une aristocratie médicale (De Quervain, De Pury, De Reynier, etc.) qui connaît un beau rayonnement tant sur le plan philanthropique que scientifique. En Valais, à côté de leur pratique, les médecins se consacrent presque uniquement à la politique, alors que l'horizon de leurs confrères fribourgeois s'enrichit d'activités culturelles et charitables.

Si, pour saisir le pouvoir des médecins, le regard se porte uniquement sur leur engagement politique, on risque bien de conclure qu'il était de peu d'importance. D'autant qu'ils font pâle figure au sein de la bourgeoisie, comparés aux juristes, aux avocats

ou aux notaires qui participent aux instances politiques. En revanche, notre perspective se modifie lorsqu'on prend en considération l'ensemble de leurs lieux d'intervention, notamment ceux de médecins à l'œuvre dès le début du XX^e siècle mais qui n'ont pas été évoqués jusqu'ici, car ils appartiennent à la génération succédant à celle que nous avons étudiée.

Confrontés à des «maladies sociales» comme la tuberculose, l'alcoolisme ou la syphilis, les médecins seront amenés à proposer des «remèdes» dont la portée affectera l'ensemble de la population, même s'ils s'appliqueront en premier lieu aux classes populaires. Les règles d'hygiène domestique qui font pénétrer l'air et la lumière à l'intérieur des maisons, aussi bien que des pratiques corporelles visant à s'exposer au soleil, à veiller à sa forme physique sont les résultats du travail de prévention de la tuberculose⁵⁰. Sans la lutte contre l'alcoolisme, les limonades et les jus de fruits n'auraient pas pris la place qu'ils occupent dans nos pratiques alimentaires⁵¹. Quant à l'éducation sexuelle, elle fut en quelque sorte le fruit – non défendu – des maladies vénériennes... puisqu'il fallait «informer pour mieux dissuader!»⁵² Une baisse de la natalité redoutée, des néo-malthusiens proches des milieux anarchistes qui prônent la «génération consciente», des sages-femmes accusées de pratiquer des avortements en nombre, autant d'éléments qui amèneront les médecins à entrer dans le débat sur le contrôle des naissances. Dans le cadre de la réforme du code pénal, vaudois et suisse, ils se déclarèrent, en tant que corps, favorables à la répression de l'avortement et à l'interdiction de diffusion d'objets et d'information anticonceptionnels⁵³.

⁵⁰ Cf. à ce sujet les ouvrages de Geneviève Heller.

⁵¹ Cf. à ce sujet le mémoire de licence de Chantal OSTORERO, *Boire... ou ne pas boire... Aspects du discours antialcoolique des élites vaudoises au XIX^e siècle (1830-1905)*, Université de Lausanne, 1988 et Elena GOTTRAUX-BIANCARDI (éd.), *Air pur, eau claire, préservatif. Tuberculose, alcoolisme, sida: une histoire comparée de la prévention*, Lausanne, 1992.

⁵² Cf. à ce sujet dans ce même numéro l'article de Matteo Pedroni.

⁵³ Cf. à ce sujet le mémoire de licence de Jacqueline ULM, *Être ou ne pas naître. De 1900 à 1950 dans le canton de Vaud*, octobre 1986, Université de Lausanne, non publié.

C'est cependant en nous penchant sur les mesures politiques élaborées par le corps médical, et plus particulièrement par les psychiatres, à partir des notions d'hérédité et de dégénérescence de la race, que nous prenons la pleine mesure des impacts que peut avoir une pensée qui se veut scientifique. Ayant pour objectif l'amélioration de la race (souvent confondue avec les « races » et les classes supérieures), les médecins eugénistes, qui cherchent à empêcher la reproduction des « tarés » et autres « déchets sociaux », introduisent la stérilisation des malades mentaux. Pratique que les Autorités vaudoises entérineront avec la loi sanitaire de 1928. La pensée eugéniste est l'illustration la plus explicite de la manière dont certains médecins ont pu venir renforcer les hiérarchies et les exclusions en leur apportant une caution scientifique⁵⁴.

Certes, il s'agit là de la face sombre de l'investissement social des médecins. Ceux-ci seront également à l'origine de nombreuses mesures progressistes; vers 1920, on les voit par exemple défendre un système libéral mettant un terme à la discrimination sévissant envers les vénériens et plus spécifiquement envers les prostituées⁵⁵. Il importe cependant d'avoir conscience que bien qu'elles se voient légitimées par leurs connaissances médicales, leurs prises de positions participent généralement des valeurs en place et qu'elles n'ont pas l'autonomie, ni l'objectivité, que certains médecins et la société leur ont souvent accordées.

« La vie publique ne l'attirait pas; il la fuyait au contraire... »⁵⁶
Une telle remarque nous rappelle que tous les médecins ne participèrent pas de manière identique à la vie publique. Toutefois, le fait que dans les nécrologies l'*absence* d'activités sociales ou/et politiques soit ainsi soulignée résonne comme une désapprobation tacite et nous rend attentifs à la fonction normative que jouaient ces petites biographies posthumes. Les médecins ne se devaient pas seulement d'être cultivés, il leur fallait surtout se montrer bon citoyen. Avec l'émergence d'un pôle scientifique, un processus

⁵⁴ Cf. à ce sujet *Les Annuelles*, n° 2, Lausanne, 1991, qui traite de l'eugénisme.

⁵⁵ Sur l'introduction du système libéral dans la lutte contre les maladies vénériennes, cf. l'article de Matteo Pedroni.

⁵⁶ *RMSR*, 1919, Paul Sandoz, pp. 355-356, cf. p. 356.

semblable va se mettre en place qui amènera à exiger, comme nous allons le voir, que l'ensemble du corps médical se tienne au courant des progrès de la médecine.

À l'aube du rayonnement scientifique, un processus de spécialisation

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, la médecine comporte un versant de connaissances livresques et théoriques portant pour l'essentiel sur les textes anciens. Dispensé en latin dans des facultés et des collèges, ce savoir est acquis au cours de longues études par une petite élite de médecins fortunés. Métiers manuels considérés comme «vils et mécaniques», la chirurgie, l'apothicairerie et l'art des accouchements représentent à l'opposé le côté pragmatique de la médecine⁵⁷. Cette dichotomie entre savoir théorique et pratique sera rompue par les législations sanitaires du début du XIX^e siècle, qui placent la médecine et la chirurgie sur le même plan et les réunissent en une seule et même formation. La méthode anatomo-clinique – dont Foucault situe la naissance à la fin du XVIII^e siècle⁵⁸ – consacre l'union de la pratique et de la théorie avec un enseignement donné au lit du malade. Si cette méthode pénètre rapidement les facultés de médecine, il semble qu'il faille attendre presque un siècle pour que cette révolution apporte ses fruits au corps médical dans son ensemble. Un délai nécessaire pour que les découvertes réalisées grâce à cette méthode ne soient plus uniquement le fait de quelques illustres individus. En effet, porté par une large couche de médecins, un processus de spécialisation et de différenciation de la pratique et du savoir médical s'engage grosso modo à partir des années 1870⁵⁹. Des

⁵⁷ Olivier FAURE, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, 1994, p. 14.

⁵⁸ Michel FOUCAULT, *La naissance de la clinique*, Paris, 1^{re} éd., 1963.

⁵⁹ Pour une réflexion plus pointue et une périodisation plus précise du processus de spécialisation, cf. l'article de Georges WEISZ, «The Development of Medical Specialization in Nineteenth Century Paris», in *French medical culture in the nineteenth century*, Amsterdam, Ann La Berge et Modechai Feingold (éd.), 1994, pp. 149-187.

progrès scientifiques ont pour corollaire le développement et la modernisation des infrastructures hospitalières, ainsi qu'une diversification de l'enseignement académique.

Au cours des deux premiers tiers du XIX^e siècle, un médecin au sortir de ses études pouvait exercer à la fois comme médecin, chirurgien et accoucheur. Entre 1870 et les années vingt, période à partir de laquelle le cursus de spécialisation commencera à être codifié⁶⁰, existe une phase intermédiaire où les médecins qui s'intéressent à certaines disciplines vont se former, après leurs études, auprès des grands spécialistes européens. Les médecins de notre corpus appartiennent à la génération qui initie ce processus de spécialisation. Bouleversée par l'introduction de l'asepsie, de l'antisepsie et de l'anesthésie, la chirurgie est le domaine où la rupture est la plus évidente, mais ce mouvement de spécialisation touche progressivement l'ensemble de la pratique médicale. Une réalité qui s'exprime clairement dans les chiffres: les 51% des médecins de notre corpus sont des généralistes (101/198), tandis que les 45% se sont spécialisés (89/198) et parmi ceux-ci plus de la moitié enseignent à l'Université (46 professeurs, privat-docents compris).

À côté de six chirurgiens de la vieille génération (nés entre 1810 et 1833), dont deux pratiquent également des accouchements, on en dénombre seize autres (22/89, soit 25% des spécialistes et 22/198, soit 11 % de l'ensemble des médecins), dont six professeurs. Première spécialité à apparaître au début du XIX^e siècle⁶¹, l'obstétrique représente un nombre important des praticiens de notre corpus (16 obstétriciens gynécologues, soit 17% des spécialistes et 8 % de l'ensemble des médecins). Pourtant, nombre d'entre eux, même s'ils pratiquent dans les années 1870, répondent plus au modèle antérieur du médecin chirurgien accoucheur qu'à

⁶⁰ Georges Weisz relève que jusque dans les années vingt aucun pays n'a encore introduit une régulation et des certificats de spécialisation (*cf.* p. 168) et que cela ne sera formellement le cas qu'après la Seconde Guerre mondiale (*cf.* p. 180), *op. cit.*

⁶¹ *Cf.* Georges WEISZ, *op. cit.*

celui du spécialiste. Ce dernier se distingue de ses confrères par son activité académique comme professeur ou privat-docent et par son travail au sein d'une maternité (6 professeurs).

Dans notre échantillon, nous n'avons rencontré que trois internistes: un Neuchâtelois et les professeurs Léon Revilliod (1835-1918) à Genève et Édouard de Cérenville à Lausanne. Comme le laisse entendre ce dernier, la médecine interne est un champ aride, plein d'épines⁶². Dès lors, même si ce secteur connaît lui aussi des progrès scientifiques, et que la clinique médicale constitue, avec la clinique chirurgicale, l'un des deux piliers de l'enseignement universitaire et de la vie hospitalière, le prestige des internistes n'est pas aussi grand que celui des chirurgiens et des ophtalmologues.

Accédant au zénith au cours de cette période, l'ophtalmologie est pratiquée par douze médecins de notre corpus (13% des spécialistes et 6% du total). La majorité des ophtalmologues se trouvent à Lausanne (5) et à Genève (4) et sept d'entre eux appartiennent au corps professoral. Le nombre élevé de ces spécialistes et la grande mobilité de deux d'entre eux⁶³ – l'un sillonne la France et l'autre la Romandie, allant même jusqu'à passer la frontière et offrir ses services aux Lyonnais – nous montrent qu'il s'agissait d'une pratique lucrative répondant à une demande importante.

D'autres spécialités sont encore dans l'enfance comme le signale l'élève du professeur lausannois d'oto-rhino-laryngologie Arthur Mermod (1852-1915): lorsque ce dernier s'engage dans cette spécialisation vers 1880, «la laryngologie et l'otologie étaient dans une période d'attente, c'était la saison des semailles et non celle de la récolte.»⁶⁴ Pratiquée par six médecins (6% des spécialistes), cette nouvelle spécialité compte trois professeurs.

Quant à l'orthopédie, elle fait, si l'on ose dire, ses premiers pas avec quatre praticiens (4/89, soit 4% des spécialistes): trois Vaudois (dont un pratique en Valais) et un Zurichois. Bien qu'une longue

⁶² La nécrologie de Marc Dufour est rédigée par de Cérenville: *RMSR*, 1910, Marc Dufour, p. 980.

⁶³ Il s'agit du Fribourgeois Wisard (1861-1907) et du Vaudois Verrey.

⁶⁴ *RMSR*, 1915, Arthur Mermod, pp. 109-115, cf. p. 110.

tradition rattachée à Jean-André Venel (1740-1791)⁶⁵ et à son hospice orthopédique existe dans le canton de Vaud, cette pratique reste durant tout le XIX^e en marge de la médecine. Henri Martin (1842-1914), arrière-petit-neveu de Venel, passa en 1868 à Lausanne devant le Conseil de santé un examen spécifique destiné aux orthopédistes; cette discipline devra attendre le successeur d'Henri Martin, Placide Nicod, pour acquérir ses lettres de noblesse grâce à une efficacité thérapeutique plus grande liée à la réintroduction des interventions chirurgicales auxquelles Venel avait mis fin.

Encore timides, d'autres spécialités se profilent à l'horizon: la pédiatrie (3/89), la dermatologie (2/89), l'urologie (2/89); quelques médecins consacrent également une part de leur temps à faire de la recherche en bactériologie (3/89). L'homéopathie (2/89) et l'odontologie (2/89), pratiques marginales pour des raisons différentes, ont tout de même chacune deux représentants.

Les huit aliénistes, psychiatres et neurologues de notre corpus forment un groupe quelque peu en marge. La neurologie, dont les deux représentants sont professeurs, est le domaine par lequel la psychiatrie gagne son crédit scientifique et si, vers la fin du siècle, elle commence à connaître des grands noms, l'image de gardien des fous attachée antérieurement à l'aliéniste ne disparaît pas complètement. Ainsi sur les cinq médecins qui ouvrent des cliniques privées, deux n'ont aucune expérience en ce domaine: leurs qualités humaines semblent leur tenir lieu de compétences scientifiques.

Les médecins des bains (5 mentions) quant à eux ne jouissent d'aucun prestige médical. Bien qu'avec l'hydrothérapie ils tentent une modernisation de leur pratique, ils restent attachés à la tradition antérieure et incarnent encore l'image d'une pratique, proche du négoce, qui se confond avec le tourisme.

La hiérarchie sommairement brossée entre ces différentes spécialités n'a rien d'intrinsèque. Le corps médical lui-même

⁶⁵ Guy SAUDAN, *L'Éveil médical vaudois 1750-1850*, Tissot, Venel, Mayor, Lausanne, 1987.

construit ces différentes représentations qui reposent en partie sur la base objective des succès thérapeutiques, mais où d'autres facteurs entrent également en ligne de compte. L'efficacité, la rapidité, la précision de l'intervention qui mettent en évidence la dextérité du praticien semblent avoir été les qualités qui valurent à l'ophtalmologie et à la chirurgie leur première place dans ce palmarès. Dans une comparaison quelque peu amère, tout à la fois louangeuse et assassine, de Cérenville met en balance le succès qu'a connu Dufour en tant qu'ophtalmologue à celui que réserve la médecine interne qu'il a lui-même pratiquée:

Les succès qu'a remportés Dufour dans le domaine de la médecine n'offrent pour ceux qui ont été en mesure d'en suivre de près l'évolution, rien de surprenant. Il a rencontré dans sa carrière certains facteurs extrinsèques qui l'ont favorisé. Il faut reconnaître d'abord que la spécialité des maladies des yeux s'harmonisait merveilleusement avec le tempérament de l'homme. Le diagnostic est relativement facile, le champ limité, l'intervention habile apporte le soulagement à des affections qui attaquent un organe essentiel, la guérison est souvent prompte, le service rendu évident, indéniable aux esprits mal faits eux-mêmes, la gratitude chaleureuse, parfois durable. Ce sont d'incontestables privilèges que Dufour n'a pas manqué de peser, sans doute, lorsqu'il mit le cap sur l'ophtalmologie. Il y cueillit beaucoup de roses et y trouva peu d'épines. Il se serait mal arrangé de la médecine interne, de sa stérilité, de ses redoutables inconnues, etc., etc. Son bel optimisme n'aurait pas tenu longtemps.⁶⁶

Comme cela a été esquissé, ce processus de spécialisation suit une certaine géographie. Insérés dans des lieux tels que les services hospitaliers, les cliniques privées, les dispensaires, les universités, nécessitant un «vivier de clients» suffisamment important pour assurer leurs revenus, les spécialistes se concentrent en milieu urbain. Ils y forment la majorité des praticiens – 55% (75/135 des praticiens établis en ville), les simples généralistes constituant quant à eux les 41% (55/135) des médecins citadins⁶⁷. À la

⁶⁶ *RMSR*, 1910, Marc Dufour, *cf.* p. 980.

⁶⁷ Les 4% restants sont des étudiants qui décèdent avant la fin de leurs études (5/135, soit 4%).

campagne, la proportion est inversée: 75% (46/61) des praticiens se consacrent à la pratique générale et seulement 25% (15/61) se sont spécialisés. Résultat des progrès scientifiques, ce processus de spécialisation relève également d'une stratégie de différenciation pour des médecins citadins confrontés à une augmentation de leurs effectifs.

Cette polarisation se retrouve entre les cantons universitaires fortement urbanisés et médicalisés et des zones rurales peu attractives. C'est à Genève que les spécialistes sont les plus nombreux (42/76, soit 55%), les généralistes ne représentant que les 35% (27/76)⁶⁸. Sur Vaud, canton campagnard mais universitaire, ils représentent les 51% (39/76) et les généralistes les 49% (37/76). À Neuchâtel, la répartition est assez similaire: 42% de généralistes (11/26) pour 50% de spécialistes (13/26)⁶⁹. Fribourg affiche une parfaite égalité avec six généralistes et six praticiens spécialisés; mais parmi ceux-ci trois pratiquent en dehors du canton. En Valais enfin, on compte 75% de généralistes (9/12) et trois médecins qui, en plus de la médecine générale, exercent une spécialité.

Formations

Comment une spécialisation s'inscrivait-elle dans un projet de carrière médicale? Mis à part l'allusion de de Cérenville, qui laisse entendre que Dufour a choisi l'ophtalmologie parce qu'il savait qu'il y rencontrerait des succès faciles et rémunérateurs, les nécrologies et les biographies qui sont venues étayer notre analyse n'offrent guère d'éléments de réponses.

Avant la création des facultés de Genève et de Lausanne, les médecins romands partaient étudier à l'étranger: les Genevois principalement à Paris (27/76, soit 36%) où ils accomplissaient toutes leurs études, tandis que les Vaudois fréquentaient plusieurs facultés. En Suisse, Berne vient en tête de liste (33/76, soit 43%, y ont fait toute ou une partie de leur formation), suivi de Zurich

⁶⁸ Les 10% restants se composent de 4 étudiants et de 3 professeurs qui ne pratiquent pas.

⁶⁹ Restent deux étudiants qui ne pratiquent pas (2+11+13)=26 médecins.

(11 mentions) et de Bâle (8 mentions). Dix destinations sont indiquées pour l'Allemagne (37 mentions en tout)⁷⁰; et en France, Paris vient en tête de liste (17 mentions), suivi de Strasbourg (10) et de Lyon (5). Après la création des facultés romandes, ce cosmopolitisme qui amenait les étudiants à fréquenter plusieurs facultés diminue sensiblement.

Les nécrologies, même si elles rendent souvent compte du cursus d'études, ne le font pas avec une grande rigueur; il nous est donc difficile de présenter un cursus type, particulièrement en ce qui concerne la phase de spécialisation. À partir d'un échantillon de 33 médecins, nous avons évalué que les études de médecine, entamées vers 19-21 ans, duraient entre 5 et 9 ans. Les quatre premières années comprennent des cours théoriques et cliniques qui, sanctionnés par un examen passé devant un collège cantonal de médecins jusqu'à l'instauration des examens fédéraux de médecine en 1878, donnent le droit d'exercer. Pourtant nombre de jeunes médecins décident d'approfondir leurs connaissances médicales en suivant des stages en hôpitaux. Très sélectif, le concours de l'internat à Paris – en 1861, 400 candidats pour 42 places⁷¹ – jouait aussi sur la sociabilité: ainsi Jacques Reverdin (1842-1929), selon l'usage d'alors, fait parvenir des lettres de recommandation à son jury avant même de se présenter aux examens⁷². Pour obtenir une place de stage auprès d'un professeur renommé, il fallait également recourir à un réseau de connaissances. Leurs études terminées, ces médecins qui approchent de la trentaine passent encore quelques mois à visiter les hôpitaux et les facultés d'Europe (62/198, soit 31%) et donnent ainsi une teinte médicale à la tradition qui veut qu'un voyage parachève la formation d'un jeune bourgeois.

Nous pensions initialement que le cursus d'études expliquerait la trajectoire professionnelle d'un médecin: or nous avons dû constater que nombre d'entre eux, après de brillantes études

⁷⁰ Dans l'ordre du nombre de mentions: Berlin (7), Heidelberg (5), Munich et Leipzig (4), Tubingen, Erlangen (3), Wurzburg (2), Fribourg-en-Brisgau, Iéna et Breslau (1).

⁷¹ *RMSR*, 1913, Jean Morax, pp. 270-277 et 342-348, cf. p. 271.

⁷² Henri REVERDIN, *Jacques-Louis Reverdin, 1842-1929... op. cit.*, p. 32.

parisiennes et le rituel séjour à l'étranger, mais aussi après avoir été internes dans des services spécifiques, et même en certain cas assistants, s'installaient comme généralistes (c'est le cas de 48 médecins sur les 104 ayant été internes ou assistants, soit les 46%). En revanche, les spécialistes n'omettent jamais de mentionner le nom du professeur dont ils ont été l'assistant, ni leur charge de médecin adjoint ou leur statut de privat-docent, lorsqu'ils publient une petite annonce dans la presse, comme tout praticien qui s'installe est autorisé à le faire. De fait, l'internat, qui permet au jeune médecin de passer dans différents services, n'a pas tant la fonction d'entamer une spécialisation que d'approfondir ses connaissances en médecine générale. C'est surtout l'obtention d'un poste comme celui de médecin adjoint ou de chef de service qui donne son orientation à une carrière médicale. Roux se fera même dire à son arrivée à Lausanne en 1880 que «tu n'as pas le droit de t'annoncer comme spécialiste, du moment que tu n'as pas de service d'hôpital...»⁷³. Un usage plus vraisemblablement qu'un règlement car, d'après l'historien Georges Weisz, ce n'est qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que des certificats de spécialistes seront formellement instaurés. Ce retard a une double origine: d'une part bon nombre de généralistes s'opposèrent au début du XX^e siècle à l'introduction de certificats de spécialisation de peur de devenir des praticiens de seconde catégorie, et d'autre part le corps médical résista longtemps au processus de spécialisation car il estimait qu'un bon médecin devait avoir des connaissances en médecine générale. De Cérenville le formule fort bien lorsqu'il souligne les compétences du premier professeur d'oto-rhino-laryngologie de l'Université de Lausanne:

Louis Secrétan avait acquis dans cette branche une haute compétence; il n'était pas, comme tant d'autres, étroitement spécialiste et il conservait de sa culture générale l'aptitude à saisir avec sagacité les rapports des affections locales avec les troubles morbides de l'organisme, il resta dans l'exercice de sa spécialité un très bon médecin.⁷⁴

⁷³ D^r PERRET, «Un grand chirurgien: César Roux», in *Feuille d'avis de Lausanne*, 18 mars 1927.

⁷⁴ *RMSR*, 1902, Louis Secrétan, pp. 498-504, cf. p. 501.

C'est précisément pour des spécialisations encore mal intégrées à la formation académique, comme l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'orthopédie et l'odontologie, que les cursus sont intéressants. Parfois engagées sur le tard, ces formations révèlent autant une réelle volonté du praticien de s'orienter vers ces domaines qu'une adaptation au progrès médical.

Arthur Mermod, de Sainte-Croix (1852-1915)⁷⁵, fait ses études de médecine à Erlangen, Iéna, Strasbourg et Berne. De retour en Suisse, il travaille comme médecin des bains à Yverdon et, après quelques années, il obtient un poste d'interne à l'Hôpital cantonal de Genève. Ce n'est qu'alors qu'il décide de se spécialiser en oto-rhino-laryngologie: pour ce faire, il se rend à Vienne, puis il continue à se former en participant à des congrès à l'étranger et à de nombreuses conférences. Finalement, l'Université de Lausanne lui demande de remplacer Louis Secrétan à la chaire d'oto-rhino-laryngologie en 1902. Il ne s'agit pas ici d'un cas particulier: plusieurs médecins de notre corpus se spécialisent après avoir pratiqué quelques années. Ainsi, Camille Regard⁷⁶, fils de pasteur, étudie la médecine à Berne et à Strasbourg, puis occupe un poste d'interne à l'hôpital cantonal de Genève entre 1863 et 1865. Après avoir pratiqué pendant plus de dix ans dans la campagne genevoise où il traite également les problèmes dentaires de ses patients, il décide de se spécialiser en odontologie. Devenu directeur et professeur de l'école dentaire de Genève, il fonde en 1887 la *Revue et Archives d'odontologie* qui deviendra la *Revue trimestrielle suisse d'odontologie*; il participa également à plusieurs congrès internationaux en qualité de délégué de la Société suisse d'odontologie, dont il fut le président pendant plusieurs années.

Le cursus de spécialisation en ophtalmologie représente un cas quelque peu particulier qui mériterait une étude spécifique. En effet, c'est la seule spécialité, mis à part la chirurgie, vers laquelle de jeunes médecins s'engagent relativement tôt et dont le réseau de formation apparaît explicitement: les professeurs Graefe à Berlin, Horner à Zurich et Liebreich à Paris, puis Dufour à Lausanne pour la seconde génération.

⁷⁵ *RMSR*, 1915, Arthur Mermod, pp. 109-115.

⁷⁶ *RMSR*, 1910, Camille Regard, p. 315.

Ces deux cas révèlent la souplesse du processus d'adaptation à l'évolution technique et aux nouvelles exigences scientifiques de la profession. Quant à la stratégie de carrière, il apparaît clairement que ces médecins opèrent une ascension sociale importante (de médecin de campagne à directeur d'école). La spécialisation devient un plus pour le cursus du jeune médecin, elle s'«autonomise» d'ailleurs progressivement à l'intérieur du récit nécrologique.

*Hôpital et Université, des lieux de notoriété....
.... et des cliniques privées, des lieux de rentabilité*

En Suisse romande, ce n'est qu'avec la modernisation des hôpitaux et la création des facultés de médecine de Genève et de Lausanne que le poste de chef du Service de médecine et de chirurgie à l'hôpital cantonal devient objet de convoitise. En effet, l'infrastructure hospitalière et l'enseignement clinique permettent d'acquérir une précieuse expérience pratique. Au bénéfice de celle-ci, les professeurs de clinique assurent non seulement la formation des étudiants, mais orientent aussi les thèses réalisées dans leurs services par leurs internes et leurs assistants – étendant ainsi le champ de leur recherche et de leur notoriété.

L'interdépendance entre l'enseignement académique et l'infrastructure hospitalière est très clairement formulée par Gustave Julliard, futur professeur et recteur de l'Université de Genève, dont il fut l'un des plus actifs promoteurs. Dans le rapport qu'il adresse au Grand Conseil au début des années 1870⁷⁷ pour défendre l'idée de la création d'une faculté de médecine, il souligne que:

...Genève possède un hôpital qui n'a son pareil dans toute la Suisse, qu'à Zurich [...] Ainsi, sans frais, nous pouvons d'emblée installer un service de clinique supérieur à ceux de Bâle et Berne. [...] Nous pouvons même dire qu'au point de vue de l'hygiène, l'installation de nos cliniques sera bien supérieure à celle des

⁷⁷ Le rapport de Gustave Julliard envoyé au conseiller d'État Antoine Carteret n'est pas daté, mais il a très vraisemblablement dû être envoyé en 1871, in *La Faculté de Médecine de Genève 1876-1976*, Genève, 1978, pp. 7-22.

cliniques de Paris qui sont toutes placées dans de vieux hôpitaux dépourvus de tous les perfectionnements et améliorations hygiéniques modernes. [...] Bien mieux, nous prétendons que les services actuels sont trop vastes pour une clinique. Il faudra les dédoubler pour que la clinique, en se déchargeant des malades peu profitables pour l'enseignement, puisse avoir dans ses lits une rotation plus considérable.⁷⁸

Cela vaut pour les cliniques médicales et chirurgicales; en revanche, pour les cliniques d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de vénérologie et de dermatologie, il prévoit que les leçons soient données dans le cadre de la policlinique ou d'institutions privées. Ainsi à Genève, l'enseignement clinique de l'ophtalmologie se donnera durant cinq ans dans le petit dispensaire du professeur Georges Haltenhoff⁷⁹, tandis qu'à Lausanne le Conseil d'État peut louer pour une somme modique les installations de l'Hôpital ophtalmique dont Marc Dufour est le médecin-chef. On voit aussi comment des institutions charitables, créées par les médecins eux-mêmes, peuvent contribuer à leur réussite professionnelle. À Genève, dès 1895, des privat-docents donnent des cours théoriques d'oto-rhino-laryngologie, mais ce n'est qu'en 1913, suite à la réforme des examens fédéraux, que la Faculté de Genève nomme un professeur ordinaire; celui-ci enseignera durant vingt ans dans le cadre d'une policlinique, un service d'hôpital n'étant ouvert qu'en 1933⁸⁰. Se dessine ici l'interdépendance qui existe entre les progrès qu'une discipline réalise au niveau international – rendant son enseignement clinique incontournable – et une infrastructure hospitalière en mesure d'accueillir suffisamment de patients pour permettre un enseignement clinique et des découvertes scientifiques.

Pour diminuer les coûts occasionnés par la création de la faculté, en limitant notamment la création de nouveaux services, Julliard propose de répartir l'enseignement entre trois catégories de professeurs: les *professeurs ordinaires* qui disposent d'une chaire soit d'enseignement théorique, soit d'enseignement clinique, auquel cas ils ont droit à un service d'hôpital; les *professeurs extraordinaires*, moins bien rétribués, sont en quelque sorte des

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 11-12.

⁷⁹ *RMSR*, 1915, Georges Haltenhoff, pp. 354-357.

⁸⁰ *La Faculté de Médecine de Genève 1876-1976, op. cit.*, pp. 144-145.

professeurs suppléants à l'essai qui travaillent dans des policliniques ou dans des institutions non publiques (maladies des yeux, des oreilles, des enfants)⁸¹; enfin au bas de l'échelle, les *privat-docents*, pour lesquels il n'est prévu aucun traitement.

Dans notre corpus, les professeurs d'université (privat-docents compris) représentent les 23% de l'ensemble des médecins (soit 46/198). Ils sont plus nombreux à Genève (25/76, soit 33% des praticiens établis dans le canton) qu'à Lausanne (14/76, soit 18% des praticiens) où la faculté a été créée quatorze ans plus tard. Cet écart s'explique également par le nombre important de privat-docents inscrits à Genève (14, soit 56% du corps professoral, alors qu'il n'y en a que 5 à Lausanne).

Évoqué déjà à plusieurs reprises, l'enjeu représenté par l'accès à un poste hospitalier mérite d'être explicité. Les hôpitaux et les dispensaires – institutions réservées aux personnes d'origine modeste jusqu'à la moitié du XX^e siècle⁸² – étaient les seuls lieux où le roulement des patients était suffisant pour permettre d'acquérir une bonne maîtrise opératoire et de vérifier une hypothèse par l'examen d'un certain nombre de cas.

De fait, les patients des dispensaires et des hôpitaux étaient également un «matériel» de recherche et d'enseignement. Le terme choque, et pourtant c'est bien celui que les médecins eux-mêmes utilisaient, comme dans ce rapport consacré aux policliniques où il est dit que l'une des raisons d'être de ces institutions est «de fournir à certains établissements d'enseignement médical un *matériel* utile pour cet enseignement.»⁸³ Le terme est employé ici

⁸¹ Dans le canton de Vaud, la Loi sur l'université de 1881 et 1890 ne précise pas la durée de ces nominations; en revanche, la Loi du 15 mai 1916 fixe une limite de dix ans pour les professeurs ordinaires et de deux ans pour les professeurs extraordinaires.

⁸² Les chambres en privé ou demi-privé seront introduites en France dès les années 1940, cf. O. FAURE, *op. cit.*, p. 233. Il est des plus vraisemblable que cette chronologie s'applique également au cas suisse.

⁸³ D^r J. Gonin, D^r O. Rapin, D^r P. Pochon (la commission), «Rapport de la Commission d'études sur les Policliniques. Nommée par L'Association des médecins lausannois» in *Rapports sur l'activité des sociétés (Société vaudoise de médecine; Association de médecins lausannois; Association des médecins de Vevey et Montreux) en 1917*, Lausanne, 1918, pp. 30-39, cf. pp. 30-31. Archives privées de la SVM. Souligné par nous.

de façon très neutre, toutefois il arrive parfois que des médecins manquent des plus élémentaires égards envers ce «matériel humain»– ce contre quoi certains de leurs confrères s’insurgent. Ainsi, le D^r Jacques Tailleens souligne que César Roux traitait ses patientes souffrant d’affections gynécologiques comme des «princesses»:

Et ceci contrastait étrangement avec ce qu’on pouvait voir dans certains grands services de l’étranger; je ne veux donner aucune précision de lieu ni de personne, mais j’ai le souvenir, dans certaines cliniques, d’avoir assisté à des présentations de malades, où le respect de l’individu, le souci de ménager sa juste pudeur, la pitié que tout médecin doit avoir pour tous ceux qui souffrent et se confient à leur [sic] soins, étaient entièrement absents. Et c’est dans ces cliniques qu’on entendaient les assistants dire, imitant en cela leur chef: «Nous avons un beau matériel d’observation!» On croirait entendre un chef de laboratoire parlant de ses cobayes ou de ses rats!⁸⁴

Le professeur de clinique médicale de Genève, Léon Revilliod faisait de son côté preuve d’une «bonté inépuisable» envers ses malades de l’hôpital:

...les respectant infiniment, il ne les a jamais considérés comme un «matériel» uniquement destiné aux recherches et à l’enseignement, mais son constant souci fut en outre de les soigner, si possible de les guérir, en tout cas de les soulager et de jamais rien risquer qui pût leur nuire.⁸⁵

Au-delà de l’attitude humaine ou méprisante adoptée par le médecin-chef, l’enseignement clinique qui, peu ou prou, amenait à parler d’un malade comme d’une chose, d’un organe, devant une assemblée d’étudiants, ne pouvait s’appliquer qu’à des personnes d’origine modeste: les patients de classe aisée n’auraient pu tolérer d’être pareillement «objectivés». Toutefois, grâce à cette fonction de «matériel», les membres des classes populaires bénéficièrent largement de soins de qualité dans le cadre des hôpitaux universitaires.

⁸⁴ Jacques TAILLEENS, *op. cit.*, p. 93.

⁸⁵ *RMSR*, 1918, Léon Revilliod, pp. 223-228, *cf.* p. 225.

Le malade, «matériel» nécessaire au processus de production du savoir, voilà qui nous rappelle que ces progrès médicaux se sont déroulés dans le cadre de la société industrielle du XIX^e siècle. Dans les rapports d'activités des services hospitaliers, des infirmeries et des dispensaires, les statistiques comptent non seulement les malades, mais répertorient les affections. Exigée par les médecins lors des débats sur l'assurance maladie⁸⁶, l'introduction des tarifs médicaux à l'acte⁸⁷ renforce encore cette impression d'une industrialisation de la santé. Tout comme ce bilan de l'activité du célèbre ophtalmologue vaudois, déposé par de Cérenville, qui relève l'essor que Dufour a su apporter à l'institution dont il a pris la direction en 1869:

La clientèle de l'hôpital ophtalmique s'est élevée, en consultations externes annuelles, de 5'500 environ, en 1869, à plus de 12'000 en 1908. Le nombre des malades internes a dépassé cinq cents par an; en 40 ans 21'500 personnes ont été traitées dans le service. Le nombre des malades qui ont reçu des soins à l'Asile pendant ces 40 années est estimé par le D^r Gonin [le successeur de Dufour] à plus de cent mille; ajoutons qu'il s'y fait plus de 300 opérations année courante.⁸⁸

À cela s'ajoute encore sa pratique privée:

La dernière inscription d'ordre qui figure dans le registre de sa consultation privée porte le numéro 90 000; si l'on y joint les malades de l'hôpital et de la polyclinique, on peut estimer qu'il a passé sous les yeux de Marc Dufour environ 200 000 personnes.⁸⁹

⁸⁶ Cf. à ce sujet, dans ce même numéro, l'article sur la réaction du corps médical face à la création de l'assurance maladie.

⁸⁷ Exemples tirés de listes des tarifs avalisés par le Conseil d'État à Genève en 1921: les prestations générales divisées, entre consultations et visites, sont facturées entre 3 et 10 francs en fonction des circonstances; en font partie par exemple des injections, facturées à 5 francs pour les sérums thérapeutiques, à 10 francs pour une solution physiologique et à 6 francs pour une intraveineuse (médicament non compris). Parmi les interventions chirurgicales, les amputations, résections, désarticulations coûtent entre 150 et 200 francs; la liste continue avec les interventions obstétricales, gynécologiques, pour les maladies des yeux, celles des oreilles, du nez et de la gorge, pour les maladies de la peau et des voies urinaires, etc. Cf. *Convention entre l'Association des médecins du canton de Genève et la Fédération des Sociétés de Secours Mutuels du Canton de Genève*, 18 p. Archives privées de la Société vaudoise de médecine.

⁸⁸ RMSR, 1910, Marc Dufour, p. 973.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 976.

Si la clientèle privée de Dufour représente un peu moins de la moitié de l'ensemble de ses patients, l'équilibre n'est pas le même en ce qui concerne ses sources de revenus. Pour l'année académique 1890-91, Marc Dufour reçoit de l'Université un salaire annuel de 1600 francs et déclare 15 000 francs de revenus comme «produits du travail» pour l'année 1890, et une somme identique pour l'année 1891⁹⁰. Comme professeur ordinaire de clinique chirurgicale, César Roux touche un salaire supérieur: 5776 francs (2500 francs de salaire de l'Université, 2000 francs de l'hôpital comme chef de clinique et 1271,60 francs comme finances de cours), mais sa clientèle privée lui rapporte également des revenus très importants: 11 200 francs en 1890 et 13 500 francs en 1891.

Comme ces chiffres le montrent, les cliniques privées sont des lieux où le prestige académique et le savoir acquis dans les cliniques hospitalières se rentabilisent. Le traitement dérisoire alloué aux professeurs ne leur aurait pas permis de tenir leur rang au sein de la bourgeoisie: oscillant entre 4000 et 5000 francs annuels, il se range, pour donner un ordre de grandeur, dans la catégorie des bas revenus pour lesquels le premier projet d'assurance maladie avait été prévu⁹¹. De plus, les salaires des professeurs de la Faculté de médecine sont inférieurs à ceux de leurs collègues, car l'on tient compte de leur traitement à l'hôpital et des gains que leur apporte leur clientèle privée. En 1890 le chef de l'instruction publique

⁹⁰ Les nécrologies sont absolument muettes en matière de revenus. La réussite économique et le statut social se marquent par la bande comme nous l'avons vu dans la première partie de notre article. Nous tirons donc ces très précieux renseignements du travail de recherche de Pierre-Alain LIARD *Les premiers Professeurs de l'Université de Lausanne 1890-1891*, Rectorat de l'Université de Lausanne, février 1987, projet FNRS n° 1.164-0.85, cf. p. 39 et tableaux pp. 33-34 et 37-38. Nous remercions le professeur François Jequier, qui dirigeait ce projet avec le professeur Giovanni Busino, de nous avoir autorisés à citer ce travail non publié. Pierre-Alain Liard a reconstitué les revenus des professeurs à partir des archives du DIPC et grâce au résumé des déclarations d'impôts produit par la Commission d'impôts de chaque district où figurent la fortune mobilière, les rentes, les usufruits et le produit du travail. Cf. pp. 30-32.

⁹¹ Le projet Forrer de 1893 prévoyait que tous les salariés ayant un revenu allant jusqu'à 5000 francs seraient soumis à l'assurance obligatoire. Cf. l'article sur la réaction du corps médical face à la création de l'assurance maladie, dans ce même numéro.

concède que leurs «traitements seront très modestes et que des spécialistes distingués comme MM. de Cérenville, Roux et Dufour ont fait acte de dévouement et de désintéressement en acceptant les conditions qui leur sont faites.»⁹² Que l'enseignement clinique et les postes à l'hôpital rapportent aussi peu d'argent tout en étant réservés à l'élite médicale montre bien l'autonomisation prise par le côté scientifique. Le spécialiste acquiert en ce lieu un capital qu'il peut faire fructifier dans sa pratique privée. Mis à part les maisons de repos (6 mentions) et les institutions rattachées aux bains (2 mentions), les cliniques privées sont créées par les chirurgiens (6 mentions) et les ophtalmologues (3), ou du moins y travaillent-ils.

L'arrivée du «grand patron»

Entre hiérarchie et libre jeu de la concurrence

L'importance du poste hospitalier et le prestige lié à l'enseignement clinique apparaissent dans les nécrologies à travers la figure du «grand patron». Chef d'un service clinique, le professeur entouré de ses étudiants et de son équipe d'internes et d'assistants trône, dans l'imaginaire du corps médical, au sommet de la hiérarchie. Pour son septantième anniversaire, le professeur César Roux a droit à un article élogieux dans la *Feuille d'avis de Lausanne*:

Nous l'appelions «le Patron»; le nom lui est resté. [...] Il possédait, en effet, les qualités et le tempérament d'un patron, c'est-à-dire d'un chef. [...] S'il était un chef sévère, s'il demandait beaucoup à ses aides, il se montrait dur à lui-même et il était le premier à se dépenser et à «en mettre». On le craignait, mais on le respectait, on l'admirait et on l'aimait.⁹³

⁹² *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 7 mai 1890, p. 40, cité par Pierre-Alain LIARD, *op. cit.*, p. 14.

⁹³ D^r PERRET, «Un grand chirurgien: César Roux», in *Feuille d'avis de Lausanne*, 18 mars 1927.

Comme médecin d'hôpital, de Cérenville a été un chef modèle, sachant se faire aimer aussi bien du personnel de son service que de ses malades, et, comme professeur, il a su former toute une génération de jeunes médecins...⁹⁴

Cette bienveillante figure paternelle contraste avec les violentes colères de Roux, devenues célèbres⁹⁵. De façon générale, de nombreuses allusions au caractère rude, emporté et autoritaire de certains médecins émaillent nos nécrologies; mais les «grands patrons» tout particulièrement semblaient être autorisés à de tels comportements⁹⁶.

De fait leur pouvoir était considérable: de leur bon vouloir dépendait l'obtention de places académico-hospitalières, incontournables pour le jeune médecin ayant en vue une carrière professionnelle. Si les places d'interne et d'assistant sont du seul ressort professoral, la procédure d'attribution des postes hospitaliers n'est pas tout à fait claire. Dans le canton de Vaud existe un système où les médecins sont nommés sur appel par le Conseil d'État, alors qu'à Genève ces postes sont mis au concours. Pourtant, dans un cas comme dans l'autre, la concurrence est importante et le corps médical semble disposer d'un pouvoir de cooptation. Pour éviter de se créer lui-même sa propre concurrence, César Roux demandait à ses futurs collaborateurs de s'engager à prendre un poste en périphérie, une fois leur contrat échu: si le Dr Gustave Clément (1868-1940) accepta d'aller s'établir à Fribourg sur les conseils de son patron, Placide Nicod renonça au poste pourtant fort attractif de chef de service, car il n'appréciait guère l'idée de s'installer à Sion⁹⁷. À Genève, dans les années vingt, une affaire éclata publiquement car un jeune médecin avait décidé de déposer sa candidature pour le poste de médecin adjoint à la

⁹⁴ *RMSR*, 1915, Édouard de Cérenville, pp. 284-292, *cf.* p. 285.

⁹⁵ J. TAILLENS évoque ainsi «son comportement parfois si terrible avec ses aides d'hôpital», fruit de son surmenage, *op. cit.*, *cf.* pp. 93-96.

⁹⁶ J. TAILLENS, *op. cit.*, compare l'attitude de Roux à celle du professeur Kocher, tout aussi détestable (*cf.* p. 96); M. GROSS, *op. cit.*, dans la biographie de Placide Nicod, consacre quelques lignes à cette question; des allusions du même ordre sont faites dans les nécrologies de Dufour et de de Cérenville, *cf.* *RMSR*, 1910, Marc Dufour, *op. cit.* et *RMSR*, 1915, Édouard de Cérenville, *op. cit.*

⁹⁷ M. GROSS, *op. cit.*, p. 30.

Maternité malgré l'opposition du professeur chef du service qui, voulant placer son dauphin, avait jusqu'alors découragé tous les autres candidats⁹⁸.

Le problème se pose de manière identique pour l'université, toutefois le rapport de force qui s'installe entre cette institution et le Conseil d'État est mieux connue. Sur la seule base de notre corpus et de nos lectures annexes, nous n'avons pas les moyens d'entrer dans ce débat et de mettre au jour les critères qui présidaient à l'attribution d'une chaire. De plus, la majorité des professeurs qui figurent dans notre corpus appartiennent à la génération entrée à l'Université lors de son ouverture, soit dans un contexte politique et scientifique bien spécifique comme l'exprime fort bien Jacques Taillens lorsqu'il met en perspective la brillante carrière de César Roux:

Il est certain que César Roux bénéficia des événements et des circonstances, car il sut naître au bon moment. Vivant à une époque où la chirurgie moderne se bâtissait, il arrivait à Lausanne à un moment où il n'y avait guère que trois médecins, qui faisaient, à côté de leur pratique générale, de la chirurgie: Rouge, Dupont et Mercanton, mais aucun d'eux ne s'imposait par sa valeur proprement chirurgicale. Roux, au contraire, arrivait précédé d'une excellente réputation, car on le savait sorti de l'école de Kocher, dont l'éclat était alors très grand; il était en outre soutenu par le parti gouvernemental, dont ses deux frères, Louis et Félix, étaient déjà des membres agissants. Roux arrivait enfin à Lausanne à un moment où l'Université allait être fondée, où par conséquent une faculté de médecine complète serait créée, dans laquelle la chaire qu'il allait occuper lui procurerait la possibilité de pouvoir rayonner, en formant des élèves, des médecins, des assistants, et lui donnerait une tribune où, parlant *ex cathedra*, il acquerrait une autorité et un pouvoir de dispersion qu'aucun chirurgien, simplement praticien, ne saurait avoir.⁹⁹

⁹⁸ Ces renseignements sont tirés d'un pamphlet rédigé par un médecin genevois ayant eu maille à partir avec ses confrères et qui se verra finalement exclu, pour fautes déontologiques, de la Société médicale de Genève par le Conseil de famille. Cette position d'exclu l'amène à formuler explicitement les enjeux des conflits. Cf. D^r François ODY, *Au temps des cannibales. Souvenirs de ma vie médicale*, Genève, 1939.

⁹⁹ J. TAILLENS, *op. cit.*, p. 147.

Cette ouverture, dont a su profiter César Roux, se refermera bien vite et, corollaire de cette nouvelle hiérarchie médicale qui se constitue autour des postes universitaires et hospitaliers, une vive concurrence s'instaure entre les médecins en quête d'un rayonnement scientifique. Conscient de la nouvelle dynamique que la création d'une faculté de médecine va générer au sein du corps médical, le professeur Gustave Julliard propose d'institutionnaliser cette concurrence en introduisant le statut de privat-docent censé être le premier échelon d'une carrière professorale. Défendu pour des raisons d'économies – Julliard est sûr que «des privat-docents se chargeront de donner des cours jusque dans les branches les plus spéciales»¹⁰⁰ – ce système se veut également plus démocratique:

En ne faisant pas tout de suite des professeurs définitifs pour toutes les branches, nous parerons également aux coups de la médisance si une nomination ne satisfait pas tout le monde, les mécontents pourront venir en professeurs libres, donner le même cours que celui qui a été choisi temporairement, et celui que les élèves désertent, devra bien plier bagage devant l'autre et lui laisser la perspective de devenir professeur titulaire. Ce sera, en quelque sorte, le suffrage universel appliqué à la nomination des professeurs. On ne pourra accuser personne d'avoir fait œuvre de parti ou de favoritisme.¹⁰¹

À Lausanne, entre 1891 et 1896, alors que la faculté vient d'ouvrir ses portes, neuf médecins demandent à être autorisés à y donner des cours en qualité de privat-docent¹⁰². Si certains traitent de sujet spécifiques marginaux comme l'électrothérapie ou la balnéothérapie, d'autres entrent directement en concurrence avec les cours dispensés par les professeurs ordinaires. Ainsi parallèlement à Dufour, Éperon et Verrey donnent des leçons d'ophtalmologie; de même, alors qu'Oscar Rapin tient la chaire de gynécologie et d'obstétrique, Rossier et Muret s'annoncent pour ces matières. Comme cela avait été prévu, l'enseignement de

¹⁰⁰ Le rapport de Gustave Julliard sur la création de la Faculté de médecine, in *La Faculté de Médecine de Genève 1876-1976*, *op. cit.*, p. 14.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰² Cf. *Cinquantenaire de la Faculté de Médecine de Lausanne 1890-1940*, Lausanne, 1940.

nouvelles spécialités débutera avec les cours de privat-docents, c'est le cas de l'oto-rhino-laryngologie, de la pédiatrie, de l'urologie et de la dermatologie. À Genève, au sein de notre corpus, les privat-docents représentent les 60% du corps professoral (soit 15/25), mais sur ces 15 privat-docents seuls 4 seront élus au poste de professeur ordinaire, laissant ainsi 71% d'entre eux sur le carreau de l'enseignement libre¹⁰³.

On le constate, l'accès aux chaires universitaires est extrêmement sélectif, mais les rapports concurrentiels ne s'arrêtent pas là, ils se jouent aussi entre les disciplines. Les grands patrons de chirurgie n'apprécient guère l'émergence de certaines spécialités venant mordre sur leur terrain. Le biographe de Nicod, Michel Gross, évoque le conflit qui opposait à la fin du siècle l'orthopédie à la chirurgie: pour conserver l'exclusivité de la pratique chirurgicale, César Roux avait en effet interdit que des opérations soient pratiquées à l'hospice orthopédique, revendication à laquelle s'étaient pliés Henri Martin et le conseil d'administration de l'Hospice orthopédique de Suisse romande¹⁰⁴. Un épisode qui illustre la manière dont les hiérarchies et le cloisonnement des disciplines ont pu, en certains cas, entraver le développement de la médecine. La gynécologie pour cette même raison mettra du temps à être rattachée à l'obstétrique. Quant aux professeurs de médecine interne, ils conservent longtemps dans leur service les malades souffrant d'affections du nez, de la gorge ou des oreilles, différant la création d'un service d'oto-rhino-laryngologie.

Entre spécialistes, la concurrence peut également être féroce; et bien que le code de déontologie exige des médecins qu'ils ne reçoivent pas en consultation un malade déjà en traitement chez un confrère, ceux qui sont sollicités éprouvent parfois des difficultés à respecter cette règle. C'est notamment le cas de Dufour dont la renommée l'amène à soigner des patients dans un large

¹⁰³ Ces 25 privat-docents genevois se répartissent de la manière suivante: 4 en chirurgie, 4 en gynécologie-obstétrique, 3 en ophtalmologie, 1 en neurologie et anthropologie criminelle, 1 en hématologie, 1 en oto-rhino-laryngologie et enfin 1 autre ORL, mais qui donne un cours d'histoire de la médecine.

¹⁰⁴ Michel GROSS, *Placide Nicod...*, *op. cit.*, pp. 34-35.

rayon, ce qui lui suscite une «hostilité assez déplaisante chez certains oculistes envieux» faisant entendre «d'aigres récriminations»¹⁰⁵. Du chirurgien genevois Auguste Reverdin, il est dit que «s'il lui est arrivé parfois de soulever quelques inimitiés parmi ses concurrents dans la lutte pour la vie, il a su aussi conserver ou acquérir de chauds amis.»¹⁰⁶ De façon générale, le rapport aux confrères fait souvent l'objet d'une mention dans les nécrologies (65/198, soit 62%). En voici une version positive:

Très pénétré de la dignité de sa vocation, il était estimé pour sa parfaite correction dans ses relations professionnelles, et son aimable caractère lui avait acquis de nombreux amis.¹⁰⁷

Enfin, dans le domaine de la recherche médicale, la concurrence se fait vive comme en témoigne le conflit de priorité qui oppose le professeur de chirurgie genevois Jacques Reverdin au célèbre professeur de chirurgie bernois Théodore Kocher (1841-1917): chacun déclarait avoir été le premier, en 1882-1883, à mettre en évidence certaines complications liées à l'opération du goitre. Les circonstances de cette querelle et les arguments avancés mettent en évidence la fonction jouée par les sociétés et les congrès internationaux.

Une nouvelle valeur, la scientificité
Le rôle joué par la presse et la sociabilité

Lors d'un congrès d'hygiène au début du mois de septembre 1882, Reverdin engage, au cours d'une promenade sur le lac, une discussion informelle avec Kocher; il lui demande si lui aussi a observé certains effets après l'ablation totale du goitre. Le 13 septembre, le professeur genevois présente une courte communication à ce sujet dans le cadre de la Société médicale de Genève et le mémoire qui présente ses observations est publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande* en trois parties en avril,

¹⁰⁵ *RMSR*, 1910, Marc Dufour, p. 976.

¹⁰⁶ *RMSR*, 1908, Auguste Reverdin, pp. 513-518, *cf.* p. 516.

¹⁰⁷ *RMSR*, 1909, Paul Maunoir, pp. 164-166, *cf.* p. 165.

mai et juin 1883. Dans l'intervalle, Kocher, qui suite à la discussion qu'il avait eue avec Reverdin avait fait procéder à une révision des 104 opérations du goitre qu'il avait pratiquées, présente le résultat de ce travail à Berlin, au XII^e Congrès des chirurgiens allemands, le 4 avril 1883; un article est publié la même année dans les *Archiv für klinische Medizin*. En automne, cette découverte est signalée par un docteur britannique à la Clinical Society of London et dès lors son entière paternité est attribuée à Kocher au niveau international. Reverdin proteste... et quelques années plus tard, le médecin qui cherchera à faire la lumière sur cette affaire répartira équitablement la paternité de cette découverte entre les deux professeurs¹⁰⁸.

De notre point de vue, l'intérêt de cette «querelle de priorité» tient dans la mise à nu des stratégies utilisées pour faire avaliser une découverte. La prudence se montre nécessaire lorsqu'on sollicite un confrère qui pourrait nous donner des éléments de confirmation mais aussi nous prendre de vitesse; l'importance de la structure dans laquelle on travaille – visiblement Kocher dirige un grand service et il peut charger son équipe d'internes et d'assistants de procéder rapidement à la vérification d'un nombre important d'opérations, ce qui n'est pas le cas de Reverdin – le cadre dans lequel se fait la première communication – le Congrès de chirurgiens allemands ou une simple séance de la Société médicale de Genève – sont les facteurs qui jouèrent un rôle décisif dans cette découverte scientifique. Par cet exemple, nous constatons que la sociabilité internationale et les revues spécialisées sont les lieux où les médecins qui se sont lancés dans la recherche font enregistrer leurs découvertes. En effet, les académies de médecine ne jouent plus le rôle qu'elles avaient par le passé et les découvertes médicales ne profitent guère des mesures légales prises pour protéger la propriété intellectuelle.

¹⁰⁸ En 1895, le D^r Combe de Lausanne reçoit un prix pour son mémoire sur le «Myo-œdème»; lorsqu'il le publie en 1897 dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, il évoque l'historique de cette découverte et demande aux professeurs Kocher et Reverdin de donner leur version des faits. Dans les années quarante, d'autres médecins se pencheront encore sur cette question. Cf. Henri REVERDIN, *op. cit.*, pp. 133 et ss.

La sociabilité spécialisée nous montre aussi que la vie scientifique ne s'arrêtait pas aux frontières du monde académique, bien au contraire. Créer des sociétés ou des revues spécialisées constitue également un moyen pour développer une discipline et construire sa légitimité scientifique; certains médecins s'y emploient d'ailleurs activement. Après avoir été professeur d'ophtalmologie de l'Université de Berne, H. Dor, établi à Lyon, fonde en 1882 la *Revue générale d'ophtalmologie* dont il est le rédacteur jusqu'à la fin de sa vie et prend part, une année plus tard, à la création de la Société française d'ophtalmologie¹⁰⁹. Privat-docent à Genève, le D^r David Sulzer de Winterthour, une fois installé en 1897 à Paris, participera quant à lui à la rédaction des *Annales d'oculistique* et collaborera à l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*¹¹⁰. En 1895, le Lausannois Louis Secrétan tente de fonder une Société suisse d'oto-rhino-laryngologie qui vraisemblablement ne se constituera qu'en 1912 et dont Arthur Mermod, son successeur à la Faculté de médecine, sera l'un des initiateurs¹¹¹. Les multiples revues d'oto-rhino-laryngologie dans lesquelles ce dernier publie ses travaux nous donnent un bon aperçu de l'étendue du réseau scientifique de ces nouveaux spécialistes¹¹².

Au niveau des individus, l'insertion dans une sociabilité médicale spécialisée peut également venir compenser une absence de liens avec le monde universitaire. C'est le cas de l'ophtalmologue de Speyr établi à La Chaux-de-Fonds; la manière dont ses relations scientifiques de haut niveau sont mises en évidence signale également la volonté de revaloriser un secteur périphérique:

¹⁰⁹ *RMSR*, 1912, H. Dor, pp. 788-789, cf. p. 789.

¹¹⁰ *RMSR*, 1918, David Sulzer, pp. 166-167.

¹¹¹ *RMSR*, 1902, Louis Secrétan, *op. cit.*; *RMSR*, 1915, Arthur Mermod, *op. cit.* La création de la Société suisse de laryngologie et d'otologie est annoncée in *RMSR*, 1912, p. 499; toutefois la création, en Suisse, des sociétés de médecine spécialisées mériterait d'être étudiée.

¹¹² *Revue hebdomadaire de laryngologie; Annales des maladies de l'oreille et du larynx; Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie; Bulletin de laryngologie, otologie, rhinologie; Presse oto-laryngologique belge.*

Comme oculiste il se tenait jalousement à la hauteur des progrès de sa spécialité; il mettait son luxe, nous dirons même sa coquetterie, à s'entourer de publications nouvelles et surtout d'instruments modernes aussi utiles et aussi perfectionnés que possible et que pourraient envier encore à cette heure certaines cliniques universitaires.[...] Il fut également très actif dans la Société des oculistes suisses dont il était le président de 1913 et 1914. Il fréquenta divers congrès internationaux d'ophtalmologie en Suisse et à l'étranger, s'y créant de hautes et précieuses relations; c'est ainsi qu'il reçut chez lui à la Chaux de Fonds le célèbre Prof. Snellen, d'Utrecht, qui désirait connaître notre région horlogère et qu'il fut remarqué par le Prof. Hirschberg, de Berlin, qui lui confia la rédaction de «comptes rendus» pour le périodique qu'il dirige: le *Centralblatt für Augenheilkunde*, et des corrections pour l'un ou l'autre de ses nombreux ouvrages; il y a quelques mois, il recevait encore de lui des propositions très honorables et très flatteuses en vue de la réédition d'une de ses œuvres les plus importantes.¹¹³

Enfin, souvent plus tardive dans un cursus, l'attribution du statut de membre honoraire ou de membre correspondant d'une grande société étrangère constitue une marque de reconnaissance pour les travaux effectués. Les distinctions sont parfois fort nombreuses comme dans le cas d'un Roux (plus de 12 titres) ou d'un Reverdin (14)¹¹⁴.

La liste, non exhaustive, des sociétés suisses ou étrangères dont sont membres les médecins de notre corpus, compte près de vingt-deux rubriques. Révélateur de l'émergence et de la structuration des nouvelles spécialités médicales à partir des années 1880-1890, ce dense réseau international – et plus particulièrement la création en Suisse des sociétés spécialisées – mériterait une étude plus approfondie. Les professeurs genevois sont particulièrement investis dans ce processus: les 68% (17/25) d'entre eux sont membres de sociétés médicales internationales et spécialisées, alors que seulement 42% (6/14) de leurs homologues vaudois sont engagés dans des sociétés similaires. Cette différence, liée en partie

¹¹³ *RMSR*, 1918, de Speyr, pp. 220-221.

¹¹⁴ Cf. J. TAILLENS, *op. cit.*, p. 116 et H. REVERDIN, *op. cit.*, p. 209.

à une vie universitaire ayant débuté quatorze ans plus tôt, signale clairement que l'élite médicale se trouve dans la cité de Calvin. Les spécialistes y sont non seulement plus nombreux, mais, comme nous l'avons vu dans la première partie de cet article, les médecins genevois possèdent également un rayon d'action social et des activités culturelles plus denses et diversifiés, et leurs professeurs s'engagent plus activement en politique.

Malgré l'essor des sociétés spécialisées, les sociétés cantonales de médecine ne sont pas délaissées, on y voit les généralistes côtoyer les professeurs¹¹⁵. Les communications publiées dans la *Revue médicale de la Suisse romande* rendent compte des débats qui s'y déroulent, des dernières recherches, des nouvelles applications et découvertes thérapeutiques; on y trouve aussi l'annonce de colloques ou de conférences. Conformément à leur objectif initial, ces sociétés sont des lieux où l'on se tient au courant des progrès de la médecine et où l'on veille aux intérêts du corps médical¹¹⁶.

Mis à part l'aspect institutionnel lié aux postes académiques et hospitaliers, ce qui détermine l'appartenance à l'élite médicale est la production scientifique. À la fin des nécrologies figure la liste des publications – des articles publiés pour la plupart dans la *Revue médicale de la Suisse romande* – et on omet rarement de signaler le professeur ou le spécialiste qui a peu écrit. Lorsqu'il signe la nécrologie du D^r Édouard Chenevièvre (1848-1913), l'un des accoucheurs les plus en vogue de Genève, le rédacteur de la *Revue médicale de la Suisse romande*, le D^r C. Picot, dira qu'«on peut regretter qu'il n'ait pas écrit davantage; à part sa thèse inaugurale, nous ne connaissons de lui que deux rapports sur le Dispensaire des accouchements et quelques courts articles relatifs à des faits de sa pratique qu'il avait bien voulu écrire pour notre Revue.»¹¹⁷

¹¹⁵ 24/76 des médecins vaudois sont membres de la SVM, soit 31%, et 49/76 des genevois à la SMG, soit 64%. Parmi les professeurs, les 71% des Vaudois (10/14) appartiennent à la SVM; et les 72% des Genevois (18/25) à la SMG.

¹¹⁶ Sur la place croissante prise au sein des sociétés de médecine par les questions touchant la défense des intérêts professionnels du corps médical, cf. l'article sur le corps médical face à l'assurance maladie, dans ce même numéro.

¹¹⁷ *RMSR*, 1913, Édouard Chenevièvre, pp. 279-281, cf. p. 281.

Ainsi, plus on s'approche de l'élite médicale, plus la dimension scientifique prend de l'importance; mais celle-ci touche l'ensemble du corps médical¹¹⁸. John-Henri Murisier (1849-1907), médecin de l'Hospice des diaconesses de Saint-Loup durant 32 ans, «suivit l'évolution de la médecine et surtout de la chirurgie modernes et se tint constamment au courant de leurs progrès continuels.»¹¹⁹ Offrant le profil «méritocratique» de l'orphelin qui travailla à côté de ses études et qui, une fois revenu au pays, connut une belle carrière, le médecin fribourgeois Alexis Pégaitaz (1842-1907) «se tenait constamment au niveau des progrès de la science et n'hésitait pas à utiliser des médicaments nouveaux et les nouvelles méthodes de traitement.»¹²⁰ Même l'un des doyens du corps médical vaudois, Charles Marcel (1827-1908), petit-fils de Matthias Mayor,

...suivait attentivement les progrès de la science et cherchait à se maintenir dans le mouvement. Aussi était-il resté, à un âge avancé, remarquablement au fait de l'évolution de la médecine, et jugeait avec un sens critique affiné, éclairé d'une vaste expérience, les théories issues des faits nouveaux.¹²¹

Valorisé chez les praticiens de la périphérie, ce suivi des progrès médicaux est exigé des grands patrons; de Cérenville le rappelle à propos de Dufour:

Il est permis de se poser une question: au milieu de son existence remplie à plein bord, le Prof. Dufour a-t-il réussi à trouver le temps de se maintenir à la hauteur de la science, comme l'exige un enseignement universitaire? Son peu de loisir ne lui permettait guère que de parcourir rapidement livres et revues, et il le reconnaissait sans peine. Malgré cette lacune, il était dans le mouvement, car il ne laissait passer aucune occasion de se [sic]

¹¹⁸ Dans notre échantillon, des publications sont signalées chez 88% (22/25) des professeurs genevois recensés (resp. 79% – 11/14 à Lausanne), chez 50% (7/13) des spécialistes genevois recensés (resp. 30% – 5/15 à Lausanne); les généralistes publient moins et plus rarement (8/34 des généralistes genevois, soit 23% et dans le canton de Vaud, 7/18 des généralistes citadins, soit 39%, et 9/30 des médecins de campagne, soit 30%).

¹¹⁹ *RMSR*, 1907, John-Henri Murisier, pp. 902-904, *cf.* p. 903.

¹²⁰ *RMSR*, 1907, Alexis Pégaitaz, pp. 231-234, *cf.* p. 232.

¹²¹ *RMSR*, 1908, Charles Marcel, pp. 444-446, *cf.* p. 445.

rencontrer avec les sommités de l'ophtalmologie; par la conversation et aux cours des discussions, il s'assimilait [sic] sans difficultés les notions récentes et restait renseigné. Les recherches en laboratoire, l'histologie, la bactériologie, n'étaient pas son affaire; pour l'indispensable dans ce domaine il recourait aux lumières de ses assistants, s'estimant volontiers trop vieille école.¹²²

Élément traversant, la scientificité concerne l'ensemble du corps médical, du médecin de campagne valaisan, se tenant au courant de l'évolution scientifique, au professeur d'université, dirigeant un service hospitalier de chirurgie, et publiant tout au long de sa vie une multitude d'articles. L'émergence de ce nouveau pôle modifie les valeurs et les références du monde médical, même si ce n'est qu'une minorité qui s'engage activement dans un processus de spécialisation en occupant des postes à l'hôpital, en enseignant à l'université et en faisant des communications dans le cadre d'une sociabilité spécialisée. Les nécrologies vont servir à rendre compte de ces transformations du corps médical, mais également à légitimer cette évolution. Si en évoquant la trajectoire d'un individu, elles peuvent rappeler le chemin parcouru, «ne vous laissez pas dépasser par les progrès de la médecine» est le message qu'elles adressent clairement aux médecins qui se penchent sur le souvenir d'un collègue décédé.

En guise de conclusion...

quelques réflexions sur un corps médical en représentation

Lorsqu'on se penche sur les représentations iconographiques... on voit, tout au long du XIX^e siècle, des hommes en habit qui, l'image s'accélégrant vers 1900, vont sortir de leur salon et revêtir une blouse blanche pour venir poser dans leur salle de consultation pour la photographie.

Ce processus de spécialisation lié à l'émergence d'une nouvelle valeur, la scientificité, fut le fil rouge de notre exposé qui se

¹²² RMSR, 1910, Marc Dufour, p. 982.



Marc Dufour (photo Boissonnas)



César Roux (photo de Jongh)

proposait de réaliser un premier portrait de famille du corps médical romand. Nous avons cherché à montrer les incidences qu'eurent, sur l'organisation du corps médical, les découvertes scientifiques et le développement des infrastructures de soins et d'enseignement. Une sociabilité médicale en pleine croissance – avec des enjeux considérables quant à la recherche – la concurrence de plus en plus aiguë pour l'obtention de postes académiques ou hospitaliers, la constitution d'une nouvelle hiérarchie grâce au processus de spécialisation qui exerce une différenciation entre les praticiens, autant d'éléments qui ont contribué à modifier l'identité du corps médical.

Le plus souvent anonymes, les nécrologies expriment parfois les liens qui unissaient l'auteur au défunt: rédigées par un ami ou un collègue d'une même région périphérique, leur style sera plus fleuri; expression d'un rapport de filiation et de reconnaissance dans le cas d'anciens élèves ou assistants, elles souligneront les grandes qualités du professeur disparu; enfin lorsque c'est un autre membre de l'élite médicale qui se penche sur la carrière d'un confrère, le ton peut se faire plus mordant comme on l'a vu avec de Cérenville. Toutefois au-delà de ces diversités, les auteurs des nécrologies se montrent très conscients de l'évolution de la médecine et de la corporation. Évoquer la carrière de confrères disparus, en attribuant à chaque praticien une place spécifique, permet de reconstruire en permanence la cohérence d'un corps médical en pleine mutation.

Alors que nous cherchions à construire une typologie, nous avons eu la surprise de rencontrer des formules telles que: «c'était le type même du bon médecin de campagne» ou: un tel fut un «parfait médecin de famille». Cette démarche de classification trouve son aboutissement dans la notice historique publiée en 1923, à l'occasion du *Centenaire de la Société médicale de Genève*. Le D^r Thomas, et le D^r Constantin Picot (né en 1844) qui, en tant que rédacteur de la *Revue médicale de Suisse romande*, signe trente et une des nécrologies de notre corpus, regroupent de la façon suivante les biographies des médecins genevois:

Les médecins biologistes
Les chirurgiens
Les médecins internes
Les médecins statisticiens et hygiénistes
Les médecins spécialistes
Les médecins historiens
Les médecins philanthropes
Les médecins musiciens
Les médecins hommes politiques¹²³.

Plus tournée vers son passé que vers son présent, cette typologie révèle clairement la compréhension qu'avaient les médecins de leur propre formation sociale: à côté de leur activité professionnelle, ils se consacrent, en tant que notables, à la vie publique et culturelle.

Mais comme toute autoreprésentation, les nécrologies constituent également un moyen de stabiliser un groupe qui devient de plus en plus hétérogène. En tant que membres d'une profession libérale soumis à de forts rapports concurrentiels, les médecins doivent également parvenir à conserver, face à l'extérieur et à leurs propres yeux, une unité garante de leur statut social. Dans ce contexte, les nécrologies ont une importante fonction normative. En effet, si elles rendent compte du développement de la pratique médicale et de la corporation, elles imposent aussi des modèles de comportements et des valeurs spécifiques. Pour ce faire, elles offrent non seulement des modèles positifs, mais elles pointent également ceux qui s'écartent de la norme: nous l'avons vu en ce qui concerne l'expression d'un bon niveau culturel, la participation à la «chose publique» et le suivi des progrès de la médecine. Et si l'on fait silence sur les stratégies matrimoniales, le caractère renfermé et solitaire des célibataires est à plus d'une reprise mentionné.

L'intérêt des nécrologies en tant que source réside, à notre avis, dans cette tension entre une description des changements qui affectent la profession et une représentation subjective pétrie de

¹²³ *Centenaire de la Société Médicale de Genève 1823-1923*, Notice historique par les D^{rs} Picot et Thomas, Genève, 1923.

normes et de valeurs collectives. Certains médecins se montrent fort conscients de cette double dimension du discours auquel ils se prêtent par ailleurs volontiers. Voici comment Jean Morax, doyen de la Société vaudoise de médecine, remercie ses confrères lors du banquet que ceux-ci ont organisé en l'honneur de son septantième anniversaire:

Vous avez jugé que ma carrière médicale, ma conduite envers mes collègues, la manière dont j'ai rempli mon devoir social, me rendaient digne d'être honoré par le corps médical. J'accepte votre verdict avec fierté, mais sans orgueil, car je me suis efforcé de suivre la tradition des médecins vaudois et je pense qu'il a fallu votre indulgence et votre bienveillance pour m'attribuer tant de valeur personnelle. Je puis accepter vos éloges en toute humilité, car vous savez bien que ce que je suis est une conséquence du milieu dans lequel j'ai vécu. Tous les médecins sont déterministes.¹²⁴

¹²⁴ *RMSR*, 1913, Jean Morax, pp. 346-347.