

TOPOGRAPHIE MEDICALE DE LA BRETAGNE

A LA FIN DU XVIII^e SIECLE

Les problèmes de mortalité posés par la France des XVII^e et XVIII^e siècles étaient à l'ordre du jour du Colloque de Liège de 1963. A présent, nombre de travaux, particulièrement sur l'Ouest français, témoignent de leur actualité, malgré la faveur récente de certains autres aspects de la démographie historique. Dans le cadre de la Bretagne, la question initiale était d'ordre démographique : mesurer et régionaliser, à l'aide de la cartographie, le déficit "naturel" breton (migrations exclues) des décennies 1770 et 1780.

Depuis lors, l'écheveau s'est progressivement dévidé : à partir de données statistiques, relativement sûres, la recherche nécessaire mais souvent délicate, des causes de ce déficit. L'allure heurtée de la courbe de mortalité posait alors le problème des subsistances et celui des épidémies.

Le niveau alimentaire paysan grossièrement défini, les épidémies repérées, classées ou même identifiées, il fallait situer les deux phénomènes dans leur contexte historique. Par conséquent, il était nécessaire d'esquisser un tableau économique et social, démographique et sanitaire de la population bretonne, avant d'étudier ses attitudes face à la maladie et à la médecine. On était donc amené à emprunter la voie tracée par les médecins aëristes du XVIII^e siècle, à suivre certaines des initiatives lancées par Vicq d'Azyr et le Contrôle Général ; bref, à utiliser un ensemble de sources, dont l'homogénéité venait du grand dessein des hommes de la Société Royale de Médecine. A défaut d'une topographie médicale du Royaume, voici donc celle de la Bretagne, encore bien imparfaite assurément, en raison des lacunes des sources et des limites de cette recherche.

Après avoir étudié les archives disponibles et exploitables par un cher-

cheur - seul mais non pas isolé -, restaient à trouver et à prendre les moyens d'aboutir. La méthode à suivre s'imposa progressivement en fonction des objectifs fixés. L'étude démographique ne pouvait logiquement se limiter aux problèmes de mortalité, ni à quelques-unes des 1600 paroisses de Bretagne. Il fallait donc puiser dans les enquêtes administratives de la période, en l'occurrence dans celle de l'abbé Terray, non sans la confronter avec les monographies paroissiales, parues sous forme de mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures et de Maîtrise. L'hérésie était donc de circonstance : un travail de démographie ... sans recours direct aux registres paroissiaux !

Si l'étude du type démographique et particulièrement de la mortalité s'avérait relativement facile, il n'en allait pas de même des épidémies. Là encore, la seule façon de s'en faire une idée générale était de consulter les enquêtes royales et la "paperasserie" de l'intendance : secours aux "pauvres malades", documents sur les "maladies épidémiques", dossiers sur "médecins et chirurgiens chargés des épidémies", enquêtes de 1779 et de 1786 sur le personnel médical, rapports des correspondants bretons de la Société Royale de Médecine, observations et suppliques des Etats, des corps municipaux, des recteurs de paroisse ou de "notables" soucieux de charité.

Au terme de cette seconde étape, deux "fichiers" étaient constitués, l'un démographique, l'autre médical : le premier assez volumineux, le second plus mince. Restait à les exploiter et à les interpréter : d'une part, par la nécessaire critique et confrontation des sources, d'autre part, par leur mise en œuvre et l'exposé des résultats. Assurément, le plan retenu n'était guère "pédagogique" et reflétait davantage la logique et les méandres de la recherche :

- une première partie statistique, démographique puis médicale, établissant le rapport des forces ; une seconde, sociale et psychologique, consacrée aux hommes que la maladie met en présence ; une troisième enfin, traitant des principales "maladies épidémiques" dans leurs divers aspects ; le tout pour une vaste province à son déclin. En effet, le but assigné était de situer les données de la

démographie dans le champ historique, en tentant de saisir les hommes du temps et du lieu dans leur diversité et leur originalité. Enfin, l'intérêt humain de cette recherche consistait à regarder et à décrire des hommes en lutte, non pour s'arracher la vie, non pour se réduire à merci, mais pour tenter, par divers chemins, parfois contradictoires, d'améliorer leur "qualité de la vie", d'extirper la maladie et de faire reculer la mort.

L'étude, relativement détaillée et continue, de la mortalité entre 1770 et 1787 aboutissait à mettre plusieurs faits en relief. La majeure partie du déficit "naturel" enregistré était à imputer à la Bretagne intérieure, la plus pauvre et la moins densément peuplée, sauf exception ; en revanche, la Bretagne périphérique, littorale et orientale, relativement plus aisée et urbanisée, connaissait le plus souvent un notable excédent naturel.

Pour la décennie 1770, l'opposition était claire, presque schématique. La décennie suivante modifiait le contraste établi : la côte Sud des actuels Finistère et Morbihan, comme une partie de l'ancien comté nantais, voyaient leur bilan naturel se dégrader plus ou moins sensiblement après 1782. Par conséquent, il convenait de noter les flux et les reflux de la surmortalité, comme aussi de retenir leur mobilité, régionalement importante et localement très forte (1). Comment ne pas songer alors, devant une telle mobilité statistique et spatiale, à d'éventuelles épidémies, davantage qu'à de véritables crises de subsistances ? Dans le même ordre d'idées, la grande crise de 1779 correspondait-elle à une (ou plusieurs) épidémie identifiable ? Traduisait-elle une réceptivité particulière de la Bretagne la plus démunie comme la plus aisée ?

A qui donc la faute ? A la province, à la conjoncture, à des maladies nouvelles ou davantage ressenties ? Autant de questions auxquelles il fallait s'efforcer de répondre, sans oublier la principale : que pouvaient, que voulaient faire,

(1) Cf. mon article, dans Annales E.S.C., n°6, nov. déc. 1969, cartes n°1 à 4, p. 1570-1585.

malades et médecins contre des "mortalités" faucheuses d'enfants et d'adultes, dans une province, où pas plus que dans l'Anjou voisin, ne se produisait alors de révolution de la démographie ni même de la mortalité, où l'hygiène, le niveau alimentaire (2) et la vitalité paraissent en-deçà de la moyenne nationale ?

Pour répondre à ces questions, trois approches successives : dénombrer tout d'abord les praticiens et les sages-femmes, étudier leur densité et leur répartition, tenter aussi d'en saisir les causes ; puis, après avoir situé le rapport des forces, à la fois numérique et mental, tâcher de mieux connaître ces deux ensembles humains si dissemblables, pour analyser finalement leur premier "face à face", dans ses dimensions démographique, sanitaire et humaine.

La densité médicale et hospitalière - pour employer ces deux anachronismes faciles - se situe en Bretagne à un faible niveau. Elle ne s'élève, pour les médecins et maîtres en chirurgie qu'à 2,2 pour 10.000 habitants en 1786, dans 46 des 65 subdélégations de la province (3). Dans les villes, cependant, le taux est

(2) Cf. J.Cl. Toutain, "La consommation alimentaire en France de 1789 à 1964", dans Cahiers de l'I.S.E.A., t. V, n° 11, nov. 1971, p. 2031 : "Au moment de la révolution de 1789, le niveau de la ration alimentaire peut être estimé à 1700 calories. ...". Cf. aussi dans la carte jointe à cet article, la région productrice "presque exclusivement de seigle", d'après J. Letaconnoux, Les subsistances et le commerce des grains en Bretagne au XVIIIème siècle, Rennes, 1909.

(3) En Anjou, F. Lebrun note, en 1786, 7 praticiens, soit un médecin et six chirurgiens pour 10.000 habitants. La Bretagne serait donc relativement défavorisée à cet égard. Cf. carte jointe, densité médico-hospitalière. Par ailleurs, il convient de distinguer les chirurgiens "de petite expérience" (l'immense majorité, sans compter les chirurgiens non "reçus"), et les quelques chirurgiens "de grande expérience" (urbains) d'un niveau égal ou même supérieur à celui de beaucoup de médecins. Je me permets de signaler ici que j'ai entrepris, avec la collaboration de M. Gélis pour l'étude des sages-femmes, une recherche au niveau national sur la densité du personnel médical à la fin du XVIIIème siècle.

trois fois et demi supérieur à celui des campagnes ; enfin, la Haute-Bretagne est généralement plus favorisée que la Basse-Bretagne.

A un moindre niveau de qualification, mais avec autant d'inégalités internes, la densité des sages-femmes présente des caractéristiques analogues : sur 492 "sages-femmes" dénombrées en 1786 dans les deux tiers des subdélégations, 279 (56,7 %) ne sont en réalité que des "matrones" sans aucune instruction, dont 90 % exercent dans les campagnes. Le taux obstétrical urbain, en personnel dit "qualifié", se monte donc à 4 pour 10.000, - non sans de considérables inégalités entre les villes -, contre 0,5 (en moyenne) dans les campagnes, plus défavorisées encore en Basse-Bretagne.

Ainsi, les villes de Bretagne, - moins du 1/7 de la population totale -, renferment 99 % des médecins, 65 % des maîtres en chirurgie - dont les plus qualifiés -, et 90 % des véritables sages-femmes. Inutile d'insister davantage sur le désert médical des campagnes !

De son côté, la densité hospitalière souffre, elle aussi, d'une insuffisance globale et d'une répartition analogue de la pénurie : 32 des 39 "hôpitaux de charité" recensés en 1775 sont situés au chef-lieu de la subdélégation. Sur 16 de ces 39 établissements dont on possède le nombre de "clients", miséreux et malades tout ensemble, trois seulement en accueillent 50 (4), tandis que 12 n'en reçoivent qu'entre 10 et 25. En fait, les villes importantes, souvent épiscopales, ne sont guère favorisées pour autant durant cette période : recevant nombre de déracinés, d'êtres "caducs" et de gens de passage, principalement des militaires, elles ne disposent le plus souvent que de ressources insuffisantes, si bien que le nombre de leurs hôtes stagne, faute de moyens suffisants.

La conscience de ces profondes inégalités entre citadins et gens des campagnes avait amené l'intendance, sur l'injonction du Contrôle Général, à chercher et à trouver des palliatifs d'ordre sanitaire d'un coût peu élevé (5). A

(4) Il s'agit des "hôpitaux" de Chateaulin, Quimperlé et Roscoff.

(5) L'usage des "boîtes de remèdes du Roy" remonte en Bretagne au début du 18^e siècle. Une étude sur cette question serait à envisager.

partir de 1775, l'intendance de Bretagne prend en main, réorganise l'assistance "médico-sociale" des "pauvres malades" et crée en 1787 un véritable service des épidémies. Elle tente de lutter contre la faiblesse et les incohérences du réseau sanitaire en établissements et en personnels. Assurément, elle ne peut rien contre leur insuffisance en nombre, sauf lors d'événements exceptionnels comme le typhus bretois de 1757-1758 (6) ou la "dysenterie épidémique" de 1779-1780. Cependant, il ne s'agit plus seulement, pour l'intendant et ses subdélégués, de faire distribuer les habituelles "Boîtes de remèdes du Roi", à l'usage et l'efficacité problématiques, mais de donner, à titre provisoire et gratuit, des praticiens à ceux qui ordinairement ne peuvent, ni souvent ne veulent les consulter.

Dans cette perspective de diffusion des "Lumières", l'intendance, à la suite d'initiatives venues des Etats et de quelques corps municipaux, essaie d'améliorer le niveau de l'obstétrique rurale et de recruter des élèves sages-femmes, en recourant à deux reprises aux services de l'inépuisable "Dame du Coudray" (7). De même, elle lutte, avec l'appui massif des médecins et chirurgiens patentés, contre la "charlatenie", mais sans grand succès.

De son côté, l'administration militaire, si importante en Bretagne, s'efforce d'améliorer sa politique hospitalière, après l'alerte brestoise de 1757-1758 ; mais la (Marine) Royale ne dispose que de budgets incertains et insuffisants.

(6) Cf. P. Levot, Histoire de la ville et du port de Brest, t. 2, p. 136 et suiv., cf. aussi J. Meyer, "L'enquête de l'Académie de Médecine sur les épidémies, 1774-1794", dans Etudes Rurales, 1969, n° 34, p. 20.

(7) Plusieurs chirurgiens démonstrateurs d'accouchements sont rémunérés par les Etats de Bretagne à la fin du XVIIIe siècle, tels Brionne et Dubois. Des cours gratuits d'accouchements furent alors organisés en Bretagne, avec l'appui des Etats et la collaboration de certains corps municipaux. N.B. Sur l'art et les cours d'accouchements au XVIIIe siècle, il faut attendre les résultats des recherches (thèse de 3e Cycle) entreprises par M. Gélis.

L'armée de Terre, quant à elle, entreprend de combattre deux affections très répandues dans ses rangs, la gale et la gonorrhée, sans que l'on connaisse les résultats sanitaires de cette politique.

La mise en place de ces divers palliatifs, souvent partielle et provisoire, parfois incohérente, manifeste en tout cas une volonté politique de porter remède à la soi-disant dépopulation du royaume, et à celle, bien réelle, de la Bretagne. Dans le cas de cette province, de tels palliatifs ne suffisent pas à couper les racines du mal, à cause de leur enfouissement même dans les structures économique-sociales, sanitaires et psychologiques. Ils apportent toutefois, mieux que pour la période précédente, un soulagement ponctuel et momentané, pour les plus démunis et les moins hostiles aux "Lumières" urbaines, mais aussi diminuent, dans beaucoup de cas, la propagation de certaines maladies.

Comme autrefois, dans le cas de la peste, mais cette fois avec un souci de continuité, c'est donc l'appareil administratif, à la fois civil et militaire, qui est mobilisé lors des crises épidémiques les plus graves, avec l'élite du corps médical tout entier, et particulièrement après 1776 sous l'impulsion de la Société Royale de Médecine. Il s'agit donc bien d'une tentative de "démarrage sanitaire", prématurément lancée et provisoirement manquée si on la compare aux succès des XIXe et XXe siècles, mais incontestablement, novatrice et, somme toute, pré-révolutionnaire si l'on regarde vers l'amont.

De leur côté, les meilleurs médecins et chirurgiens de Bretagne (8) apparaissent, à la fin du XVIIIe siècle, non plus comme des dogmatiques, mais

(8) Médecins et chirurgiens sont commis par l'intendance - avant 1787 - au gré des diverses "maladies épidémiques" ; à partir de 1787, ils assurent un véritable service des épidémies et sont nommés par l'intendance, selon des critères à la fois professionnels et politiques, là où il y a concurrence. Au total, 124 "Médecins et Chirurgiens des Epidémies" sont choisis par l'intendant en 1787. A. D. I et V., C. 2547.

comme des empiristes, au sens noble du terme, et des hygiénistes, faute d'une science et d'une thérapeutique suffisamment avancées. Refusant en bonne part la Tradition, ils se mettent, non sans surprise, non sans enrichissement, à l'école de la vie et de la misère. Ils découvrent ainsi, - et c'est pour beaucoup d'entre eux la découverte d'un "Nouveau Monde" -, une civilisation rurale étrange ou même étrangère, plus proche des soi-disant "ténèbres" médiévales que des "Lumières", encore hésitantes et toujours discutables de leur siècle et de leur milieu : un monde où les sueurs éliminent le mal, où la saignée est crainte ou refusée, non sans raisons, où la veillée des morts et leur ensevelissement dans l'église, l'enclos ou l'étroit cimetière paroissial demeurent des coutumes sacrées et donc intangibles, où règnent une certaine familiarité avec un au-delà en prise directe avec le monde des vivants, mais aussi une certaine résignation, peut-être "extra-mondaine", face aux affres de la maladie et de la mort.

Pour le paysan, particulièrement pour celui de Basse-Bretagne, la surprise n'est pas moins grande ! Voir arriver jusque chez lui cet étranger qui ne parle que français, ce bourgeois monté à cheval qu'il n'avait fait que croiser sur le chemin du manoir, ce médecin, dont il ne sait rien, sinon la figure et le vêtement, qui frappe à sa porte accompagné du Recteur, qui le questionne sur sa santé, mais aussi sur la récolte, l'eau et le cidre de la ferme et qui repart en promettant d'envoyer gratuitement, bouillons et médecines !

L'attitude psychologique et l'état physique de ces "pauvres malades", soumis aux endémies et aux épidémies, atteints de mal - et de sous-nutrition chronique, présentent les caractéristiques d'un certain "sous-développement" rural, à la fois matériel et socio-culturel. Autant de chocs donc pour l'homme des villes, et de circonstances atténuantes ou d'excuses pour les nombreux échecs de la médecine officielle ; autant de succès aussi pour le "charlatanisme", confrontés tous deux à la lourde morbidité bretonne de la fin du XVIIIe siècle.

Face à face donc, une mince "élite éclairée" forte d'environ 120 médecins, 700 chirurgiens et 350 sages-femmes, aidée de 2 à 300 bénévoles, laïques et

ecclésiastiques. 2.300.000 habitants, dont une moitié minée par les déficits et les carences de leur "régime" alimentaire, tenaillés par les endémies habituelles (paludisme (8 bis), typhoïde, tuberculose), assaillis par de brutales épidémies. Mais, combien de clients "possibles" ? Peut-être 3 à 400.000, appartenant aux classes aisées et principalement au monde urbain, sauf en temps de grande épidémie, comme en 1779 où 30.000 "pauvres malades" sont secourus grâce à l'intendance.

En dépit de ces faibles moyens, l'intendance tente de peser sur les structures socio-économiques, en utilisant secours alimentaires et praticiens. Dans cette entreprise ambitieuse, le rôle (bénéfique) de chaque "facteur" reste délicat à apprécier : apport indéniable, mais souvent non contrôlable, des secours alimentaires, combat difficile mené contre le charlatanisme le plus éhonté et surtout le plus dangereux, conseils d'hygiène de valeur incontestable mais d'application variable, talent reconnu et, pour la première fois, socialement utilisé d'une minorité de bons praticiens. Le cumul de ces divers "facteurs", ajouté à la raréfaction (géographique et statistique) des véritables crises de subsistances explique assurément à la fois le déficit naturel breton de 1770 à 1787 et sa relative modicité (9) par rapport à 1741. Entre les crises du milieu et de la fin du siècle une évolution timide mais favorable se dessinerait donc, même en Bretagne.

Du côté des épidémies, la Bretagne, comme le reste du royaume connaît alors la chance d'éviter peste et choléra. Toutefois, elle doit faire face aux endémies "ordinaires" et à certaines épidémies, typiques d'une région "en voie de sous-développement": à l'état endémique, un paludisme en voie de régression, une

8 (bis) A propos du paludisme en France aux XVIIIe et XIXe siècles, cf. Dr J. Callot, "Un problème complexe : la régression du paludisme en France", dans Annales E. S. C., juillet-septembre 1947, n°3, p. 328-335.

(9) Le déficit "naturel" global atteindrait, de 1770 à 1787, 82.000 (migrations exclues) soit 3,4 %. La Bretagne compterait 2.380.000 habitants vers 1770 contre 2.300.000 vers 1787. Cf. carte jointe, les secteurs démographiques excédentaires (entre 1770 et 1787).

tuberculose en expansion, une typhoïde et une variole quasi-permanentes ; par vagues épidémiques de taille très variable, le typhus exanthématique, en déclin après l'alerte de 1757-1758, la dysenterie bacillaire (et les shigelles), "extraordinaire" en 1779-1780, "ordinaire" vers 1765 et 1775. Tels sont alors les principaux aspects de la morbidité et de la mortalité bretonne.

Que représentent-ils au point de vue démographique ? Deux réponses : l'une générale et imprécise, l'autre partielle et révélatrice. Tout d'abord, les principales maladies infectieuses (repérées) amènent soit la mort du malade, soit un affaiblissement passager ou durable ; dans ce dernier cas, elles en font un terrain d'élection pour d'autres affections (10), autrement dit "un meilleur candidat au décès" ... Par ailleurs, les malades issus des groupes sociaux défavorisés paraissent fournir, en règle générale, un contingent de défunts relativement plus important. Enfin, ce sont les tranches d'âge les moins résistantes qui sont le plus touchées : les moins d'un an, puis les jeunes de 15 à 20 ans, enfin les adultes de 30 à 40 ans (11).

Au-delà de ces truismes, quelle maladie atteint plus particulièrement telle ou telle tranche d'âge ? Pour la "petite vérole", au diagnostic considéré comme sûr (ou presque), qu'elle soit naturelle ou contractée à la suite d'inoculations imprudentes (12), les enfants, surtout les moins de 10 ans (13). Pour les autres

(10) Un régime alimentaire déséquilibré, trop riche en glucides et trop pauvre en protides (et en lipides) ne favorise pas la robustesse des individus ! Il contribue à l'apparition ou à la permanence de la tuberculose. En outre, paludisme et tuberculose, à l'état endémique, accroissent la réceptivité de l'organisme à des maladies infectieuses comme certaines dysenteries et typhoïdes.

(11) La répartition par sexe des décès pour cause de "dysenterie" marque un excédent de décès féminins vers 30-35 ans dans la paroisse de Quedillac. A.D.I. et V., C. 2543. Plusieurs mémoires de Maîtrise sur les épidémies en Haute-Bretagne de 1760 à 1790 seront soutenus en 1973 à Rennes, sous la direction de F. Lebrun.

(12) En 1786, le subdélégué de Chateaubriant écrit : "... Il est impossible de se servir de l'inoculation dans les campagnes et parmi le peuple qui n'a pas de commodités et les facultés suffisantes. C'est une opération qui n'est profitable qu'aux riches et tout à fait préjudiciable aux pauvres. Un riche se fait inoculer, et il répand presque toujours la maladie dans le canton où il se fait inoculer..." A.D.I. et V., C. 1435. Dénonciation analogue de risques de contagion et de mortalité dans le cas

"maladies épidémiques", au diagnostic d'un degré de probabilité variable, la question reste encore posée : toutefois, le recours aux registres paroissiaux, une étude sociale même rapide, et la confrontation avec des archives médicales suffisamment détaillées devraient permettre d'avancer dans cette voie. A travers quelques indications, minces et éparses, il semblerait que la "dysenterie épidémique" de 1779 ait atteint non pas les enfants mais les jeunes et les adultes (hommes et femmes également) de 15 à 40 ans, si bien que l'on se demande s'il s'agit d'une authentique dysenterie bacillaire, malgré la lecture de plusieurs descriptions tout à fait symptomatiques ! Autre réserve : comme les chirurgiens des épidémies n'inscrivent pas toujours les enfants qu'ils ont soignés dans les mémoires qu'ils adressent au subdélégué, et parce que les "vieillards" ne sont guère nombreux, il faut se garder de toute affirmation prématurée. Enfin, les "maladies épidémiques" repérées ne sont souvent que la masse émergée, visible et étudiée, de "l'iceberg", même si elles renvoient aux endémies sous-jacentes.

Seconde réponse, centrée sur l'épidémie dysentérique de 1779-1780, qui fournit environ le tiers de l'excédent total des sépultures bretonnes de 1770 à 1787 (14). Meurtrière, elle règne sans partage ni concessions aux habituelles crises de subsistances - larvées - de la période ; elle "monte" et se répand rapidement pendant l'été, s'assoupit de décembre à janvier, pour reprendre modérément en février

(12 suite) de Fougères, Brest et Nantes. Sur ce sujet, cf. G. Rannou, La lutte contre la variole en Basse-Bretagne au XIXe siècle, Thèse de Médecine, Nantes, 1962.

(13) Cf. Duvillard du Lemay, Analyse et tableaux de l'influence de la petite vérole sur la mortalité à chaque âge, . . . , Paris, 1806. Cf. aussi J. Bourgeois-Pichat, "Evaluation de la population française depuis le XVIIIe siècle", dans Population, n°4, 1951, p. 651 et suiv., sur la mortalité variolique avant 1789 à Genève et de 1817 à 1826 à Paris.

(14) 132.000 sépultures - environ - en 1779, contre une moyenne de 90.000 entre 1770 à 1787 ; déficit "naturel" total de 1770 à 1787 : 82.000 environ. Sur la dysenterie de 1779, cf. l'article de F. Lebrun, dans Mélanges publiés en l'honneur de Marcel Reinhard, p. 403-415. D'autres grandes épidémies de "dysenterie" ont sévi en Bretagne au cours du 18e siècle : en 1741 et 1765. D'autres, locales et moins meurtrières, marquent les années 1749, 1769-1770, 1774-1775-1776, 1782-1783 et 1786-1787. Le 19e siècle breton connaît, lui aussi, des "dysenteries épidémiques", no-

et mars et disparaître. Sa propagation apparaît clairement en Bretagne : au début de l'épidémie, vers le 20 juillet (1779), deux foyers s'allument dans les subdélégations de Concarneau et de Lamballe. Un mois après, la dysenterie a gagné 16 subdélégations et durement touché une cinquantaine de paroisses rurales, de même que plusieurs bourgs et villes de la côte Sud et de l'intérieur, alors que, sur la côte Nord, elle se limite encore aux campagnes. Vers le 20 septembre, elle sévit dans 28 subdélégations (15), submerge toutes les villes, gagnant vers l'Ouest jusqu'à proximité de Brest, vers l'Est jusqu'aux portes de Vitré.

Elle court donc, pour autant qu'on le sache, le long des deux principaux axes routiers et économiques de la province ; mais elle se propage en même temps par larges taches concentriques, amenant un déficit "naturel" jusque-là inconnu dans des régions côtières le plus souvent favorisées, accentuant enfin le bilan déficitaire de la plupart des "pays" de l'intérieur.

Or, cette épidémie de 1779 n'est pas seulement remarquable à cause de la rapidité et de la direction de sa propagation ; elle l'est aussi par la vigueur de son taux de léthalité moyen apparent : près de 13 % (16) malgré de très considérables variations régionales (de 0 à 37 %), sans lien direct ni avec les tempéraments démographiques de la Bretagne, ni avec sa géographie des climats, des subsistances et des "disettes".

Mais l'épidémie majeure de 1779 ne doit pas masquer le laminage constant causé par les endémies locales ou régionales ; et, cette fois, typhoïde et dysenterie des années 1765, 1775 et 1785 coïncident avec des moments d'intempéries et de "cherté". Elles entraînent alors des déficits naturels annuels assez impressionnants, généralement situés durant la saison (dite) chaude, moissonnant de préférence les êtres fragiles ou affaiblis : enfants sevrés, femmes usées par le tra-

(14 suite) tamment vers 1812-1815 et vers 1880. Cf., pour comparaison, les articles de M. A. Arnould et de R. Darquenne.

(15) D'après la statistique des "pauvres malades" secourus par l'intendance en 1779. A. D. I. et V., C. 2543.

(16) D'après la même source, 4397 morts sur 34.205 "pauvres malades" secourus en 1779.

vail des champs et des grossesses répétées, adultes tôt vieilliss, déjà minés par la malnutrition, mais aussi par le paludisme ou la tuberculose.

Le poids démographique des épidémies et des endémies, considérable dans la mortalité globale, eût été probablement plus lourd, sans l'intervention conjointe de l'Etat et de la Médecine. Malgré ses faiblesses et ses lacunes, malgré la province même, les thérapeutiques préconisées, en dépit d'une application restée partielle, ne furent pas inefficaces. L'élite médicale dépêchée par l'intendance en temps d'épidémie auprès des "pauvres malades", joua un rôle bénéfique, puisque même s'il faut répéter cette platitude, elle aida la nature à triompher du mal.

De leur côté, paysans et bourgeois tentent, à leur façon, d'éliminer la maladie, principalement par l'excès de vin ou d'alcool, ou encore par l'usage des "simples", ou à l'aide des fameux "remèdes de bonne femme", qu'il faudra un jour étudier avec sérieux... Contribuant donc à la même oeuvre par des chemins parallèles, médecins "éclairés" et empiriques de tout bord ne peuvent s'ignorer ni s'entendre, particulièrement à l'époque de la "médecine pratique".

Par conséquent, trois faits limitent la portée des "mortalités" de type endémo-épidémique, hormis l'isolement et le cloisonnement relatif de cette province : certains des malades les plus démunis sont soignés ; ils le sont à domicile, évitant, dans une certaine mesure, de se transformer en agents actifs de propagation ; les thérapeutiques, officiellement ordonnées et partiellement mises à profit, sont meilleures, en tout cas moins nocives qu'au début du siècle.

Avec de faibles moyens, la Médecine et l'Etat essaient donc, sans toujours en avoir bien conscience, de briser le "cercle vicieux" d'un sous-développement matériel et socio-culturel grandissant. Analysée en 1973, la tentative se révèle étonnamment précoce, mais aussi d'une criante actualité : il serait absurde

de vouloir faire le procès d'une telle politique sanitaire.

A défaut d'une véritable refonte du système hospitalier, d'une authentique révolution d'origine sociale ou médicale, les palliatifs adoptés et les réformes amorcées conservent leur intérêt et leur portée : permettant, sur le moment, un amoindrissement de la mortalité générale, grâce à la "fabrication" de petites endémies locales, à caractère typhique (17) ou dysentérique.

En dehors de leur incidence propre, se produit alors en Bretagne une baisse de l'influence des crises de subsistances sur la mortalité, principalement entre 1745 et 1765 et de 1775 à 1784. Heureusement les deux cycles, alimentaire et "épidémiologique" ne coïncident pas à la fin du XVIII^e siècle, à la différence de la grande crise de 1739-1743, encore mal connue pour la Bretagne, malgré son intérêt et sa probable originalité (18). En effet, leur évolution différentielle de 1745 à 1790 autorise d'abord une brève période de récupération, que vient enrayer le typhus brestois de 1757-1758. Ensuite, disettes et chertés, plus longues et plus répétées, vers 1768-1775 et vers 1785-1789, sont accompagnées d'accès épidémi-

(17) Le typhus brestois de 1757-1758 resta longtemps connu sous le nom de "maladie de Brest". Il sévit à plusieurs reprises et avec une intensité variable dans plusieurs secteurs des actuels départements du Finistère et des Côtes-du-Nord, de 1773 à 1776, en 1779, en 1785-1786, en 1820-1821 et de 1872 à 1874. Sources : A.D. I. et V., C. 1339, 1380, 2536 à 2546 ; fonds privé du Dr A. Rouault de la Vigne relatif à son ancêtre le Dr L. M. Lavergne ; Histoire et mémoires de la Société royale de Médecine, année 1780, p. 45-60 et 151 ; Archives du port de Brest, 1. A. 4 - 1. A. 12, 1. A. 60, 1. A. 150 et 1. A. 151 ; A. D. Côtes du Nord, ms (n° 12) du Dr J. L. Bagot ; Bibliothèque de l'Académie nationale de Médecine, ms. 159, "Epidémie de typhus de Rouisan et typhus endémique du Finistère", par le Dr Gestin, 1875.

(18) Cf. J. Delumeau, "Démographie et mentalités : la mort en Anjou (XVII^e - XVIII^e siècle)", dans Annales E.S.C., n° 6, nov - déc. 1972, p. 1398-1399. Pour ma part, je renvoie à l'esquisse tentée dans ma thèse de 3^e cycle, p. 734 - 736, et je tiens à souligner à la fois l'originalité et la répartition géographique très variable de la crise de 1739 - 1743 dans la Bretagne prise dans son ensemble.

ques, ordinaires compagnons de la misère. En revanche, c'est la dysenterie qui frappe durement en 1779 - 1780, puis en 1782 et 1784 la grippe pulmonaire, liées ni à la conjoncture des prix ni même à celle du climat. L'histoire pathologique, en tout cas épidémiologique, possède donc son originalité et sa périodisation ; elle est autonome, bien que dépendante. Cette topographie médicale de la Bretagne se révèle donc conforme, sauf exception (19), au schéma classique : la corrélation paraît bien établie entre sous-développement ou, si l'on préfère, déclin économique et misère sociale, régime démographique encore proche du type ancien (avec des "mortalités" davantage épidémiques que frumentaires) et situation médico-sanitaire généralement déplorable, malgré des améliorations ponctuelles.

Telle est donc la Bretagne, principalement rurale, qui va refuser la Révolution, qui ignorera la première révolution industrielle, sauf pour lui apporter, grâce à sa fécondité, une nécessaire main d'oeuvre. Elle reste ainsi à l'écart des grands bouleversements de 1720 à 1880, tout d'abord trop méridionale (au Sud de la ligne Saint-Malo-Genève), ensuite trop occidentale et finistérienne. C'est dire combien elle s'inscrit dans la "longue durée", brise les cloisonnements de la chronologie académique et connaît une évolution originale.

Jean Pierre GOUBERT.

(19) Cf. sur la carte jointe, la partie orientale de la Bretagne.

DISCUSSION

M. Garden remercie M. Goubert et retient que sa communication marque un enrichissement très net des études sur la mortalité depuis le Colloque de Liège de 1963 où ne s'envisageait que le rapport subsistances - mortalité. On sait aujourd'hui qu'il peut y avoir des crises de mortalité indépendantes du système alimentaire. Il déplore que le Sud-Est ne conserve pas d'archives médicales aussi riches qu'en Bretagne : la société royale de médecine de Lyon, n'a jamais répondu aux enquêtes lancées par la Société Royale de Médecine de Paris. Il insiste sur les difficultés que rencontre le chercheur pour identifier et délimiter le milieu médical à cause de la différence entre les villes et les campagnes. On peut saisir l'implantation urbaine à l'aide des listes de médecins, mais on ignore tout des campagnes. Seuls les écrits des médecins eux-mêmes apporteraient un témoignage sur celles-ci ; à Lyon de nombreux praticiens ont laissé des ouvrages sur leur pratique dans les régions voisines de Lyon où ils se rendaient pour observer certaines épidémies.

M. Goubert peut préciser ce réseau médical breton car il dispose pour la Bretagne de l'enquête de 1786 qui est intacte au niveau paroissial, pour les dix généralités. Il est ainsi certain qu'en Bretagne intérieure aucun véritable médecin n'exerçait.

A une autre question de M. Garden concernant le niveau social des malades, M. Goubert dit n'avoir pu obtenir que des indications éparses. Les livres de marque des médecins sont le plus souvent dans des archives privées. Quand il a pu en consulter il lui a fallu rechercher la capitation des malades pour préciser leur niveau de fortune.

M. Abbiateci a trouvé dans les archives de la Côte-d'Or l'enquête de 1786 qui mentionne le passage de la "dame du Coudray" qui, avec sa fille et son

gendre, animaient une école itinérante d'obstétrique.

A Mme Boucher et M. Lorcin qui voudraient avoir des précisions sur les rapports entre commerce colonial et épidémies (M. Lorcin s'appuie sur les jugements de Michelet "Nantes n'est qu'un gémississement"), M. Goubert répond que Nantes n'était pas plus insalubre qu'une autre ville de Bretagne, qu'elle avait même de nombreux médecins et plusieurs hôpitaux ; celui très proche de Paimbœuf constituant une amorce de cordon sanitaire. Il précise que deux thèses de médecine soutenues récemment à Nantes font état d'hôpitaux négriers, et qu'à bord des bateaux-négriers il y avait toujours un médecin, chargé de conserver cette valeur marchande que représentaient les nègres. M. Lequin pense que Michelet s'appuyait sur des sources misérabilistes, en particulier sur le témoignage du docteur Guépin.

Mme Lorcin voudrait connaître le rôle du clergé dans cette intervention sanitaire et, en particulier, savoir si celui-ci avait un niveau intellectuel suffisant pour être efficace. M. Goubert s'appuie sur une enquête de l'Institut de Recherches Historiques de Rennes analysant les rapports des curés qui témoignent d'un niveau suffisant. Les subdélégués reconnaissent d'ailleurs qu'il ne fallait inculquer que des principes très simples : aérer les pièces, ne pas donner trop d'alcool, ne pas "crotter sur place", séparer les malades des biens-portants. C'est environ 5 à 10 % des curés qui avaient ainsi le souci d'assistance médico-sociale. Ce souci nous apparaît bien relatif, d'ailleurs, quand l'on sait qu'une coutume bretonne voulait que le mort assistât à la messe du dimanche, et que dans certaines paroisses on dut la faire cesser autoritairement, à Lesvenen par exemple.

MM. Goubert et Garden s'engagent ensuite dans un débat portant sur l'évolution générale de la situation sanitaire de la Bretagne au XVIII^e siècle. Y a-t-il eu ou non progrès ? L'évolution est-elle semblable à celle de l'Anjou voisin ? M. Garden souligne que 1740-1765 est une période faste d'excédent de population qui est peut-être la conséquence d'une amélioration sanitaire. M. Goubert

pense que la situation très mauvaise de l'Anjou, comme celle de la Bretagne, n'a pas empêché certains progrès, dus à la médecine, à l'hygiène, à l'alimentation entre autres.

Mme Lorcin soulève la question de l'alcoolisme. M. Goubert n'a pas constaté de dénonciation générale de l'alcoolisme. Si le Finistère détient actuellement le record de la consommation française d'alcool, cette situation a du être héritée du XIXe siècle plutôt que du XVIIIe, bien que cela reste à prouver. Au XVIIIe siècle, la consommation d'alcool ne semble excessive que pour les malades qui en font systématiquement un médicament. Dans le cas de la dysenterie, les médecins prescrivaient une légère saignée au pied et au coude, puis si la maladie persistait, un purgatif puis un vomitif. Quelques uns seulement, du quinquina.

M. Lequin demande si le diagnostic de la tuberculose était certain parce qu'il a constaté sur les registres de conscription qu'en 1830, à Lyon, aucun conscrit n'est dit tuberculeux alors qu'en 1880 la maladie est proliférante parmi eux. M. Goubert pense que le diagnostic breton était sérieux.

A M. Peyrot qui l'interroge sur la progression des épidémies, M. Goubert répond qu'il a pu établir des cartes à partir des renseignements fournis aux chirurgiens par les curés qui indiquaient les malades qu'ils avaient secourus et la date du début de leur maladie.

Les interventions de MM. Lorcin, Garden, Dontenwill portent sur l'alimentation. La zone de seigle du Centre de la Bretagne, déterminée à l'aide d'enquêtes de l'Intendance correspond à une zone de pauvreté. La consommation de la viande est difficile à appréhender. La zone périphérique est celle de la consommation des poissons et coquillages, et des terres fertilisées par le goémon. Les seules archives concernant la consommation alimentaire sont celles des couvents ou des communautés qui ne permettent pas de généraliser. Les inventaires après décès qui parfois peuvent donner des précisions sur les garde-manger ne tiennent pas compte de la consommation.

L'élevage breton est très peu développé. La possession d'un ou deux cochons reste l'exception. La domination des castes, haute noblesse et bourgeoisie empêche une généralisation de l'élevage. Les œufs jouent peut-être un rôle. Des recherches seraient à entreprendre. On peut déjà dégager certains points avec les Archives de l'Académie de Médecine, il faudrait généraliser.

En conclusion, M. Garden souhaite que des études comparables à celles de M. Goubert puissent être menées à bien dans d'autres régions.

