



L'HISTOIRE AUJOURD'HUI

NOUVEAUX OBJETS, NOUVELLES METHODES

Carl HAVELANGE

Comment naissent les élites: Le cas des médecins liégeois

SECTION D'HISTOIRE

3, place Cockerill, 2e étage, 4000 LIEGE
Tél. 041/42.00.80, ext. 383 (Secrétariat)

SOMMAIRE

I. POUR UNE HISTOIRE DE LA PROFESSION MEDICALE

- A. La tradition scientifique
- B. Médecine, culture et société

II. LA CORPORATION ET L'ETAT

- A. L'Ancien Régime médical
- B. Les médecins et la société
- C. L'unification institutionnelle du corps médical

III. PLETHORE ET MEDICALISATION

- A. Le discours médical
 - 1. Les pouvoirs publics et l'enseignement supérieur
 - 2. Médecine et santé : le sens du Progrès
 - 3. Sacerdoce, prestige et rémunérations
- B. Une mesure de la médicalisation
 - 1. Les effectifs de la population médicale
 - 2. Les taux de médicalisation

IV. L'EXERCICE ILLEGAL DE L'ART DE GUERIR

Dans le cadre d'un cycle de conférences intitulé "L'Histoire aujourd'hui. Nouveaux objets, nouvelles méthodes", il semble opportun de s'expliquer rapidement sur la nature du sujet proposé et sur la manière dont l'historien peut l'aborder. Pourquoi s'intéresser en effet à la profession médicale, c'est-à-dire au groupe des praticiens, plutôt qu'à la genèse des découvertes scientifiques ?

En matière d'histoire de l'art de guérir, n'est-il pas amplement suffisant de savoir, par exemple, qu'Edward Jenner, en découvrant la vaccine, est à l'origine de l'éradication planétaire d'un des premiers facteurs de mortalité d'Ancien Régime - la variole - qui, à la fin du XVIIIe siècle, tuait annuellement en France 50.000 à 80.000 personnes ? N'est-il pas encore suffisant de savoir qu'après la seconde guerre mondiale, l'introduction des antibiotiques dans la pharmacopée a permis de lutter enfin efficacement contre les deux grands fléaux du XIXe siècle : la tuberculose et les maladies vénériennes ?

A. La tradition scientifique

C'est, en effet, l'optique la plus courante de l'histoire de la médecine, qui, jusqu'à une date récente, prenait à elle seule en charge l'ensemble des problèmes historiques posés par l'art de guérir. Chronologies érudites des découvertes scientifiques, la plupart des histoires classiques de la médecine réservent une place trop modeste au thème de la profession médicale. En fin de parcours, quelques lignes ou, au mieux, quelques pages suffisent en général à exprimer cette idée maîtresse : aux progrès scientifiques de l'art de guérir s'associe, comme une conséquence nécessaire, la position sociale toujours mieux affirmée du médecin. Aux Diafoirus prétentieux et hermétiques du XVIIe siècle, pour reprendre une image éculée, sont opposés les praticiens du XIXe siècle, courageux soldats du Progrès, luttant avec acharnement contre un monde d'obscurantisme et de superstitions qui porte encore les stigmates de la société pré-scientifique (1).

Dans une telle perspective, médicaliser c'est mobiliser dans les rangs du Progrès une élite intellectuelle et sociale - le corps médical - qui se fait ainsi, à tous les échelons de sa hiérarchie, le lumineux instrument de la Vérité. Le trait est à peine forcé, tant l'histoire traditionnelle de la médecine est imprégnée de l'idéologie du progrès triomphant. La priorité est ici unanimement reconnue à la notion de découverte ou de loi scientifique dont les hommes ne sont jamais que les interprètes, tantôt heureux et tantôt malheureux. La société est alors réduite au simple rôle de frein ou d'incitateur à l'activité scientifique et à sa traduction en pratique professionnelle.

B. Médecine, culture et société

Cette histoire de la médecine, dont les contours viennent d'être trop rapidement évoqués, est traditionnellement le fait de médecins érudits heureux d'évoquer le passé de leur discipline et de poser les jalons de son devenir. Depuis les années 1940-1950, cependant, une autre tendance de l'historiographie médicale commence à se manifester.

D'une manière générale, elle correspond à l'intérêt croissant porté, non plus par les seuls médecins, mais surtout par les praticiens des sciences humaines à l'histoire de l'art de guérir. Historiens, sociologues, philosophes et anthropologues, progressivement libérés des a priori scientifiques, ont abordé l'histoire de la médecine d'une manière radicalement différente. Ils inversent en quelque sorte l'ordre des priorités et considèrent désormais la médecine comme un phénomène irréductiblement culturel.

A cet égard, l'influence de l'anthropologie est décisive. Pour les anthropologues, en effet, aucune société ne peut faire l'économie de savoirs et de pratiques destinés à prendre collectivement en charge les problèmes posés par la maladie. A chaque société sa médecine, en quelque sorte. Les doctrines et les systèmes médicaux acquièrent ainsi une signification qui dépasse largement la logique d'une simple distinction entre l'ivraie et le bon grain d'une vérité scientifique supposée intemporelle. C'est, chaque fois, toute la culture et tout le corps social qui se reflètent nécessairement, comme en un jeu de miroirs, dans les institutions médicales. La médecine en ce sens est d'abord un fait culturel. Parce qu'elle illustre un souci majeur et une tentative commune à chaque collectivité, elle devient ainsi, avec quelques autres institutions, fondatrice de toute culture.

Un des premiers grands travaux que l'on peut rattacher à cette nouvelle tendance de l'historiographie médicale est dû à un philosophe des sciences, Georges Canguilhem, qui a publié, en 1943, sa thèse de doctorat en médecine sous le titre "Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique" (2). Dans cet ouvrage, Canguilhem montre combien les notions de normal et de pathologique, pierres angulaires de toute thérapeutique, sont tributaires des sociétés et des époques dans lesquelles elles s'épanouissent. Il montre ainsi - s'opposant explicitement à l'historiographie traditionnelle - combien il est illusoire de prétendre écrire "l'histoire naturelle d'un objet culturel". Canguilhem a fait école et a profondément influencé toute une génération de philosophes mais aussi d'historiens et de sociologues.

Les historiens, précisément, ont rapidement pris le relais. D'abord dans le domaine de l'histoire des sciences proprement dites, en remplaçant l'étude des doctrines médicales dans leur contexte intellectuel, social et culturel. Désormais, la genèse d'une découverte scientifique ou la pertinence d'une théorie médicale ancienne ne s'évaluent plus grâce aux seuls critères contemporains du vrai et du faux, mais à la lumière de leur propre historicité. Peu importe, par exemple, à l'historien d'aujourd'hui que les théories médicales néo-hippocratiques des XVIIe et XVIIIe siècles aient été récusées par la science du XIXe siècle : le discrédit contemporain d'une théorie médicale ne l'invalide pas nécessairement aux yeux de l'historien. Il ne le dispense en tout cas pas de la comprendre en profondeur et de montrer quelles images révolues de la Nature - et donc de la Culture - elle reproduit. A cet égard, essayer d'expliquer la permanence de la tradition hippocratique pendant plus de 2000 ans est certes un problème historique tout aussi intéressant que celui qui consiste à rendre compte de son abandon depuis à peine 200 ans.

A côté de l'étude des doctrines scientifiques, l'histoire de la médecine s'est par ailleurs considérablement diversifiée. Ce n'est plus seulement le savoir qui a retenu l'attention des historiens, mais également sa diffusion par le biais des institutions d'enseignement et des filières d'apprentissage. De cette manière, les travaux précurseurs et le destin exceptionnel du scientifique de génie ont cessé d'accaparer exclusivement l'attention : les connaissances pratiques du tout-venant des praticiens sont devenues, elles aussi, objet d'histoire. On a commencé ensuite à s'intéresser non plus seulement aux connaissances des médecins, mais à leur manière d'être et de s'inscrire dans la société. Qui sont-ils, ces médecins ? De quels milieux sociaux sont-ils issus ? Que représentent-ils aux yeux de leurs patients et à leurs propres

yeux ? Comment vivent-ils et comment s'organisent les relations qu'ils entretiennent avec la collectivité ? Sans cesse se multiplient les questions de ce type et l'histoire de la médecine se fait ainsi, peu à peu, histoire sociale de l'art de guérir.

*

**

L'objet de cette conférence est de traiter, en prenant appui sur l'exemple liégeois, quelques-uns des thèmes de recherche qui appartiennent de plein droit à cette nouvelle histoire de la médecine. Trois thèmes en fait qui, par leur importance dans l'ordre du discours médical et leur incidence sur la lente évolution des structures de la profession, occupent une place de choix dans l'histoire de l'art de guérir. Ils situent par ailleurs trois niveaux de réalité sans la prise en compte desquels on ne peut porter sur le monde médical qu'un regard partiel, voire réducteur.

En repérant les structures institutionnelles de la profession, tout d'abord, on touche, bien au-delà de la sèche description d'un cadre législatif ou corporatif, l'architecture subtile au-dedans de laquelle s'articulent les relations entretenues entre la profession médicale et la collectivité. En abordant ensuite le problème de l'évolution et de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire provincial, on peut comprendre comment une même réalité - dont l'évaluation quantitative est rigoureusement objective - s'interprète différemment selon que l'on se place du point de vue des intérêts corporatifs du groupe des médecins ou de celui du projet collectif de la médicalisation. Enfin, le thème de l'exercice illégal de l'art de guérir - rapidement évoqué - permettra de mieux comprendre un des principaux écueils auxquels s'est longtemps heurté ce même souci de médicalisation.

II

LA CORPORATION ET L'ETAT

A. L'Ancien Régime médical

Sur le plan de l'organisation de la profession médicale, l'Ancien Régime est dominé par le système corporatif. Cette histoire mal connue a été partiellement éclairée, en ce qui concerne le Pays de Liège, par les travaux du Professeur Florkin (3). La documentation est particulièrement ténue pour les périodes qui précèdent le XVIII^e siècle. On sait

seulement qu'avant le sac de Liège par Charles le Téméraire, en 1468, il existait dans la cité une confrérie de médecins, chirurgiens et barbiers du nom de "Compagnie de Saint Côme et de Saint Damien". Mais toutes les archives de cette confrérie ont disparu dans l'incendie qui laissa Liège en ruine.

Si les médecins de Liège étaient formellement comptés parmi les confrères, ils ne jouaient en fait aucun rôle dans la gestion de la Compagnie et n'étaient en aucun cas soumis à son autorité. Reflétant fidèlement la distinction médiévale entre médecine - art de l'esprit - et chirurgie - art manuel -, la Compagnie avait pour but essentiel de contrôler les activités professionnelles des chirurgiens et des barbiers. Cette séparation radicale entre médecine et chirurgie, traditionnellement perçue comme un des freins principaux aux progrès de l'art de guérir, se maintiendra pendant des siècles, malgré deux réorganisations de la Compagnie, en 1525 et en 1592.

Avec le XVII^e siècle s'ouvre pour près de deux cents ans l'époque des organisations savantes et professionnelles que sont les collèges médicaux. Dans les limites géographiques de la Belgique actuelle, c'est à Anvers qu'est fondé en 1620 le premier collège médical. D'autres villes suivent le même mouvement : Bruxelles en 1650, Gand en 1663 et Liège enfin, dont le Collège médical est institué par un mandement du prince-évêque Joseph-Clément de Bavière, en date du 31 mars 1699 (4).

Le Collège liégeois est une institution importante. Seul interlocuteur légal du pouvoir principautaire en matière de santé, il est aussi le seul instrument d'organisation et de contrôle de la pratique de l'art de guérir, toutes catégories professionnelles maintenant confondues. Ainsi les médecins qui désirent s'installer à Liège doivent-ils au préalable se faire enregistrer sur les listes du Collège qui s'informe "de leur religion et bonnes moeurs" et qui examine leurs titres. Au terme de leur apprentissage, les autres praticiens - chirurgiens, sages-femmes et apothicaires - sont examinés par le Collège qui est seul habilité à juger de leurs capacités. Enfin, le Collège est chargé de surveiller la pratique de l'ensemble des professions médicales.

Par rapport aux institutions précédentes, l'originalité principale du Collège médical est de réunir sous la bannière d'une même autorité médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes. A cette particularité près, qui fait écho à la récente promotion scientifique des arts manuels de la chirurgie et de l'obstétrique, le Collège liégeois ne préfigure cependant que lointainement les organismes contemporains (XIX^e-XX^e siècles) d'encadrement des professions médicales et de surveillance

de la santé publique. En matière de maladies épidémiques, par exemple, les initiatives du collège se borneront, pendant tout le XVIII^e siècle, à proposer au prince-évêque ou au chapitre cathédral de donner aux populations l'autorisation de manger gras pendant une période de carême alors que sévit une épidémie (5). Envenimée de conflits d'autorité avec le prince-évêque, toute l'activité du Collège apparaît encore comme une entreprise de défense des intérêts corporatifs des praticiens de l'art de guérir. A cet égard, si l'on voulait vraiment établir une filiation avec des institutions contemporaines, c'est à la création des syndicats médicaux à l'extrême fin du XIX^e siècle ou à celle, en 1933, de l'Ordre des médecins, qu'il faudrait rattacher le collège liégeois et non à la mise en place, dès après la période révolutionnaire de la fin du XVIII^e siècle, des structures d'encadrement modernes de la profession médicale. Enfin, sur le plan géographique, l'influence du Collège des médecins ne dépasse pas réellement les bornes de la ville de Liège.

Le Collège des médecins poursuit ses activités pendant tout le XVIII^e siècle, sans que l'on trouve dans ses archives l'écho des premiers troubles révolutionnaires. Institution secondaire, à l'échelle tout au moins d'un Etat d'ancien régime, les activités du Collège ne sont guère troublées par la révolution liégeoise. Il en ira tout autrement avec l'importation autoritaire dans nos régions des nouvelles institutions de la France républicaine. Le 27 juillet 1794, l'armée de Jourdan est à Liège. Un an plus tard, le 9 vendémiaire an IV (1^{er} octobre 1795) un décret de la Convention nationale incorpore à la France les anciens Pays-Bas autrichiens ainsi que le pays de Liège. Désormais, nous ferons partie, et pour une vingtaine d'années, de la Grande Nation.

Dès l'arrivée des Français à Liège, le Collège des médecins disparaît, emporté par le décret républicain qui supprime les corporations de métiers et proclame la liberté de toutes les professions. Avec lui disparaît aussi l'ancien régime médical et s'ouvre la période véritablement moderne de l'histoire de la médecine.

B. Les médecins et la société

Le 9 brumaire de l'an IV (10 novembre 1795), un arrêté des Représentants du peuple rend applicable à nos régions l'article 7 du décret du 2-17 mars 1791 sur la patente : "Il est libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle

trouvera bon, mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente". Dès lors, l'exercice de la médecine et de la chirurgie devient légalement accessible à tout citoyen. Il n'est plus exigé de titre de capacité et la profession n'est plus surveillée par aucune institution qualifiée : au public de faire la différence entre le praticien compétent et le médocastre ignorant.

Cette situation ne va cependant pas durer plus d'une dizaine d'années. Rapidement, la France républicaine, en ce domaine comme en tant d'autres, restreint singulièrement le sens de sa devise fièrement arborée : "Liberté - Egalité - Fraternité" certes, mais comment fixer la frontière entre la liberté et l'anarchie ? De la réalité d'une guerre quasi permanente naît un Etat fort et centralisé, capable de soumettre autoritairement les destins individuels aux impératifs de la conquête. Par ailleurs, l'expérience militaire donne aussi tout son sens à la notion de santé publique, fraîchement éclos de la philosophie des Lumières. Comment tolérer, en effet, le libre exercice de l'art de guérir lorsque de la bonne organisation des services de santé peut dépendre la victoire des armées ?

Dès lors, la liberté devient synonyme d'anarchie et c'est, précisément, en faisant appel à une rhétorique toute militaire qu'un membre de la Section de l'Intérieur invite, en 1803, le Corps législatif à voter une loi destinée à réorganiser la pratique de l'art de guérir :

"Après une horrible anarchie, pendant le long silence des lois, le désordre a gagné de toutes parts et s'est établi dans le domaine de l'art de guérir. Des hordes d'empiriques assiègent les places dans les cités, se répandent dans les bourgs, dans les campagnes et portent partout la désolation et l'effroi. Vous ferez cesser cette calamité publique, vous mettrez un terme au brigandage qui règne. A sa place, vous établirez la puissance de cet art qui, soit par son ancienneté, soit par l'importance et la dignité de son objet, soit par son utilité, ne le cède à aucun autre" (6).

Le message est entendu. Le 19 ventôse de l'an XI (10 mars 1803), une loi institue un nouveau régime médical, adapté à l'univers social et politique issu de la Révolution de 1789 (7). Cette loi établit le principe, désormais immuable, du monopole des professions médicales par une catégorie restreinte de praticiens légalement autorisés.

La nouvelle législation française institue plusieurs titres légaux qui s'inscrivent dans une structure hiérarchique. Au sommet de l'édifice tout d'abord, deux grades supérieurs, ceux de docteur en médecine et de docteur en chirurgie. La formation de ces praticiens est assurée par les écoles spéciales, ultime degré de l'enseignement français qui

deviendront, à partir de 1806, les facultés de médecine de l'Université impériale.

À côté des docteurs universitaires, s'institue un second ordre de praticiens, les officiers de santé, destinés à répondre aux besoins reconnus de la médicalisation des campagnes. Leur formation n'est pas aussi soignée que celle des médecins : il s'agit de donner à ces praticiens inférieurs les connaissances élémentaires qui leur permettront, rapidement et à peu de frais, de faire figure de médecins. Au terme de quelques années d'apprentissage ou d'un cycle d'études court, les aspirants au titre d'officier de santé sont interrogés par un jury médical, institué au chef-lieu de chaque département. Du point de vue des compétences qui leur sont légalement reconnues, seuls deux éléments les distinguent des docteurs. D'une part, ils ne sont pas admis à exercer leur art au-delà des limites du département où ils ont été reçus; d'autre part - limitation plus formelle que réelle - ils ne peuvent entreprendre de grandes opérations chirurgicales que "sous la surveillance et l'inspection d'un docteur" (8). Les officiers de santé apparaissent ainsi comme de véritables "omnipraticiens", habilités à exercer l'art de guérir dans presque toute son étendue.

Médecins des pauvres et médecins des riches donc : la France institue pour tout le siècle une médecine de classe, reflétant fidèlement les oppositions entre la bourgeoisie et le peuple. Plus généralement, la loi de ventôse inaugure encore une nouvelle problématique de la profession médicale. L'Etat, désormais justifié par la notion nouvelle de santé publique, organise et contrôle l'exercice de l'art de guérir. C'est ici le début du dialogue, souvent mouvementé et toujours actuel, entre le pouvoir politique et la médecine libérale.

Quelques années plus tard, en 1818, après la chute de l'Empire français et alors que nos régions sont placées sous l'autorité de Guillaume Ier, le régime hollando-belge promulgue une nouvelle loi sur l'art de guérir (9). Sans rien changer à l'esprit de la législation française, elle lui apporte cependant un certain nombre de modifications.

Tout d'abord, les grades universitaires sont portés au nombre de trois : le doctorat en médecine, d'une part, par lequel tous les praticiens universitaires doivent nécessairement passer; le doctorat en chirurgie et le doctorat en accouchement, d'autre part, qui constituent une forme de spécialisation du doctorat en médecine, obtenue au terme de quelques épreuves supplémentaires. En ce qui concerne les praticiens universitaires, il faut rappeler par ailleurs que la création, en

1817, de l'Université de Liège assure enfin la possibilité d'une reproduction réelle du corps médical de la province.

D'autre part, le législateur hollando-belge supprime l'officiat de santé, mais il maintient un second ordre de praticiens en créant les grades de chirurgien de ville, de chirurgien de campagne et d'accoucheur (10). Comme en 1803, c'est bien évidemment le même pragmatisme social et le même souci de médicalisation des campagnes qui préside à la création de ces nouveaux grades légaux.

Enfin, les jurys médicaux sont supprimés et remplacés par une nouvelle institution, les Commissions médicales provinciales, qui constituent la clé de voûte de la législation hollando-belge en matière d'art de guérir. Organe de l'administration publique, les commissions médicales sont l'instrument d'application de la loi nouvelle. Par elles, le gouvernement se donne les moyens de ses ambitions : l'uniformisation et la prise en charge par l'Etat de la profession médicale et de la santé publique. Aucune question relative à l'art de guérir ne leur est étrangère : réception des praticiens inférieurs, contrôle de la pratique professionnelle, surveillance de la santé publique. Elles apparaissent comme la courroie de transmission entre l'Etat et le monde des praticiens, désormais unis en une organisation commune.

. *
* *

Ainsi, à la veille de la révolution belge, les statuts de la profession médicale se sont considérablement modifiés. D'une organisation de type corporatiste, repliée sur elle-même et incapable de monopoliser dans les faits l'exercice de l'art de guérir, on est passé à la mise en place d'une structure nationale, directement dépendante du pouvoir central et susceptible de faire respecter la loi comme de donner corps à la notion nouvelle de santé publique. En instaurant une constellation hiérarchisée des compétences et des qualifications, les lois françaises et hollandaises expriment encore l'ambition de médicaliser l'ensemble de la population. L'importance de ce projet se révèle dans la variété des enjeux collectifs qui s'y côtoient. Médicaliser, en effet, ce n'est pas seulement tenter de refouler au-delà des frontières la menace quasi permanente d'épidémie; c'est encore assurer la surveillance et l'intégration culturelle de populations traditionnellement étrangères à toute perspective collective qui dépasse le cadre de la communauté villageoise. Médicaliser, c'est imposer une morale et une idéologie.

En cette première moitié du XIX^e siècle, l'Etat joue ainsi, au niveau de la profession médicale, un rôle unificateur de premier plan. C'est assurément grâce à lui que les praticiens de l'art de guérir commencent à constituer un groupe socio-professionnel réel, dont l'existence s'évalue - qualitativement et quantitativement - dans un cadre national. Cependant, des freins nombreux s'opposent encore à la pleine réalisation du groupe. Isolés dans les communes où ils pratiquent leur art, les praticiens ne développent ni n'entretiennent encore le sentiment d'appartenance à un corps professionnel homogène. Les rencontres sont rares et les idées circulent difficilement, alors qu'aucune association professionnelle et aucun journal n'assure encore leur diffusion. D'autre part, l'architecture professionnelle de la législation post-révolutionnaire reste fragile et ambiguë. Les compétences légales reconnues à chaque type de praticien ne sont en effet pas cumulables. Ainsi, par exemple, un docteur en chirurgie, bien qu'il ait obtenu le titre de médecin, n'est pas autorisé à exercer la médecine. Ce genre de disposition n'est pas tenable à une époque de faible médicalisation et suscite toute une série de conflits de compétences. Force centrifuge également, du point de vue de la cohésion du corps médical, que cette division du groupe en deux ordres socialement et intellectuellement distincts. Dès lors, ici aussi, les sources de conflits sont nombreuses lorsque, inévitablement, les officiers de santé transgressent le domaine de la pratique qui leur est imparti.

Population médicale extrêmement bigarrée enfin, si l'on tient compte, en plus de ces distinctions, des praticiens sans formation qui se sont lancés dans le métier alors que, pendant la dernière décennie du XVIII^e siècle, l'accès à la profession avait été libéré.

C. L'unification institutionnelle du corps médical

Après 1830, la Belgique indépendante a conservé le régime médical instauré en 1818. Pendant les vingt premières années de son existence, elle lui a cependant apporté certaines modifications.

La question des praticiens du second ordre, tout d'abord, a préoccupé le nouveau pouvoir. Rapidement, la formation et les compétences des officiers de santé ont été mises en cause. L'institution est jugée archaïque et incompatible avec les nouvelles exigences scientifiques et les intérêts de la santé publique. De plus, malgré le poids quantitatif des praticiens inférieurs (11), on invoque la croissance des effectifs du

personnel médical universitaire : à quoi bon maintenir les praticiens inférieurs lorsque les docteurs en médecine et en chirurgie suffisent à répondre aux besoins de la médicalisation ?

Fallacieux argument de toute évidence, auquel ne survit cependant pas l'institution du second ordre : en 1835, elle est définitivement supprimée, sans préjudice, bien évidemment, des titres précédemment obtenus (12). Ainsi, le groupe des officiers de santé s'éteint-il lentement au cours du XIXe siècle : le dernier praticien du second ordre de la province de Liège meurt en 1884. Avec lui disparaît une tradition qui trouve ses plus lointaines origines au moyen âge. Mais surtout, la cohésion de la profession médicale s'en trouve considérablement renforcée. Supprimer l'officiat de santé, en effet, c'était d'abord supprimer une des causes principales de la division du corps médical. Tous universitaires, les médecins acquièrent désormais une identité sociale et professionnelle qui les rapproche d'autant de l'élite de la société du XIXe siècle.

Quelques années plus tard, en 1849, une autre loi sur l'enseignement supérieur permet au corps médical de franchir une autre étape dans la voie de l'unification : c'est la création du grade unique de docteur en médecine, chirurgie et accouchement qui met fin aux inévitables conflits de compétences évoqués plus haut (13). Maintenant, à la notion d'"omnipraticien" répond un seul titre légal que tous les membres du corps médical doivent nécessairement obtenir.

L'étape de 1849 est décisive. Elle marque en effet la fin d'une évolution caractérisée par l'action unificatrice de l'Etat. Dès ce moment, le processus de construction sociale de la profession médicale va emprunter des voies toutes différentes. L'Etat cesse d'apparaître comme le défenseur empressé de la cause des médecins. C'est au contraire contre sa présence jugée envahissante et ses initiatives toujours critiquées que le corps médical - profession libérale - va maintenant se définir. En un sens, retour à la corporation donc, avec, à la même époque, la naissance très significative d'une presse et d'associations professionnelles qui rassemblent peu à peu les médecins autour de l'idéal de l'autonomie et de la puissance du groupe.

Cette évolution permet enfin d'expliquer une des caractéristiques à la fois majeure et apparemment paradoxale de la profession médicale à l'époque contemporaine : bien qu'elle se définisse et se justifie par son indépendance, la médecine libérale naît, au XIXe siècle, de sa dépendance nouvelle au pouvoir de l'Etat.

III

PLETHORE ET MEDICALISATION

A partir de la deuxième moitié du siècle, le mouvement associatif se constitue et prend, au fil des années, une ampleur sans cesse grandissante. Cercles médicaux et journaux professionnels se multiplient rapidement. Organes de défense des intérêts du corps médical, ils mènent un combat acharné destiné à assurer la cohésion et la promotion sociale du groupe. Avant-garde professionnelle, les leaders du mouvement associatif rassemblent autour de leurs ambitions un nombre toujours plus élevé de praticiens.

Infiniment prolixes, les médecins du XIXe siècle expriment quotidiennement dans ce cadre leurs espoirs et leurs inquiétudes, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et celle que leur renvoie la société, à les entendre tout entière coalisée contre leurs intérêts. Précieuse mémoire du XIXe siècle médical, ce discours intarissable constitue, pour l'historien, une source inespérée de renseignements.

A. Le discours médical

Parmi les thèmes abordés dans la presse et les associations professionnelles, celui de la pléthore médicale occupe une place de choix. Quelques dix années après la loi de 1835, le monde médical commence à manifester une vive inquiétude à l'égard de l'importance croissante de ses effectifs. Dès 1843, le problème est évoqué à l'Académie royale de médecine (14), mais c'est surtout dans le cadre des mouvements professionnels qu'il trouvera tous ses développements.

En 1851, par exemple, un des principaux journaux médicaux de la région liégeoise, *Le Scalpel*, juge la situation "effrayante". Son rédacteur considère que "l'augmentation des personnes appelées à exercer les professions médicales [...] n'est plus compatible avec les besoins de la corporation" (15). Il semble en effet que "partout on se plaint du malaise extrême dans lequel languissent les professions médicales [...] et du nombre toujours croissant des praticiens" (16). Dès ce moment, et jusqu'à la fin du siècle, le thème de la pléthore revient comme un leit-motiv dans tout le discours corporatif. Jamais il ne s'épuise ni ne se nuance. En 1879, par exemple, il y a, dans la province de Liège, "presque autant de médecins que de malades" (17) !

Cette pléthore, dont on pourrait à l'infini multiplier les témoignages, n'est pas seulement dénoncée, mais encore expliquée par les médecins. Ceux-ci invoquent un faisceau de circonstances qui toutes participent au maintien d'une situation de plus en plus désastreuse pour les intérêts du corps médical.

1. Les pouvoirs publics et l'enseignement supérieur

Au premier rang de ces circonstances, il faut citer l'irresponsabilité prétendue des pouvoirs publics qui, en instaurant un système d'enseignement supérieur jugé laxiste par les médecins, ouvrent de fait la profession médicale à un trop grand nombre de jeunes praticiens. Il serait fastidieux d'entrer dans le détail de la législation complexe qui régit, en Belgique, l'organisation de l'enseignement supérieur. Quatre lois successives, au cours du XIXe siècle, modifient le cursus des études universitaires. Chacune tente de réaliser un équilibre acceptable entre deux exigences contradictoires : le principe constitutionnel de la liberté de l'enseignement, d'une part; la nécessité de contrôler et d'uniformiser les études supérieures au niveau national, d'autre part.

Aux yeux des médecins, chacune de ces innovations aggrave la situation de l'enseignement supérieur, aucune des solutions proposées ne semble acceptable :

"A quoi faut-il attribuer cette pléthore, si ce n'est à l'accès trop facile des études universitaires ? En effet, il n'existe plus aujourd'hui aucun obstacle : le jeune homme - le plus ignare et le moins préparé entre de plain pied à l'université, y fait des études plus ou moins complètes, et ce système [...] amène l'encombrement et, à sa suite, la décadence et la ruine matérielle de la profession" (18).

Malgré sa récurrence, la mise en cause systématique de l'enseignement reste peu convaincante. Sans même considérer le niveau des études, l'accès à l'Université est réservé, au XIXe siècle, à une minorité de privilégiés. En fait, la force de l'argument se situe ailleurs. En invoquant sans cesse le problème de l'enseignement, les médecins occupent simplement le lieu privilégié des querelles politiques de l'époque. Dans cette mesure, leur critique semble toujours recevable et crédible. La question de l'instruction publique dépasse ainsi les limites de son objet et devient, au XIXe siècle, le bouc émissaire de nombreuses tensions sociales, politiques ou professionnelles. Le discours médical illustre parfaitement cette situation.

2. Médecine et santé : le sens du Progrès

En matière de pléthore, l'enseignement supérieur n'est pas seul en cause. D'autres thèmes y sont toujours associés. Ainsi les médecins du XIXe siècle, positivistes convaincus, sont persuadés que les développements inéluctables de la Science sont appelés, tôt ou tard, à résoudre définitivement les problèmes de la morbidité. Dès lors, le caractère forcément provisoire de leur fonction suscite en eux une certaine anxiété. D'année en année, ils constatent la marche du progrès et ses effets irréversibles sur la santé des populations.

Le thème de la morbidité décroissante s'associe toujours, en le renforçant, à celui de la pléthore. Dès 1851, on peut lire dans *Le Scalpel* :

"l'époque actuelle est une véritable époque de progrès, mais ce progrès est fatal aux intérêts des professions médicales. En effet, partout, par les conseils du médecin [...] on est occupé à améliorer les conditions hygiéniques vicieuses auxquelles nos populations sont soumises. Il doit nécessairement en résulter une grande diminution du nombre des maladies [...]. Il est de toute évidence que les ressources du médecin sont destinées à baisser considérablement d'une part par l'augmentation des praticiens, d'autre part par la diminution de la fréquence et de la gravité des maladies" (19).

Au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle, le destin de la morbidité, soumise à l'activité rédemptrice du médecin, entre dans sa phase de réalisation. La mythologie du progrès valorise ainsi doublement l'image du médecin. Apôtre d'une Vérité désormais révélée par la science, le médecin travaille à sa perte pour le bien-être de l'humanité. Sacerdoce donc, la profession médicale qui impose à ses membres de renoncer à leurs propres intérêts.

3. Sacerdoce, prestige et rémunérations : les désillusions de la pratique

Sacerdoce encore, le travail du médecin, lorsque celui-ci s'adresse à une population superstitieuse, incapable de reconnaître les bienfaits de la Vraie Science. Après avoir consacré sa jeunesse à des études austères et exigeantes, que peut en effet attendre le praticien d'une vie tout entière placée sous le signe du dévouement à l'humanité souffrante ? Les descriptions sans nombre qui évoquent la vie quotidienne du médecin insistent toutes, à grand renfort de pathos, sur l'abnégation absolue qu'exige la profession.

Mais le sacerdoce ne paie pas. Pléthore oblige, les médecins ont toutes les peines du monde à se constituer une clientèle vraiment rentable. C'est que nombre de malades ne sont pas en mesure de rémunérer les services du médecin. Enfin, parmi les malades, même aisés,

l'ingratitude est de règle et les mauvais payeurs toujours plus nombreux.

*

**

Ainsi se conjuguent, dans le discours médical, au moins trois images qui expliquent et renforcent à la fois le thème de la pléthore de la profession. Irresponsabilité des pouvoirs publics, morbidité nécessairement décroissante, insuffisance des ressources ou ingratitude de la clientèle : tous ces thèmes trouvent dans la presse professionnelle un écho sans cesse amplifié.

B. Une mesure de la médicalisation

1. Les effectifs de la population médicale

Aujourd'hui, le discours des médecins du XIXe siècle étonne et amuse à la fois. Leur prose ampoulée dénonce une situation qui, à l'évidence, n'a plus rien de commun avec celle que nous connaissons : 171 praticiens universitaires dans la province de Liège en 1850, contre 3057 en 1982 (20). Les conditions d'exercice de la profession, cependant, se sont considérablement modifiées. L'enrichissement de la population et l'avènement de la sécurité sociale, par exemple, rendent les comparaisons difficiles.

C'est à l'échelle du XIXe siècle qu'il faut d'abord tenter l'analyse des effectifs médicaux. Ici aussi, d'évidence, la tendance est à la hausse. Si l'on considère la population médicale au sens large - c'est-à-dire médecins universitaires et praticiens du second ordre confondus - on compte 208 individus en 1831, contre 602 en 1913 : il faut à peine 70 années pour que triplent les effectifs médicaux de la province de Liège. Cette nette tendance semble créditer un double discours. Celui de la médicalisation croissante tout d'abord; celui de la pléthore médicale ensuite. D'emblée, s'inscrit ainsi dans les chiffres la mesure d'un malaise ou d'un conflit. Le projet de médicalisation, dont les médecins partagent assurément l'idéologie, semble s'opposer aux intérêts corporatifs du groupe.

Mais qu'en est-il si l'on observe la courbe un peu plus en détail (21) ? Une première constatation s'impose : l'augmentation du personnel médical au XIXe siècle ne répond pas à une progression linéaire. Au contraire, deux périodes se différencient aisément. Une

première période, jusqu'en 1880, se caractérise par une assez faible augmentation. A certains moments, la population médicale tend même à diminuer (1841-1855 et 1876-1878). Ce n'est qu'à partir des années 1880 que la courbe s'infléchit plus nettement et que l'on décèle une évolution rapide et constante du nombre des praticiens. Or, le thème de la pléthore apparaît, dans la littérature médicale, dès avant la moitié du siècle. C'est-à-dire à une époque où les praticiens ne sont guère plus nombreux qu'ils ne l'étaient 50 ans auparavant (201 praticiens dans le département de l'Ourthe en 1807; 224 dans la province de Liège en 1850). Comment, dès lors, expliquer le discours alarmiste des médecins ?

La stabilité relative des effectifs de la population médicale pendant les années 1830-1880 résulte des effets opposés de deux phénomènes distincts : l'augmentation du nombre des praticiens universitaires et la disparition progressive des officiers de santé. Il est donc possible que, malgré l'action compensatoire de la loi de 1835, l'impression de pléthore ait été suscitée, très tôt, par le nombre croissant des universitaires. La phase d'expansion réelle du personnel médical universitaire commence, en effet, dès les premières années du régime belge. La tendance se précise avec régularité pour atteindre, vers les années 1880, un très net mouvement d'accélération. Si l'on s'en tient à cette explication, il faut admettre qu'à l'origine, la dénonciation de la pléthore relève d'une appréciation essentiellement subjective. En effet, le remplacement progressif des praticiens du second ordre par des universitaires n'entraîne aucun rétrécissement des possibilités de travail. Au contraire, la disparition des officiers de santé est une mesure favorable aux médecins, puisqu'elle les débarrasse d'une concurrence désavantageuse. Il apparaît ainsi qu'à la moitié du XIXe siècle, l'idée d'un encombrement de la profession médicale est tout à fait prématurée. Pour le corps médical en pleine phase d'affirmation de lui-même, le thème de la pléthore est un moyen d'exprimer sa volonté de réserver l'art de guérir à une catégorie restreinte d'individus. Confirmée d'année en année, la tendance à l'augmentation du personnel médical attise ensuite le même feu.

2. Les taux de médicalisation

Le thème de la pléthore, on le voit, est réduit à ses justes proportions par l'analyse du volume réel des effectifs médicaux. Qu'en est-il dès lors du discours qui lui est inévitablement associé, celui de la médicalisation ? En pleine période de transition démographique,

l'augmentation constante de la population rend indispensable l'étude de la densité médicale.

Le calcul des taux de médicalisation (nombre de médecins pour mille habitants) contredit formellement l'idée d'une pléthore de la profession (22). En effet, si l'on observe l'ensemble de la province de Liège, on constate que les taux de médicalisation décroissent jusqu'en 1880 : 0,55 ‰ en 1831; 0,44 ‰ en 1856 et 0,42 ‰ en 1880. Dans les années 1880-1890, il s'opère un certain rétablissement (0,48 ‰ en 1890) mais ce n'est qu'en 1900 que le taux de 1831 est pour la première fois dépassé (0,59 ‰). Enfin, la tendance à la hausse se confirme dans les premières années du XXe siècle (0,65 ‰ en 1910). De 1831 à 1920, la médicalisation de la province de Liège a donc très faiblement progressé, avec une augmentation de seulement 0,1 ‰.

D'autre part, le calcul différentiel des taux de médicalisation dans les milieux urbains, industriels et ruraux de la province de Liège laisse apparaître de fortes divergences. La ville de Liège, fortement médicalisée par rapport aux milieux ruraux et industriels (0,93 ‰ en 1831) accuse une tendance nette à la hausse à partir des années 1880 (0,76 ‰ en 1880; 1,31 ‰ en 1910). Le "groupe sérésien" par contre (23) qui connaît, avant la phase d'industrialisation, un taux élevé de médicalisation (1,1 ‰ en 1831), accuse une nette décroissance (jusqu'à 0,21 ‰ en 1856) pour finalement se stabiliser à un taux de 0,45 ‰ en 1910. L'arrondissement de Waremme enfin, agglomérat de 87 communes rurales, garde pendant tout le siècle un taux très bas de médicalisation (0,44 ‰ en 1831 et 0,46 ‰ en 1910).

*

**

Double discours donc, et double réalité aussi. A la volonté d'assurer une présence médicale mieux affirmée s'oppose la dénonciation récurrente d'une pléthore de la profession. A l'évidence d'une croissance des effectifs médicaux au cours du XIXe siècle s'oppose la stagnation des taux de médicalisation.

L'inquiétude des médecins du XIXe siècle, en ce qui concerne l'encombrement de leur profession, résulte ainsi d'une perception subjective de la réalité. Il n'y a pas plus de pléthore médicale en 1900 qu'il n'y en avait en 1800. Au contraire, la disparition des officiers de santé et la lente mise en place d'un système de subsidiation collective

de la santé par le biais, notamment, des sociétés de secours mutuels, élargissent sans cesse le marché de travail.

Ainsi, sous couvert d'évidences quantitatives, le discours des médecins traduit une idéologie corporatiste destinée à assurer la cohésion et la puissance du groupe. Dénoncer la pléthore, et dénoncer avec elle l'impéritie du pouvoir ou l'ingratitude du public, c'était aussi mobiliser autour de cette nouvelle image du corps médical un nombre toujours plus important de praticiens.

IV

L'EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DE GUÉRIR

Au mois de décembre 1891, un certain Sequah, - américain d'origine et de son vrai nom Wilson Hartley-Snow, - arrive à Liège, après avoir traversé plusieurs autres villes du pays. Sequah est ce que l'on appelle un charlatan ambulante. Accompagné d'un musicien, il s'installe dans un petit théâtre de la ville et rassemble sans difficulté autour de lui une foule de curieux. Il prétend guérir en quelques minutes, grâce à des massages et à une huile de sa composition, rhumatismes, entorses, sciatiques et même certaines paralysies. Et de fait, quelques jours après son arrivée, les témoignages de guérison affluent et sont aussitôt colportés par la presse locale et la rumeur publique. On a pu voir ainsi un de ses patients, depuis plusieurs années paralysé des membres inférieurs, sortir guéri de sa consultation et "danser ensuite toute la soirée sur le plancher du casino Grétry" (24).

Les médecins, rapidement, s'émeuvent de la popularité grandissante de l'empirique. Ils dénoncent les pratiques charlatanes de Sequah et attribuent ses prétendus succès à une excitation nerveuse et à un simple phénomène de suggestion. Rien n'y fit cependant; Sequah s'attarde plusieurs semaines à Liège sans que ne faiblisse l'enthousiasme. Suite à l'intervention de la Commission médicale provinciale cependant, le Parquet est saisi de l'affaire et, le 23 janvier 1892, Sequah comparait en correctionnelle.

A cette occasion, l'auditoire du Palais de Justice est envahi par une foule compacte d'admirateurs. Sequah par ailleurs se défend bien; tellement bien que, malgré les protestations des médecins, le tribunal hésite à le condamner. Finalement, le jugement est remis à quinzaine. A

la sortie de l'audience, l'empirique est acclamé par une foule de deux mille personnes, nous dit-on, et accompagné jusqu'à son hôtel aux cris de "Vive Sequah !". Pendant ce temps, un groupe de deux à trois cents personnes poursuit de ses huées un des médecins qui avait témoigné contre lui.

Sequah n'attendra pas le prononcé du jugement. Quelques jours plus tard, il quitte la ville, et bientôt le pays, en prenant soin de faire parvenir auparavant au corps des balayeurs de la ville de Liège, en guise de dédommagement pour les désordres occasionnés par son procès, une somme de cent francs ...

*

* *

Anecdote colorée de la chronique liégeoise, l'affaire Sequah est cependant exemplaire. Au-delà des remous temporaires qu'elle provoque, elle traduit une réalité et une préoccupation constante des médecins : l'exercice illégal de l'art de guérir est un phénomène majeur du XIXe siècle médical. Grâce à Sequah, quelques-unes de ses caractéristiques nous sont dévoilées : popularité des praticiens non patentés; facilité pour eux de s'implanter, même dans un milieu urbain et même à l'extrême fin du siècle; hostilité bien sûr des médecins, mais aussi impuissance relative de ces derniers à lutter efficacement contre l'exercice illégal.

Le discours médical du XIXe siècle est traversé par ce thème. Sans cesse, il est dénoncé et expliqué par deux éléments majeurs : la crédulité du public - toutes catégories sociales confondues - et l'indifférence, voire la bienveillance des autorités à l'égard des praticiens illégaux. Constamment, le monopole légal de la profession est ainsi démenti par la réalité.

Pour les médecins, les praticiens non titrés sont toujours des escrocs, exploitant sans scrupule la crédulité et l'ignorance des populations. En fait, les choses sont beaucoup plus complexes. Il existe une variété considérable de praticiens illégaux. L'empirisme, par exemple, est tout à fait différent en milieu urbain ou en milieu rural. Variété aussi des traditions auxquelles chacun se réfère. Rien à voir, par exemple, entre un magnétiseur forain et un curé de campagne, médecin des âmes qui se fait médecin des corps et qui puise son savoir dans les principes séculaires de la médecine humorale.

Du point de vue du public enfin, des facteurs d'ordre culturel et économique se conjuguent pour expliquer le recours persistant aux médecines traditionnelles. Le guérisseur du village ou le curé sont assurément plus proches de leurs patients que ne l'est le médecin. C'est à eux qu'en cas de maladie s'adresseront les premières questions. Culturellement plus proches, ils sont aussi moins chers.

Plus généralement, le public ne voit guère d'inconvénients à la coexistence de pratiques et de savoirs médicaux qu'il considère, non pas comme antagonistes, mais simplement différents. Au-delà des facteurs culturels et économiques qui assignent à chaque classe sa médecine, c'est au fond, pour tous, simplement une chance de guérison supplémentaire.

*

**

Rapidement évoqué, le problème de l'exercice illégal nous permet de conclure. Porte-parole du mouvement associatif, la presse professionnelle apparaît comme un cahier des doléances. Qu'il s'agisse de la pléthore ou des praticiens illégaux, les médecins mettent chaque fois en accusation les pouvoirs publics et, plus généralement, l'immaturité d'une société incapable de reconnaître les bienfaits de la médecine scientifique. Qu'on ne s'y trompe pas cependant. La plupart du temps, le constat d'échec n'est qu'une formule rhétorique. Dans l'expression de leurs désillusions, les médecins du XIXe siècle manifestent d'abord leurs ambitions. Peu à peu unifiés en un groupe socio-professionnel homogène, ils se mobilisent, à partir des années 1850, autour du thème de la puissance et de la cohésion du corps médical. Ainsi, entre l'Etat et la corporation, entre les ambitions sociales et l'idéal scientifique, la profession médicale trouve-t-elle, au cours du XIXe siècle, les moyens de son dynamisme. C'est à la charnière de cette dialectique que l'on peut comprendre ce qu'il convient d'appeler la réussite de la profession médicale à l'époque contemporaine.

NOTES

1. C'est A. Castiglioni, par exemple, qui écrit à propos des médecins de la première moitié du XIXe siècle : "Avec l'orientation scientifique que prend la médecine [...], le médecin perd son caractère mi-miraculeux, mi-charlatanesque, qu'il avait encore dans l'opinion publique [...]. Dans une époque aussi éminemment positiviste, sans disparaître complètement, chose impossible puisqu'elle repose sur la crédulité des hommes, la charlatanerie devait assurément reculer [...]. Avec la robe et la perruque, la canne à pomme d'ivoire et le tricorne, le médecin du XIXe siècle abandonne presque toujours son latin, ses termes redondants et ses métaphores pour se rapprocher du lit du malade qu'il considère désormais comme le but de son activité [...]. Le positivisme scientifique connaît ainsi sa traduction immédiate et la position du médecin s'améliore d'autant : on le voit devenir de plus en plus professionnel, estimé et lié au domaine même de son activité (A. CASTIGLIONI, *Histoire de la médecine*, édition française établie par les soins de l'auteur, Paris, Payot, 1933, p.620-621).
2. Réédité en 1950, 1966 et 1979.
3. Marcel FLORKIN, *Médecine et médecins au pays de Liège*, Liège, Carmanne, 1954; *Médecins, libertins et pasquins*, Liège, Gothier, 1964; *Un prince, deux préfets; le mouvement scientifique au Pays de Liège sous le régime du despotisme éclairé (1771-1830)*, Liège, Carmanne, 1957. Il s'agit de trois recueils regroupant les articles publiés par le Professeur Florquin dans la *Revue Médicale de Liège*.
4. G. de LOUVREX, *Recueil contenant les édits et réglemens faits pour le Païs de Liege et comté de Looz ...*, Liège, vol. 3, p.46 et sv.
5. Cfr par exemple, *Archives de l'Etat à Liège, Métiers*, 285, p.15 (1744).
6. M. THOURET, *Rapport fait au nom de la section de l'Intérieur, sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine*. Séance du 16 ventôse an XI, cité par Jules SAUVEUR, *Histoire de la législation médicale belge*, Bruxelles, Auguste Deco, 1862, p.70.
7. *Loi relative à l'exercice de la médecine*, 19 ventôse an XI, *Pasinomie*, première série, t.12, p.12 et sv.
8. *Ibidem*, article 29, p.14.
9. *Loi réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir*, 12 mars 1818, *Pasinomie*, deuxième série, t.4, p.343 à 346.
10. Outre ceux-ci, signalons encore les grades de sage-femme, apothicaire, oculiste, dentiste, herboriste et droguiste. Nous n'en tiendrons pas compte cependant dans le cadre de cette conférence, car ils ne correspondent pas à "la définition de "médecins au sens large", telle qu'elle s'exprime dans les sources et telle que l'impose la logique de notre démarche.
11. Les praticiens du second ordre représentent 44 % du personnel médical provincial en 1831.

12. *Loi organique de l'instruction publique*, 27 septembre 1835, *Pasinomie*, troisième série, t.5, p.291-300.
13. *Nouvelle loi sur l'enseignement supérieur*, 15 juillet 1849, *Pasinomie*, troisième série, t.19, p.346-364.
14. M. FALLOT, *Discours sur la profession de médecin*, dans *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, première série, volume 2, 1843, p.318.
15. *Le Scalpel*, 30 juin 1851, 3e année, n° 33, p.1, c.2.
16. *Le Scalpel*, 10 mars 1851, 3e année, n° 22, p.1, c.3.
17. *Le Scalpel*, 11 mai 1879, 31e année, n° 45, p.1, c.1.
18. *Le Scalpel*, 17 février 1884, 36e année, n° 34, p.1, c.2-3.
19. *Le Scalpel*, 30 juin 1851, 3e année, n° 33, p.1, c.2.
20. Tous les chiffres de population médicale présentés ici proviennent de l'exploitation informatique d'un fichier de médecins constitué, principalement, à partir des listes annuelles de praticiens de la Commission médicale de la province de Liège (1830-1914).
21. Cfr graphique 1 : Augmentation de la population médicale au sens large dans la province de Liège (1830-1914).
22. Cfr Tableau 1 et graphique 2 : "La médicalisation de la province de Liège (1831-1910)".
23. Communes de Jemeppe, Ougrée, Seraing et Tilleur à vocation presque exclusivement industrielle.
24. *Gazette médicale de Liège*, 31 décembre 1891, n° 14, p. 168.

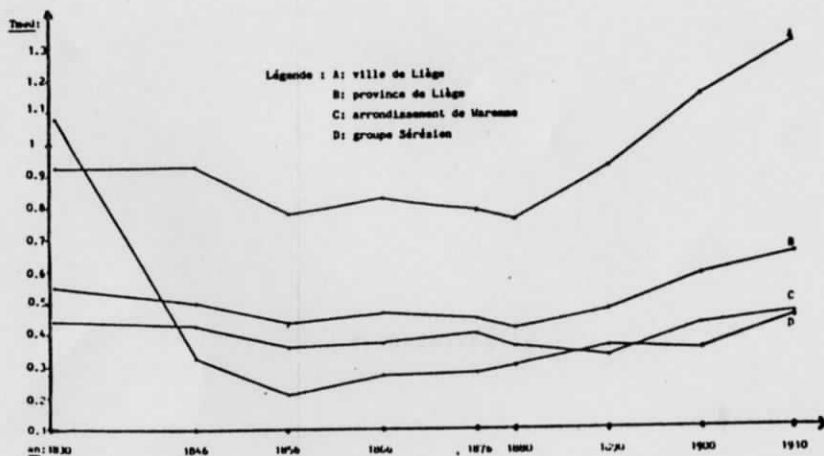
Augmentation de la population médicale au sens large
dans la province de Liège (1830-1914)

<u>années</u>	<u>nombre de praticiens</u>
1830	196
1831	208
1832	212
1833	216
1834	221
1835	222
1836	229
1837	235
1838	247
1839	242
1840	242
1841	240
1842	235
1843	232
1844	233
1845	228
1846	230
1847	226
1848	228
1849	222
1850	224
1851	222
1852	225
1853	222
1854	222
1855	222
1856	224
1857	228
1858	231
1859	237
1860	240
1861	245
1862	248
1863	258
1864	257
1865	261
1866	266
1867	273
1868	283
1869	276
1870	284
1871	287
1872	289
1873	290
1874	285
1875	289
1876	288
1877	286
1878	276
1879	279
1880	284
1881	294
1882	304
1883	307
1884	314
1885	322
1886	325
1887	342
1888	359
1889	372
1890	368
1891	378
1892	404
1893	420
1894	417
1895	426
1896	439
1897	446
1898	459
1899	469
1900	495
1901	507
1902	528
1903	540
1904	548
1905	560
1906	561
1907	557
1908	567
1909	577
1910	581
1911	579
1912	591
1913	602
1914	590

Tableau 1 et Graphique 2
La médicalisation de la province de Liège (1831-1910)

	Province de Liège		Ville de Liège		Groupe sérésien		Arrondissement de Waremme	
	Chiffres de population	Nombre de praticiens	Chiffres de population	Nombre de praticiens	Chiffres de population	Nombre de praticiens	Chiffres de population	Nombre de praticiens
1831	375.030	208	58.752	55	7.367	8	42.901	19
	0,55		0,93		1,08		0,44	
1846	452.828	230	75.961	71	17.891	6	50.134	22
	0,50		0,93		0,33		0,43	
1856	503.662	224	89.411	70	28.512	6	52.127	19
	0,44		0,78		0,21		0,36	
1866	557.194	266	99.129	83	32.863	9	55.459	21
	0,47		0,83		0,27		0,37	
1876	632.228	288	115.851	92	41.753	12	59.949	24
	0,45		0,79		0,28		0,40	
1880	663.735	284	123.131	94	45.951	14	62.201	23
	0,42		0,76		0,30		0,36	
1890	756.734	368	147.660	138	57.815	21	65.540	22
	0,48		0,93		0,36		0,33	
1900	826.175	495	157.760	183	67.942	24	69.605	30
	0,59		1,15		0,35		0,43	
1910	888.341	581	167.521	221	76.704	35	73.441	34
	0,65		1,31		0,45		0,46	

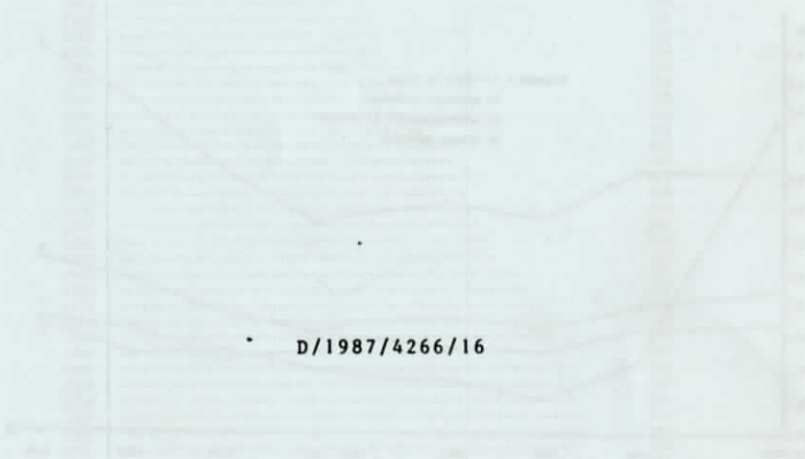
Chiffres de population		Nombre de praticiens	
Taux de médicalisation (pour mille)			



REPORT ON THE PROGRESS OF THE WORK DURING THE YEAR 1987
OF THE *International Commission on the History of the Americas* **IN 1987**
 (1987-1988) and the progress of the work during the year 1987

Country	1987		1986		Total	
	Number of meetings	Number of participants	Number of meetings	Number of participants		
Argentina	1	10	1	10	2	20
Brazil	1	10	1	10	2	20
Canada	1	10	1	10	2	20
Chile	1	10	1	10	2	20
Colombia	1	10	1	10	2	20
Costa Rica	1	10	1	10	2	20
Cuba	1	10	1	10	2	20
Ecuador	1	10	1	10	2	20
El Salvador	1	10	1	10	2	20
France	1	10	1	10	2	20
Germany	1	10	1	10	2	20
Greece	1	10	1	10	2	20
India	1	10	1	10	2	20
Italy	1	10	1	10	2	20
Japan	1	10	1	10	2	20
Mexico	1	10	1	10	2	20
Netherlands	1	10	1	10	2	20
Peru	1	10	1	10	2	20
Poland	1	10	1	10	2	20
Spain	1	10	1	10	2	20
Sweden	1	10	1	10	2	20
Switzerland	1	10	1	10	2	20
USA	1	10	1	10	2	20
USSR	1	10	1	10	2	20
Yugoslavia	1	10	1	10	2	20
Total	20	200	20	200	40	400

(The above figures are preliminary and subject to change.)
 (The above figures are preliminary and subject to change.)



D/1987/4266/16