

Les statistiques des dispensaires antituberculeux et des hôpitaux au service de l'histoire sociale et de l'épidémiologie de la «peste blanche », fin XIXe-début XXe siècle

Muriel Neven, Michel Oris

Citer ce document / Cite this document :

Neven Muriel, Oris Michel. Les statistiques des dispensaires antituberculeux et des hôpitaux au service de l'histoire sociale et de l'épidémiologie de la «peste blanche », fin XIXe-début XXe siècle. In: Annales de démographie historique, 1995. Les réseaux de parenté. pp. 225-239;

doi : <https://doi.org/10.3406/adh.1995.1900>

https://www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_1995_num_1995_1_1900

Fichier pdf généré le 16/07/2018

Abstract

During the late XIXth and the beginning of the XXth centuries, the struggle against tuberculosis is a strong reason to redefme health as social gaming, and not as individual gaming anymore. Here the number of actors increases on the market of medical cares, involving some tensions. This paper compares (by the mean of death causes statistics) people affected and treated in a local hospital, and those treated in the antitubercular health centres from the province of Liège. It studies the respective contribution of hospital records and statistics list of health centres to the historical epidemiology of the "white plague" and to social history of the health.

Résumé

A la charnière des XIXe et XXe siècles, la lutte contre la tuberculose est un moteur puissant d'une redéfinition de la santé comme enjeu social et non plus individuel. Dans ce cadre, sur le marché des soins de santé, les acteurs se multiplient, non sans que cette multiplication produise des tensions. Ce papier compare les publics atteints et visés par un hôpital régional et les dispensaires antituberculeux de la province de Liège, et étalonne ces comparaisons grâce à la statistique des causes de décès. Il étudie la contribution respective des registres hospitaliers et des relevés statistiques des dispensaires à l'épidémiologie historique de la "peste blanche" et à une histoire sociale de la santé.

LES STATISTIQUES DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX ET DES HÔPITAUX AU SERVICE DE L'HISTOIRE SOCIALE ET DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA "PESTE BLANCHE" FIN XIX^e – DÉBUT XX^e SIÈCLE

par Muriel NEVEN et Michel ORIS*

Persée
BY:
\$
=
creative
commons

Introduction

Voilà un bien grand titre pour un petit essai. Par rapport à l'exposé de portée générale qui a été présenté sur les hôpitaux universitaires belges, ce texte a trois ambitions. La première est d'identifier quelques-uns des processus de sélection qui sont à l'œuvre dans la gestion sociale d'une pathologie précise, la "peste blanche", la tuberculose, à la charnière des XIX^e et XX^e siècles, quand elle devient un enjeu de société. La seconde est précisément de montrer que la démographie hospitalière ne doit pas se borner à des études générales des populations hospitalisées, mais que les monographies consacrées à un type d'affections donné peuvent s'avérer fructueuses.

La troisième est de s'efforcer de démontrer que, bien plus que la prosopographie, c'est la voie des confrontations qui est la plus riche, en l'occurrence ici entre la statistique contestée et contestable des causes de décès, les relevés des quatre dispensaires antituberculeux de la province de Liège en 1908-1911, les registres du pavillon des tuberculeux de l'hôpital des Anglais de la ville de Liège pour les années 1895-1920. Les comparaisons portent moins sur des effectifs que sur des répartitions selon des variables jugées pertinentes, telles que l'âge, le sexe, le clivage urbain ou rural.

Les sources

En matière de cause de décès, il va de soi que les chiffres cités sont des minima. Le sous-enregistrement de la tuberculose comme origine de la mort

* Muriel Neven, licenciée en histoire de l'Université de Liège; Michel Oris, chercheur qualifié au Fonds national de la recherche scientifique.

Tous nos remerciements à Karel Velle, des Archives de l'État à Beveren, pour la gentillesse et la compétence dont il a fait preuve en corrigeant la première version de ce papier.

est un phénomène bien connu, qui trouve son origine tant dans les errements de la médecine que dans des considérations éthiques¹. Les Dr Kuborn en 1897, Timbal et Hougardy en 1938, ou le statisticien Selleslags à la même date, notent la confusion fréquente entre la phthisie et les bronchites ou pneumonies chroniques².

Elle est facilitée dans la mesure où les statistiques considèrent la cause ultime ou immédiate de la mort, ce qui sert les médecins soucieux de ne pas contrevenir au respect du secret professionnel. Même après la découverte du bacille en 1882, alors que l'étiologie morale se dilue, la notion "d'hérédité de prédisposition" subsiste et fait de la tuberculose une tare familiale. En 1940, en France, Jean-Noël Biraben estime que la mortalité tuberculeuse est dissimulée dans 20 % des cas³.

À titre de correction bien évidemment partielle, suivant plusieurs auteurs, nous avons associé quand c'était possible les décès par maladies chroniques de la poitrine, ou par maladies aiguës des voies respiratoires, à ceux directement attribués à la tuberculose pulmonaire⁴. En outre, à côté de la statistique nationale, nous disposons de relevés élaborés dans les grandes villes sur la base d'une inspection médicale des décès. Ils sont nettement plus fiables, "l'aspect des cadavres de tuberculeux étant assez caractéristique pour que le médecin inspecteur des décès puisse réformer facilement le certificat délivré par le médecin traitant, certificat qui porte parfois des diagnostics qui effraient moins les familles (bronchites, etc.)"⁵.

Pour confronter le portrait du tuberculeux mort à celui du malade, nous disposons de deux sources principales : les registres hospitaliers et les rapports des dispensaires. C'est l'attention accordée à l'épidémiologie qui constitue l'originalité de ces derniers. Dans des rapports d'activité destinés à leurs bailleurs de fonds, ils donnent une vision complète de leurs financements, de leurs dépenses, de leurs activités ; autant d'aspects que nous n'aborderons pas pour mieux nous centrer sur l'enquête socio-médicale⁶.

Celle-ci vise une population de 1 832 "nouveaux" malades, venus s'ajouter entre 1908 et 1911 à ceux qui étaient déjà sous la surveillance des dispensaires de Liège, Verviers, Huy et Waremme, soit les quatre chefs-lieux d'arrondissement

1. Un relevé général des problèmes critiques est donné par K. VELLE, "Statistiek en sociale politiek : de medische statistiek en het gezondheidsbeleid in België in de 19de eeuw", dans *Revue belge d'Histoire contemporaine*, t. XVI, 1985, n° 1-2, p. 213-242.

2. H. KUBORN, *Aperçu historique sur l'hygiène publique en Belgique depuis 1830*, Bruxelles, 1897, p. 223 ; G. TIMBAL et A. HOUGARDY, "La défense contre la tuberculose en Belgique", dans *Archives de médecine sociale et d'hygiène et Revue de pathologie et de physiologie du travail*, n° 9, 1938, p. 871 ; W. SELLESLAGS, *La mortalité en Belgique*, Bruxelles, 1938, p. 56-74. L'étude critique de ce dernier est, parmi celles qui sont spécifiques à la tuberculose, la plus remarquable qu'il nous ait été donné de lire.

3. J.-N. BIRABEN, "La tuberculose et la dissimulation des causes de décès", dans *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècle*, Paris, 1988, p. 195.

4. W. SELLESLAGS, *op. cit.* ; Dr MEYENNE, *Topographie médicale de la Belgique. Études de géologie, de climatologie, de statistique et d'hygiène publique*, Bruxelles, 1865, p. 123 et sq ; R. ANDRÉ, J. PEREIRA-ROQUE, *La démographie de la Belgique au XIXe siècle*, Bruxelles, 1974, p. 122-137.

5. E. DESTREE et E. GALLEMAERTS, *La tuberculose en Belgique*, Bruxelles, 1889, p. 12 ; E. OLBRECHTS, "La mortalité par tuberculose en Belgique au cours des 75 dernières années", dans *Revue belge de la Tuberculose*, n° 11, 1925, p. 288 ; W. SELLESLAGS, *op. cit.*, p. 56. Pour une vue plus générale sur la spécificité des statistiques urbaines, voir J. VERJEMST, "Het fenomeen van de gemeentelijke statistieken", dans *L'initiative publique des communes en Belgique 1795-1940 (...)*, Bruxelles, Crédit communal, 1986, p. 265-274 ; ainsi que J. et M. DUPAQUIER, *Histoire de la démographie. La statistique de la population des origines à 1914*, Paris, 1985, p. 339-342.

6. Un traitement de ces variables est proposé dans M. NEVEN, *La tuberculose en Belgique de 1850 à 1950. Réalités et perceptions d'une maladie sociale*, mémoire inédit de l'Université de Liège, 1993, p. 205-216.

de la province⁷. Un premier ensemble d'informations porte sur la pathologie, sur son antériorité, sur le stade auquel elle est parvenue au moment de la consultation. Ces chiffres ont une fonction prospective et justificatrice. Ils permettent de mesurer les progrès à réaliser pour que les tuberculeux se décident à se soigner immédiatement, et de déterminer des seuils de curabilité. Dès lors, l'enregistrement de nombreux décès par les dispensaires ne témoigne pas de leur inefficacité mais au contraire de leur utilité, puisqu'il trouve son origine dans le nombre de patients qui s'adressent à eux trop tardivement.

D'autre part, les rapports rendent compte d'une démarche scientifique d'éluclaidation des circonstances dans lesquelles se développe la tuberculose. Les dispensaires se livrent à une véritable enquête sociale qui précise le domicile, l'âge, l'état d'indigence, l'affiliation à une mutuelle et surtout, en détail, les conditions de logement des patients.

Le travail des dispensaires s'inscrit dans un contexte en pleine évolution. Il est usuel de faire remonter la démarche épidémiologique quantitative aux premières topographies médicales, à la fin du XVIII^e siècle⁸. Toutefois, l'usage du chiffre reste largement marginal avant les vingt dernières années du XIX^e siècle, et il ne s'affirmera véritablement qu'au XX^e siècle. En Belgique, la puissante Société royale de Médecine publique (1876-1914) fait la transition entre l'école des topographies et celle des cliniques, entre l'étude des collectivités sur une base géographique et celle des patients qui souffrent, entre l'approche des praticiens locaux, généralistes, et celle des cliniciens et des spécialistes modernes⁹.

Les dispensaires liégeois du début du XX^e siècle, institutions intermédiaires issues du développement de la médecine de prévention, participent eux aussi de cette transition. Ils contribuent également, au travers de leurs statistiques, à diffuser une nouvelle image de la tuberculose, pathologie sociale et non plus morale, qui justifie l'existence d'institutions de prévention et façonne les fondations de la "croisade" antituberculeuse. Une certaine ambiguïté est donc évidente, qui traduit un double souci, de précision scientifique et de "vente du produit".

Ce genre de préoccupations ne se retrouve pas dans les registres de l'hôpital des Anglais, ouvert par la commission des hospices civils de la ville de Liège en 1881. Cette institution s'est spécialisée dans le traitement de la tuberculose et en est devenue le centre régional. L'étude des livres d'inscription des années 1895-1920, réalisée par Muriel Neven, dresse un portrait des patients du Pavillon des Tuberculeux à partir de 1 500 hospitalisations.

Il n'est pas nécessaire de décrire longuement ces documents, qui sont présentés dans une autre communication¹⁰. Il suffit de rappeler leur fonction plus

7. Dans la province de Liège, l'Œuvre de Dison ne s'occupe que du placement des enfants et n'a pas dressé de statistiques de son activité. Une consultation est ouverte à Hannut en 1911. Ses chiffres ont été additionnés à ceux de Waremme.

8. K. VELLE, "Medisch-geografisch en epidemiologisch onderzoek in België sinds het laatste kwart van de 18de eeuw tot ca. 1850. Een bijdrage tot de social geschiedenis", dans *Handelingen van de Koninklijke Zuidnederlandse Maatschappij voor Taal- en Letterkunde en Geschiedenis*, t. XXXVIII, 1984, p. 209-229.

9. C'est au sein de la Société royale de Médecine publique et de Topographie médicale du Royaume que fut fondée en août 1898 la *Ligue nationale belge contre la Tuberculose*, qui prend son autonomie en 1900 et parraine l'activité des dispensaires liégeois au moment où nous les étudions. Nous comptons consacrer une prochaine étude à cette société et à son fondateur, le Sérésien Hyacinthe Kuborn.

10. Y. HORRENT, M. ORIS, P. SERVAIS, K. VELLE, *La population des grands hôpitaux universitaires belges du début du XIX^e à la fin du XX^e siècle*, in *Annales de Démographie historique*, 1994, en particulier p. 225-227.

administrative que réellement médicale. Il en résulte quelques imprécisions dans les diagnostics à l'entrée, et dès lors la certitude que la population étudiée ne représente pas la totalité des tuberculeux soignés. Toutefois, la source est précieuse dans la mesure où, trop souvent, nous devons nous borner à étudier les effets de la tuberculose pulmonaire seule¹¹, alors que les autres formes du mal diffèrent par leur nature, mais aussi et surtout par les stratégies thérapeutiques mises en œuvre. Les relevés des Anglais éclairent ces aspects.

L'épidémiologie sociale comme écologie sociale

Les dispensaires fournissent peu d'indications sur le milieu social dont sont issus les malades qu'ils prennent en charge. Subsidiés en partie par les pouvoirs locaux, ils s'attachent tout au plus à prouver qu'ils les déchargent du soin d'une part de leur indigents. Ces derniers sont peu nombreux dans les arrondissements urbains que sont Liège et Verviers. Seul un tuberculeux sur quatre ou cinq y bénéficiait de la bienfaisance publique avant sa maladie. Cette proportion paraît dérisoire à côté des valeurs observées dans l'arrondissement de Waremme, seule région rurale qui nous renseigne à ce sujet. En effet, trois personnes sur cinq y étaient assistées.

Ce clivage ne correspond toutefois nullement à une réalité sociale, mais bien davantage à la pauvreté des bureaux de bienfaisance des localités industrielles, débordés par l'expansion trop rapide de leur population, et inversement à la richesse relative de ces institutions dans une Hesbaye où la propriété ecclésiastique, fort importante sous l'Ancien Régime, les a abondamment dotées. L'étendue de l'aide aux démunis apparaît, dans l'ensemble, plus comme le reflet des moyens que des besoins.

La mention socio-professionnelle qui figure dans les registres hospitaliers autorise une approche plus précise, mais qui ne débouche par sur des résultats d'une grande originalité. Alors que dès sa fondation, l'hôpital des Anglais avait prévu l'accueil de patients aisés et dès lors payants, la dimension sociale de la tuberculose sous toutes ses formes ressort de manière évidente. Quelque 30 % des patients sont ouvriers ou journaliers et 18 % artisans. Suivent 16,4 % d'écoliers, dont les parents appartiennent aux deux catégories sus-citées à concurrence de 85 %. Le plus grand nombre des ménagères (9,6 %) et des "sans mention" (15,9 %) se recrutent également dans les couches populaires, dont font aussi partie les domestiques (4,8 %). Il ne reste guère que 2,6 % d'employés, 1,9 % de commerçants, 0,9 % de cadres et professions libérales.

À côté de ces constats dans lesquels les médecins trouvaient la confirmation de leurs nouvelles convictions, la révision de l'étiologie après la découverte du bacille par Koch en 1882 a mis l'accent sur les dangers de la contamination, et replacé au centre du débat la question de l'assainissement des habitations populaires. Les rapports des dispensaires liégeois au début du XXe siècle fourmillent de renseignements extrêmement précis sur les conditions de logement de leurs patients. Citons le nombre de pièces dont disposent les familles qui comptent un tuberculeux dans leurs membres.

Dans les arrondissements urbains et industriels de Liège et Verviers, 32 à 36 % des familles vivent dans deux pièces. A Huy, 39 % des ménages connaissent cette situation, mais une majorité relative des malades du dispensaire vivent

¹¹. Par exemple, les autres localisations du mal ne sont pas détaillées dans la statistique des causes de décès avant 1903.

même, avec leurs proches, dans une seule pièce (41 %) ! La région la plus rurale, celle de Waremme, est dans une position nettement plus favorable, puisque 87 % des phtisiques y possèdent trois pièces ou plus.

Tableau 1. – *Occupation des chambres des “nouveaux” tuberculeux. Dispensaires de la province de Liège, 1908-1911*

| Tuberculeux/ Chambre | Liège | | Huy | | Verviers | | Waremme | |
|-------------------------|-------|-------|-----|-------|----------|-------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Seul | 319 | 23,6 | 34 | 32,1 | 17 | 22,4 | 10 | 47,6 |
| + 1 personne | 364 | 27,0 | 23 | 21,7 | 33 | 43,4 | 6 | 28,6 |
| + 2 | 263 | 19,5 | 29 | 27,4 | 12 | 15,8 | 3 | 14,3 |
| + 3 | 200 | 14,8 | 11 | 10,4 | 5 | 6,6 | 2 | 9,5 |
| + 4 | 104 | 7,7 | 4 | 3,8 | 6 | 7,9 | 0 | 0,0 |
| + 5 | 56 | 4,2 | 2 | 1,9 | 2 | 2,6 | 0 | 0,0 |
| + 6 | 23 | 1,7 | 2 | 1,9 | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 |
| + 7 | 13 | 1,0 | 1 | 0,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| + 8 | 7 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 1 349 | 100,0 | 106 | 100,0 | 76 | 100,0 | 21 | 100,0 |

N.B. : Huy : années 1909 à 1911

Verviers : année 1911

Waremme : année 1908

Le clivage entre le monde des villes et celui des campagnes est confirmé par une deuxième analyse. Les familles tuberculeuses liégeoises et verviétoises disposent souvent d'une seule chambre pour loger tout le monde, au maximum de deux. Seuls 5 % des patients de Liège et 10 % de ceux de Verviers ont trois chambres dans leur maison. A Huy et à Waremme, les ménages de tuberculeux ont le plus souvent deux chambres. Le tuberculeux ne dort pas seul dans la majorité des cas. Dans la région liégeoise, près de trois phtisiques sur dix partagent pour la nuit une seule pièce avec trois autres personnes, contre un à Waremme, qui présente il est vrai des effectifs faibles (tableau 1). Une fois encore, la Hesbaye rurale apparaît favorisée car près de la moitié des malades y disposent d'une chambre personnelle. A Huy, un tuberculeux sur trois bénéficie également de cet isolement nocturne, mais dans les grandes villes et les communes industrielles, moins d'un patient sur quatre a droit à ce privilège.

Dans le milieu urbain, les conditions de logement se joignent aux risques élémentaires de contamination nés de la densité de la population, pour expliquer la surmortalité des citadins. C'est du moins ce que suggèrent le bon sens et la statistique des causes de décès, puisqu'en 1890 et 1920, le taux de mortalité par tuberculose pulmonaire est à Bruxelles de 24,9 pour 10 000, contre 12,7 dans l'ensemble de la Belgique, soit presque deux fois plus¹². Cette “pénalité ur-

12. On voudra bien noter que quand nous parlons de la période 1890-1920, les années de guerre 1914-1918 sont systématiquement exclues. Dans le cas présent, elles ne feraient que renforcer l'ampleur de l'écart. Les statistiques pour Anvers et Bruxelles d'après E. OLBRECHTS, “La mortalité par tuberculose...”, *op. cit.* Les chiffres relatifs à Liège résultent de calculs personnels à partir des relevés publiés par la commune.

baine”, qui est certainement exagérée compte tenu des problèmes critiques exposés plus haut, est moindre dans les métropoles comme Anvers ou Liège, qui accusent des surmortalités de l’ordre de 15 à 20 %.

Pourtant, si les patients du dispensaire Montefiore de Liège ont un taux annuel de mortalité élevé (8,8 %), à Waremmé, c’est plus d’un quart des malades (27%) qui meurt chaque année. Le stade atteint par l’affection au moment où le tuberculeux arrive au dispensaire est déterminant, comme nous le verrons par la suite.

Le portrait socio-démographique

Une surmortalité masculine caractérise les populations urbaines depuis l’apparition des premières statistiques au milieu du XIX^e siècle. À cette époque, à l’échelle de l’ensemble de la Belgique, la phtisie représentait un risque plus grand pour les femmes. Le poids croissant des villes a rapidement renversé cette inégalité globale et, entre 1890 et 1920, le rapport de masculinité des taux est de 109 en moyenne. Les problèmes critiques ne sont guère susceptibles d’affecter cette valeur, puisque le même indice est de 110 si l’on réunit la tuberculose pulmonaire et les maladies chroniques de la poitrine. Il est de 106 pour les “autres tuberculoses” et de 115 pour les maladies aiguës de voies respiratoires.

Dans la ville de Liège, à la même époque et pour la seule phtisie pulmonaire, le rapport de masculinité des taux monte à 138 mais, compte tenu des effectifs en présence, il n’est que de 118 sur la base des chiffres bruts de décédés. Il est par contre de 166 parmi les tuberculeux de l’hôpital des Anglais, ce qui atteste que le sexe mâle bénéficie des services hospitaliers bien au-delà des risques qu’il encourt. Toutefois, dans ce milieu, la perspective d’une issue fatale est la même pour les hommes (21,3 %) et pour les femmes (21,5 %).

L’âge est un déterminant nettement plus important puisque le taux de mortalité aux Anglais grimpe d’un minimum de 1,8 % à 0-4 ans et à un maximum de 36-37 % entre 35 et 54 ans, avec un palier brutal entre les enfants (5-14) d’une part, les adolescents et les jeunes gens (15-24 ans) d’autre part (tableau 2). Les risques encourus par la population belge considérée dans son ensemble sont infiniment moindres. Leur courbe se distingue en outre par l’importance des risques auxquels s’exposent les enfants de moins d’un an et les adultes de plus de 50 ans¹³.

La structure par âge des tuberculeux des quatre dispensaires liégeois diffère assez nettement de celle des décédés en Belgique (tableaux 3 et 4). En effet, dans chaque arrondissement, environ 30 % du contingent est fourni par les personnes âgées de 21 à 30 ans. Ce sont ensuite les individus de 31 à 40 ans qui s’adressent aux dispensaires, suivis par les adolescents (catégorie 11-20 ans). Les quinquagénaires et au-delà représentent moins de 7 %, tant dans les zones rurales qu’urbaines.

Pourtant, parmi les décédés relevés par la statistique belge, ces derniers représentent autour de 40 % des effectifs en 1890 et 1900. Ils sont toujours près de 20 % en 1910-1920, et encore cette chute est-elle factice, due à ce que l’on considère la phtisie et les autres maladies chroniques de la poitrine dans le premier cas, la tuberculose pulmonaire seule dans le second. Le fait qu’en 1910-1920, plus des deux tiers des individus déclarés morts de bronchite chronique

13. Les taux de mortalité selon le sexe et l’âge de 1856 à 1920 sont publiés par E. OLBRECHTS, “Contribution à l’étude de l’évolution de la mortalité tuberculeuse en Belgique. La mortalité selon le sexe et l’âge”, dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XIX, 1928, n° 3, p. 124.

Tableau 2. – *Taux de mortalité par tuberculose (toutes formes) à l'hôpital des Anglais, 1895-1920*

| Âges | Entrées | Décès | |
|---------|---------|-------|------|
| | | n | % |
| 0-4 | 110 | 2 | 1,8 |
| 5-14 | 340 | 10 | 2,9 |
| 15-24 | 286 | 56 | 19,6 |
| 25-34 | 299 | 93 | 31,1 |
| 35-44 | 216 | 79 | 36,6 |
| 45-54 | 131 | 49 | 37,4 |
| 55-64 | 71 | 21 | 29,6 |
| 65 et + | 14 | 4 | 28,6 |
| Total | 1467 | 314 | 21,4 |

Tableau 3. – *Structure par âge des tuberculeux. Dispensaire de la province de Liège 1908-1911*

| Années | Liège | | Huy | | Verviers | | Waremme | |
|---------|-------|-------|-----|-------|----------|-------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0-10 | 23 | 1,7 | 6 | 4,4 | 1 | 0,8 | 2 | 1,9 |
| 11-20 | 223 | 16,5 | 37 | 27,0 | 21 | 15,9 | 18 | 17,1 |
| 21-30 | 448 | 33,2 | 37 | 27,0 | 39 | 29,5 | 35 | 33,3 |
| 31-40 | 384 | 28,5 | 38 | 27,7 | 38 | 28,8 | 26 | 24,8 |
| 41-50 | 187 | 13,9 | 13 | 9,5 | 26 | 19,7 | 17 | 16,2 |
| 51-60 | 61 | 4,5 | 2 | 1,5 | 6 | 4,5 | 3 | 2,9 |
| + de 60 | 23 | 1,7 | 4 | 2,9 | 1 | 0,8 | 3 | 2,9 |
| Total | 1 349 | 100,0 | 137 | 100,0 | 132 | 100,0 | 105 | 100,0 |

N.B. : Verviers : années 1908 et 1911

Tableau 4. – *Structure par âge des décédés par tuberculose en Belgique, 1890-1920*

| Âges | 1890 | 1900 | 1910 | 1920 |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| 0 | 4,0 | 4,5 | 2,5 | 2,0 |
| 1 à 6 | 4,1 | 4,2 | 3,0 | 1,8 |
| 7 à 14 | 3,7 | 3,2 | 4,7 | 4,5 |
| 15 à 20 | 8,6 | 7,4 | 12,7 | 14,5 |
| 21 à 49 | 40,0 | 38,1 | 56,9 | 58,2 |
| 50 et + | 39,6 | 42,6 | 20,4 | 19,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : R. André et J. Pereira-Roque, *op. cit.*, p. 136 ; *Annuaire statistique de la Belgique*, 1911 et 1921.

(68,4 %) aient 50 ans ou plus confirme le caractère artificiel de cette évolution, qui s'explique par le changement du cadre nosologique en 1903. Il est donc évident que relativement aux issues fatales, les aînés, de même que les enfants de moins de 10 ans, sont sous-représentés dans la clientèle des dispensaires antituberculeux.

Aux Anglais entre 1895 et 1920, la jeunesse des malades par rapport aux morts est encore plus nette. Le groupe le mieux représenté est celui des enfants de 5 à 14 ans. Près d'un patient sur quatre se recrute dans cette tranche d'âge, un sur cinq a entre 15 et 24 ans et autant entre 25 et 34 ans. Ce sont les plus jeunes enfants et les plus de 55 ans qui sont le moins souvent hospitalisés pour tuberculose.

Le portrait socio-médical

Au début du XIXe siècle, en cas de tuberculose pulmonaire, les moyens thérapeutiques se résument pratiquement à la cure d'hygiène, d'air et de repos, dont la réussite n'est concevable que si l'organisme n'est pas déjà trop atteint. Les sanatoria refusent d'ailleurs d'accueillir les patients trop "avancés". Aussi les médecins des dispensaires s'efforcent-ils prioritairement d'établir *l'ancienneté de la maladie*. Pour la majorité des patients qui se présentent en consultation, les premiers symptômes remontent à moins d'un an : 59 % de tuberculeux "récents" à Liège, 65,7 % à Waremme, la proportion est honorable.

Le stade de l'affection n'est cependant pas toujours en corrélation avec son ancienneté. La tuberculose peut se manifester directement sous une forme aiguë qui correspond au troisième degré du mal. Analysés sous cet angle, les rapports des dispensaires liégeois révèlent une réalité plus préoccupante qu'il n'y paraît. Si dans les arrondissements plutôt urbains et industriels que sont Liège et Verviers, la plus grande partie des patients se présentent lorsqu'ils sont atteints au premier degré, dans la région rurale de Waremme, plus de la moitié des tuberculeux sont déjà touchés au deuxième degré (tableau 5). C'est à Huy que la situation est la plus déplorable : une majorité relative des malades (41 %) sont parvenus au dernier stade quand ils poussent la porte du dispensaire.

Tableau 5. – Répartition des nouveaux tuberculeux selon le stade de l'affection. Dispensaires de la province de Liège, 1908-1911

| Stades | Liège | | Huy | | Verviers | | Waremme | |
|----------------|-------|-------|-----|-------|----------|-------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Prétuberculeux | 43 | 3,2 | 10 | 7,3 | 5 | 2,7 | 1 | 1,0 |
| 1er degré | 795 | 58,9 | 26 | 19,0 | 69 | 37,1 | 8 | 7,6 |
| 2e degré | 334 | 24,8 | 43 | 31,4 | 59 | 31,7 | 58 | 55,2 |
| 3e degré | 177 | 13,1 | 57 | 41,6 | 53 | 28,5 | 37 | 35,2 |
| Tuber. osseuse | – | – | 1 | 0,7 | – | – | 1 | 1,0 |
| Total | 1 349 | 100,0 | 137 | 100,0 | 186 | 100,0 | 105 | 100,0 |

N.B. : Verviers : années 1909 à 1911

Dans ces conditions, l'importance des *décès* ne surprend pas. Si Huy et Verviers ne mentionnent pas les pertes humaines qu'ils ont à déplorer, les chiffres de Liège et de Waremme sont excessivement élevés, nous l'avons déjà signalé. Dans la première région, un patient tuberculeux sur dix meurt en 1908, et la proportion est toujours considérable quatre ans plus tard (9 %). Dans l'arrondissement le plus rural, Waremme, la situation est encore plus désolante. Plus d'un patient des dispensaires sur quatre (27 %) succombe chaque année entre 1908 et 1911. Il est vrai qu'à Liège, 13 % des malades sont atteints au troisième degré pour 35 % à Waremme ! Un dépistage précoce reste bien l'arme la plus efficace des phthisiologues jusqu'à la Première Guerre mondiale, voire au-delà, et les efforts réalisés en ce domaine sont nettement plus efficaces en ville que dans les campagnes¹⁴.

Il est frappant de constater que dans un milieu hospitalier urbain comme celui des Anglais, entre 1895 et 1920, les risques de décéder sont moindres que parmi les patients d'un dispensaire rural comme celui de Waremme, alors que la surmortalité des grandes villes est nette à cette époque. Cela tient à la sélection des patients en fonction du *type de pathologie*. Aux Anglais, les phthisiques ne représentent que 45 % de l'ensemble des tuberculeux repérés dans le registre. Ce chiffre est largement inférieur à leur proportion parmi les causes de décès, et même à la fréquence absolue des différentes formes du mal, à en croire la médecine contemporaine¹⁵.

Le fort pourcentage de pathologies extra-pulmonaires trouve son origine dans les techniques thérapeutiques en vigueur. Alors que la phthisie se soignait surtout par cure à l'aide de médicaments, les autres localisations étaient souvent susceptibles d'être résorbées par une chirurgie qui, à partir des années 1880-1890, multiplie les audaces et les succès¹⁶. Pour le mal de Pott notamment, les médecins procédaient à des réductions forcées sous anesthésie générale¹⁷. Un tuberculeux hospitalisé sur sept est atteint de cette affection, pour un sur cinq qui souffre des articulations. Ils sont 72 dans ce cas à quitter l'hôpital munis d'un appareil ou d'un corset, et ce chiffre est certainement un minimum. En dehors de ces grandes catégories, les abcès froids sont encore à l'origine d'une hospitalisation sur dix, de même que l'ensemble des autres formes de tuberculose, lupus, entérites ou péritonites dues au bacille de Koch...

14. Cette observation est à mettre en relation avec un débat parfois vif, parmi les acteurs de la lutte antituberculeuse, entre les défenseurs d'une politique publique des logements pour éradiquer les taudis, et les partisans de l'action préventive, individualisée, des dispensaires (M. IDE, "La lutte antituberculeuse", dans *Revue médicale de Louvain*, 1924, p. 41-44). La mortalité des tuberculeux soignés à Waremme, près de trois fois supérieure à celle des Liégeois, alors même que les campagnards sont mieux logés et que les taux de mortalité urbains excèdent les ruraux, plaide rétrospectivement en faveur des seconds.

15. En 1910, le taux de mortalité par tuberculose pulmonaire s'élève à 19 ‰ contre 3,4 ‰ pour les autres formes de tuberculose. En 1986, YERNAULT estime que "dans environ 15 % des cas, la maladie tuberculeuse sera située en dehors du thorax qui reste donc, et de loin, le site préférentiel de la tuberculose" ("La tuberculose: pathologie, sémiologie et diagnostic", dans *Encyclopédie médico-chirurgicale*, POU II, n° 6019 A 33, Paris, 1986, p. 1).

16. Y. HORRENT, M. ORIS, P. SERVAIS, K. VELLE, *op. cit.*, p. 230-231.

17. Ch. COURY, *Grandeur et déclin d'une maladie: la tuberculose au cours des âges*, Suresnes, 1972, p. 65.

Tableau 6. – Répartition des tuberculeux hospitalisés aux Anglais selon le type d'affection et l'âge, 1895-1920

| Affections | 0-4 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65 & + | Total |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | N | | | | | | | | |
| Tub. pulmon. | 0 | 23 | 153 | 202 | 152 | 93 | 33 | 8 | 664 |
| Tub. des articul. | 39 | 123 | 50 | 34 | 16 | 17 | 14 | 2 | 295 |
| Tub. des os | 51 | 125 | 10 | 4 | 10 | 2 | 1 | 1 | 204 |
| Abcès froids | 11 | 30 | 44 | 28 | 17 | 7 | 12 | 1 | 150 |
| Autres | 9 | 39 | 29 | 31 | 21 | 12 | 11 | 2 | 154 |
| Total | 100,0 | 340 | 286 | 299 | 216 | 131 | 71 | 14 | 1 467 |
| | % | | | | | | | | |
| Tub. pulmon. | 0,0 | 6,8 | 53,5 | 67,6 | 70,4 | 71,0 | 46,5 | 57,1 | 45,3 |
| Tub. des articul. | 35,5 | 36,2 | 17,5 | 11,4 | 7,4 | 13,0 | 19,7 | 14,3 | 20,1 |
| Tub. des os | 46,4 | 36,8 | 3,5 | 1,3 | 4,6 | 1,5 | 1,4 | 7,1 | 13,0 |
| Abcès froids | 10,0 | 8,8 | 15,4 | 9,4 | 7,9 | 5,3 | 16,9 | 7,1 | 10,2 |
| Autres | 8,2 | 11,5 | 10,1 | 10,4 | 9,7 | 9,2 | 15,5 | 14,3 | 10,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Le type d'affection influe directement sur la répartition selon l'âge. Au vu du tableau 6, les relevés hospitaliers confirment ceux des dispensaires. La phtisie frappe surtout les adultes ayant entre 15 et 44 ans, avec une acuité particulière dans la tranche des 25-34 ans. Seul 14 % des "poitrinaires" hospitalisés ont entre 45 et 54 ans et 6 % à peine ont dépassé ce seuil. La structure par âge est tout à fait différente en ce qui concerne les tuberculoses des os et des articulations, car les enfants sont, de loin, les plus touchés. A partir de 15 ans, le nombre de cas décroît quand l'âge augmente. Les abcès froids concernent dans 30 % des cas les individus âgés de 15 à 24 ans.

L'influence des différentes localisations de la tuberculose n'est pas moins évidente sur les diagnostics de sortie des patients hospitalisés (tableau 7). Le "poitrinaire" qui entre à l'hôpital a moins de 60 % de chances d'en sortir en vie ! Les améliorations et les guérisons réunies n'égalent même pas le nombre de décès. Le mal de Pott, les tumeurs blanches et les abcès froids donnent, par contre, des chiffres rassurants : le taux de mortalité oscille entre 1,36 et 6,62 %. Même si nous savons qu'il a fallu attendre l'ère des antibiotiques pour parvenir à réellement soigner les différentes formes de tuberculose, les traitements imparfaits utilisés dans les hôpitaux dès la fin du XIXe siècle, étaient déjà relativement performants quand ils étaient appliqués aux localisations extra-pulmonaires.

Tableau 7. – Répartition des tuberculeux hospitalisés aux Anglais selon le motif de sortie et le type d'affections, 1895-1920

| Motifs | Tuber. pulmon. | Tuber. des articul. | Tuber. des os | Abcès froids | Autres | Total |
|------------------------|----------------|---------------------|---------------|--------------|--------|-------|
| N | | | | | | |
| Non mentionné | 17 | 6 | 10 | 2 | 4 | 39 |
| Guérison | 66 | 126 | 47 | 78 | 78 | 396 |
| Amélioration | 179 | 120 | 109 | 33 | 20 | 461 |
| Décès | 268 | 4 | 8 | 10 | 24 | 314 |
| A la demande | 113 | 27 | 20 | 23 | 22 | 205 |
| Raisons adm. et autres | 23 | 12 | 10 | 5 | 5 | 55 |
| Total | 666 | 295 | 504 | 151 | 154 | 1 470 |
| % | | | | | | |
| Non mentionné | 2,6 | 2,0 | 4,9 | 1,3 | 2,6 | 2,7 |
| Guérison | 9,9 | 42,7 | 23,0 | 51,7 | 51,3 | 26,9 |
| Amélioration | 26,9 | 40,7 | 53,4 | 21,9 | 13,0 | 31,4 |
| Décès | 40,2 | 1,4 | 3,9 | 6,6 | 15,6 | 21,4 |
| A la demande | 17,0 | 9,2 | 9,8 | 15,2 | 14,3 | 13,9 |
| Raisons adm. et autres | 8,2 | 4,1 | 4,9 | 3,3 | 3,2 | 3,7 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

L'histoire sociale de la santé

Les acteurs médicaux

Les décès dus à la tuberculose et les malades atteints de cette affection constituent des sous-populations elles-mêmes issues des populations générales, belges ou liégeoises. Les divergences entre les structures de ces différents groupes trouvent leur origine dans des mécanismes de sélection multiples, biologiques, économiques, sociaux ou culturels, dont l'identification est l'objet même d'une histoire sociale de la santé. Le thème méconnu des filières de recrutement des patients peut nous tenir lieu de point de départ.

Ce sont les praticiens locaux qui ont le contact le plus direct, le plus immédiat avec les tuberculeux. Les hôpitaux peuvent servir de recours ultime aux indigents, mais les cliniciens comme les généralistes sont largement impuissants avant la fin du XIXe siècle. A cette époque, avec les premières techniques curatives, sur la base d'une étiologie réformée, les acteurs se multiplient. Le Liégeois Ernest Malvoz, pionnier de la bactériologie en Belgique, œuvre d'abord à l'érection d'un sanatorium provincial pour indigents sur le modèle allemand. Le premier est ouvert en 1903 à Borgoumont-la-Gleize¹⁸.

18. A. COLIGNON, *Ernest Malvoz et la politique médicale de la province de Liège, 1895-1985*, Liège, 1985, p. 45-50. Nous n'avons pas réussi à trouver les registres d'entrée de ce sanatorium, ce qui nous aurait permis de compléter l'éventail de nos comparaisons.

Les ouvrages médicaux opposent souvent ce concept thérapeutique à l'idée française du dispensaire. Le professeur Calmette considérait en effet qu'en France, les hôpitaux spéciaux pour tuberculeux ne parviendraient pas à s'imposer, tant en raison de l'insuffisance des ressources financières que de la mentalité ouvrière, trop éprise de liberté. Il propose dès lors de créer des dispensaires dont le but sera de procurer au travailleur le traitement à domicile par la suralimentation, le repos, la cure d'air¹⁹.

Malvoz, qui a connu Calmette lors de ses études à l'Institut Pasteur, reste assez sceptique devant ce projet. Il préfère favoriser l'institution de Borgoumont, mais il se rend compte qu'il faut aussi dépister les tuberculeux curables, surveiller les malades sortis du sanatorium et enseigner la prophylaxie à ceux qui ne peuvent y aller, en les aidant le plus possible. Il met sur pied un premier dispensaire en 1900²⁰. Ce centre s'attache avant tout au dépistage et au tri des patients. C'est là que, en fonction du stade de la maladie, de sa localisation, de l'âge, etc., le médecin opéra pour le préventorium, la colonie scolaire, la cure d'air, la cure maritime, le sanatorium, l'hôpital ou l'isolement à domicile²¹. Les dispensaires, dont le nombre se multiplie rapidement, sont donc destinés à devenir l'infrastructure de base dans la stratégie thérapeutique qui se met en place mais, ce faisant, ils volent la vedette aux praticiens locaux !

En 1911, la comparaison des statistiques de Huy avec celles des autres dispensaires provinciaux permet au Dr Lebrun de repérer la proportion excessive de patients arrivés au dernier stade qui caractérise l'œuvre hutoise. Suite à ce constat, il juge bon d'adresser une circulaire à tous les médecins de l'arrondissement pour les inviter à une meilleure collaboration. Il est vrai que les relations avec les généralistes n'ont pas toujours été idylliques : "Les médecins n'envoyaient pas de gaieté de cœur leurs clients au dispensaire, car s'ils étaient admis au sanatorium et s'ils en sortaient améliorés, ils ne les revoyaient plus²²." Dès 1901, un dirigeant de syndicats médicaux, le Dr Dejace, lançait à la *Ligue contre la Tuberculose* un avertissement clair : si celle-ci décidait "d'ouvrir à tout venant des cabinets de consultations gratuites avec dispensation gratuite des médicaments", les médecins n'hésiteraient pas à lui mettre des bâtons dans les roues²³.

Or, leur collaboration est indispensable aux dispensaires, surtout ruraux²⁴. Dans les institutions liégeoises entre 1908 et 1911, 68 à 84 % des patients sont envoyés à la consultation par un médecin. À la veille de la Première Guerre mondiale, les présentations spontanées sont largement minoritaires et nos statistiques manquent de profondeur chronologique pour mesurer une évolution. Elles nous permettent cependant de constater que dans les centres urbains de Liège et de Verviers, à côté du médecin de famille, à concurrence de 30 % environ, les cliniciens soucieux d'un suivi thérapeutique de leurs patients sont d'importants fournisseurs des dispensaires. Il faut y voir l'origine de la distinction entre les villes et les campagnes au point de vue du stade de l'affection et de la mortalité.

19. B. LEFFEVRE, "Le dispensaire antituberculeux en Belgique. Son origine. Sa mission. Son utilité. Son organisation. Son avenir", dans *Le Scalpel*, t. LVII, 1905, n° 43, p. 318-321.

20. La même année, Calmette en inaugure un à Lille. J. GRANDJEAN, "Le dispensaire antituberculeux de Verviers. 'Dispensaire Malvoz'. Coup d'œil rétrospectif sur son activité. Le nouveau local", dans *Revue de la Croix-Rouge*, 1924, p. 225.

21. *Cinquante ans de lutte contre la tuberculose en Belgique (1897-1947)*, Bruxelles, s.d., p. 4.

22. M. WALLE, "Les dispensaires antituberculeux", dans *Liège-Médical*, 1938, p. 124.

23. L. DEJACE, "La lutte contre la tuberculose", dans *Le Scalpel*, t. LIII, 1901, n° 46, p. 329.

24. M. STASSEN, "La tuberculose rurale", dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XXIII, 1932, n° 4, p. 154-155.

La santé entre l'indicateur et l'enjeu social

Ces écarts entre tuberculeux des villes et des champs peuvent bien sûr trouver aussi leur origine dans une certaine forme de conservatisme, une plus grande méfiance des milieux ruraux envers les structures de médicalisation²⁵. En 1938 encore, Selleslags note "le peu de facilité avec laquelle nos population rurales recourent à l'assistance médicale"²⁶.

Il est vrai que, si ses objectifs sont sociaux et empreints de générosité, le dispensaire n'en reste pas moins l'héritier d'une perception méprisante des démunis. Il prévoit en effet d'aider matériellement les patients dans un but prophylactique direct, mais aussi indirect, afin de s'assurer de leur fidélité malgré l'imposition d'une discipline de vie nouvelle, base morale autant que physique de leur régénération. L'infirmière visiteuse, ancêtre de l'assistante sociale, assure d'ailleurs une surveillance à domicile²⁷. L'accoutumance des indigents urbains aux visites des médecins des hospices et des hôpitaux, envers lesquels ils commencent à renoncer à une longue hostilité à la fin du XIXe siècle, a pu jouer un rôle²⁸.

Lorsque l'on évoque de la sorte des préjugés, on ne peut faire l'économie d'une dimension socio-démographique fondamentale, l'âge. Au point de vue masculin, le clivage est net entre la structure par âge vieillie des décédés et celle, nettement plus jeune, des patients étudiés. Il est possible que les individus plus âgés aient hésité à fréquenter les dispensaires, non seulement en raison de préjugés anciens, mais aussi parce qu'ils jugeaient inutile de réagir : les jeunes adultes qui tombent malades tentent de se soigner pour récupérer une espérance de vie bien sûr, mais aussi leur capacité de travailler physiquement, qui reste l'unique potentiel de revenus pour l'indigent et sa famille. Au-delà d'un certain âge, la volonté de réagir est sans doute différente.

D'ailleurs, plus brutalement atteints en général, sans guère d'espoirs de rémission, les vieillards sont refusés par les sanatoriums, détournés des dispensaires et des hôpitaux²⁹. Ils ne représentent plus qu'une charge, un investissement socio-économique dépourvu de rentabilité. Alors que le droit à la santé pour tous est encore un concept en jachère, que les ressources des ligues privées ou des hospices civils ne sont pas inépuisables, l'ensemble des acteurs médicaux sélectionnent les individus pour lesquels "cela ne vaut plus la peine" de tenter quelque chose³⁰. Peut-être même ces derniers s'identifient-ils eux-mêmes. C'est un sujet difficile certes, mais qui mérite de toute évidence d'être approfondi bien au-delà de nos premières hypothèses interprétatives.

25. Voir par exemple la vision des Dr L. LEBRUN et A. LECRENIER, *Œuvre hutoise des tuberculeux. Rapport sur l'exercice 1911*, s.l., 1913, p. 123.

26. W. SELLESLAGS, *op. cit.*, p. 91.

27. A. COLIGNON, *op. cit.*, p. 51 ; "L'armement antituberculeux belge", dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XV, 1924, n° 8-9, p. 240.

28. Les populations urbaines sont également favorisées par le développement des mutualités, institutions dont le rôle en matière de médecine préventive devient essentiel au plus tard durant l'entre-deux-guerres. De nombreux articles dans la *Revue belge de la Tuberculose* en témoignent.

29. Dr GEFRAERD, "Hospitalisation des tuberculeux incurables", dans *Ibidem*, t. XX, 1929, n° 3, p. 117-119. A la charnière du XIXe et du XXe siècle, au moment même où le vieillissement se constitue en tant que problème démographique, l'observation est générale, valable bien au-delà du cas des tuberculeux. Voir Y. HORRENT, M. ORIS, P. SERVAIS, K. VELLE, *op. cit.*, p. 232-233.

30. Cela devient d'ailleurs un objet de débats dans les années 1920, la nécessité d'éviter l'arbitraire se faisant sentir. "L'armement antituberculeux belge...", *op. cit.*, p. 251 ; H. RULOT, "De l'organisation de la lutte antituberculeuse", dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XVI, 1925, n° 9, p. 239 ; "Colonies, preventoriums et sanatoriums pour enfants. Essai de définition du caractère et de la destination de ces trois catégories d'établissements", *Ibidem*, t. XXII, 1931, n° 4, p. 149-151 ; etc.

De ce point de vue, les difficultés économiques du tuberculeux adulte, chef de famille, sont un élément relativement bien documenté. Aux Anglais, 14 % des malades sont sortis à leur demande, contre l'avis médical ; ce chiffre s'élève à 17 % pour les phthisiques. Ces départs émanent principalement (70 %) d'adultes de 15 à 54 ans, ouvriers ou artisans. Il est vrai que le traitement de la tuberculose pulmonaire exige, pour produire des résultats durables, un temps extrêmement long. Or, de l'avis général, il n'est pas possible de maintenir un indigent plus de trois ou quatre mois dans un sanatorium³¹. En effet, outre le coût de son entretien, il ne faut pas oublier que "pour l'ouvrier tuberculeux et sa famille, le diagnostic de tuberculose est un arrêté de misère. Tant que durera le traitement, qui nourrira la famille ? Qui pendra soin des enfants ? Est-il suffisant que certaines œuvres charitables apportent à cette pénible situation un remède forcément partiel"³² ?

Le docteur Moeller résume en 1894 un thème récurrent chez les médecins : les malades pauvres sont obligés de travailler pour assurer la survie de leur famille ; ils ne pensent à se faire soigner que trop tard, lorsque la tuberculose est si avancée qu'elle leur interdit toute activité. Le recours au dispensaire ou à l'hôpital est dès lors bien insuffisant pour leur permettre de recouvrer la santé. Tout au plus une amélioration passagère pourra-t-elle se produire, pour être aussitôt ruinée par le retour à une vie de privations³³... Aux Anglais d'ailleurs, plus d'un tiers des tuberculeux ont déjà été hospitalisés auparavant. Il n'est dès lors pas étonnant qu'au-delà de 50 ans, la sénescence progresse rapidement sur ces organismes fragilisés par un long combat, pour les conduire à une mort que ni eux, ni les médecins, ne peuvent plus espérer différer.

Conclusions

On le conçoit sans peine, cette communication s'est voulue un essai. Essai méthodologique d'abord, par la confrontation de sources imparfaites pour approcher des processus de sélection. Essai d'histoire de la santé dès lors, et, à terme, d'épidémiologie historique, domaine où les causalités s'inscrivent dans des complexes qu'il est bien malaisé de démêler. Ceci posé, notre étude jette quelque éclairage sur l'épidémiologie de la "peste blanche", en particulier sur la curabilité variable des différentes formes de tuberculose (hôpital des Anglais), et sur l'impact du stade atteint par la maladie sur les perspectives thérapeutiques (dispensaires liégeois). Elle révèle aussi quelques dimensions de la gestion socio-économique de la santé, des conflits sous-jacents à l'émergence d'une médecine de prévention moderne, et des ambiguïtés de cette émergence.

En outre, elle témoigne, dans le cadre de ce volume sur l'hôpital, de la

31. F. DAUWE, "Que faut-il penser du sanatorium populaire ?" dans *La Belgique médicale*, t. XV, 1908, n° 3, p. 27-29 ; F. LENTZ, "Les sanatoriums pour tuberculeux indigents et l'initiative privée", dans *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1904, p. 120 ; DANDOIS, "Les œuvres de lutte contre la tuberculose", dans *Ibidem*, 1924, p. 671.

32. Dr WOLFSOHN, "Comment résoudre le problème de la tuberculose ?", dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XVI, 1925, n° 7, p. 197.

33. Dr MOELLER, "De l'hospitalisation des tuberculeux", dans *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1894, p. 503-504. C'est de ce constat que sont nés de multiples projets de rééducation des malades. Voir entre autres Dr PATERNOTTRE, "Travail au sanatorium. Œuvres postsanatoriales", dans *Revue belge de la Tuberculose*, t. XVI, 1925, n° 9, p. 240-244 ; K. MENZIES, "Le rôle joué par les colonies de rééducation au travail dans le traitement de la tuberculose", *Ibidem*, n° 2, p. 47-52 ; R. COURTOIS, "Projet de création d'un atelier de rééducation en annexe au sanatorium de Marcinelle", *Ibidem*, t. 20, 1929, n° 3, p. 115-116 ; etc.

richesse des documents d'institutions qui se construisent une place en amont du système hospitalier, en l'occurrence les dispensaires. Enfin, elle donne un exemple, unique dans l'historiographie belge, de l'intérêt des registres hospitaliers pour l'étude non plus d'un ensemble pathologique, mais bien d'un type spécifique d'affections, la tuberculose.

C'est en termes d'histoire sociale que les perspectives de recherche nous semblent les plus prometteuses. Les changements dans la fonction socio-médicale de l'hôpital et dans la définition de la santé comme enjeu social se traduisent par une multiplication des acteurs, des concurrences. Il importe dans cette optique de s'interroger sur les publics visés et les publics atteints, sur les conflits et les collaborations. La question du "marché" médical, de sa constitution objective et subjective, de son partage, constitue un chapitre encore négligé, croyons-nous, de l'histoire sociale de la santé.

Muriel NEVEN
Michel ORIS
*Laboratoire de Démographie
Université de Liège
Place du 20 Août, 32
4000 Liège
Belgique*

RÉSUMÉ

A la charnière des XIX^e et XX^e siècles, la lutte contre la tuberculose est un moteur puissant d'une redéfinition de la santé comme enjeu social et non plus individuel. Dans ce cadre, sur le marché des soins de santé, les acteurs se multiplient, non sans que cette multiplication produise des tensions. Ce papier compare les publics atteints et visés par un hôpital régional et les dispensaires antituberculeux de la province de Liège, et étalonne ces comparaisons grâce à la statistique des causes de décès. Il étudie la contribution respective des registres hospitaliers et des relevés statistiques des dispensaires à l'épidémiologie historique de la "peste blanche" et à une histoire sociale de la santé.

SUMMARY

During the late XIXth and the beginning of the XXth centuries, the struggle against tuberculosis is a strong reason to redefine health as social gaming, and not as individual gaming anymore. Here the number of actors increases on the market of medical cares, involving some tensions. This paper compares (by the mean of death causes statistics) people affected and treated in a local hospital, and those treated in the antitubercular health centres from the province of Liège. It studies the respective contribution of hospital records and statistics list of health centres to the historical epidemiology of the "white plague" and to social history of the health.