

HISTOIRE DE LA MÉDECINE
PLÉTHORE ET ART DE GUÉRIR.
LE MALAISE DES MÉDECINS LIÉGEOIS AU XIX^e SIÈCLE

C. HAVELANGE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

**PLÉTHORE ET ART DE GUÉRIR.
LE MALAISE DES MÉDECINS LIÉGEOIS AU XIX^e SIÈCLE**

C. HAVELANGE (1)

RÉSUMÉ

L'inquiétude du corps médical à l'égard de la croissance de ses effectifs n'est pas un phénomène nouveau : dès le XIX^e siècle, il est en effet très nettement perceptible dans la presse et la littérature professionnelles. L'analyse quantitative et l'étude du discours médical proprement dit se rejoignent ici pour élucider les significations présentes dans la dénonciation récurrente de la pléthore de la profession médicale.

Parmi les difficultés auxquelles est aujourd'hui confrontée la profession médicale, le nombre toujours croissant des praticiens occupe une place de choix. D'année en année, le problème devient plus aigu et le spectre menaçant du chômage plane, semble-t-il, sur les nouvelles générations de médecins. Tout le monde paraît d'accord sur ce point : les médecins, bien sûr, mais aussi leurs détracteurs qui, en dénonçant l'aliénation sociale et individuelle consécutive de ce qu'ils appellent la surmédicalisation, reconnaissent le même gonflement du personnel médical. Paradoxalement, le thème de la pléthore nourrit plusieurs discours contradictoires.

Quoi qu'il en soit des intentions, l'argument quantitatif ne justifie-t-il pas toutes les inquiétudes ? Sait-on, par exemple, qu'en 1982, 3.057 médecins étaient habilités à exercer dans la province de Liège (1) ? Des chiffres de cet ordre sont sans précédent, et l'on peut à juste titre leur opposer les quelques centaines de praticiens qui exerçaient dans la même région au début de ce siècle : à titre d'indication, ils n'étaient que 495 docteurs en médecine en 1900 (2), et ceci pour soigner une population de près de 830.000 habitants ! D'aussi modestes effectifs évoquent inévitablement l'image un peu désuète des médecins d'hier, tout entiers consacrés à leur pratique, en des lieux

à peine encore touchés par les progrès de la science. Leur travail, pense-t-on, ne suffisait pas à la tâche, alors qu'aujourd'hui, le déséquilibre de l'offre et de la demande semble s'être définitivement inversé.

Cependant, si les chiffres actuels de population médicale témoignent d'une situation professionnelle nouvelle, le thème de la pléthore est, quant à lui, beaucoup plus ancien : il remonte, au moins, à la moitié du XIX^e siècle. Le présent article se propose de rendre compte de ce phénomène en interprétant le discours médical au siècle précédent, à la lumière des données quantitatives que l'on possède sur le sujet.

LE DISCOURS MÉDICAL

*« L'effrayante » augmentation
du personnel médical*

En 1818, dans la continuité des lois révolutionnaires françaises (3), le gouvernement hollando-belge instaure un second ordre de praticiens qui, à côté des docteurs universitaires, doit contribuer à la médicalisation harmonieuse de l'ensemble de la population (4). On attend surtout de ces « officiers de santé », humbles praticiens aux connaissances élémentaires, qu'ils assurent une présence médicale mieux affirmée dans les régions, surtout rurales, traditionnellement négligées par les médecins.

(1) Licencié en Histoire, Université de Liège.

Quelques années après la naissance de la Belgique indépendante, en 1835, le pouvoir législatif décrète la suppression de l'officiat de santé (5). Cette décision est officiellement justifiée par l'idée que le nombre toujours croissant des praticiens universitaires suffit amplement à répondre aux besoins de la population (6). De plus, en rendant le cursus universitaire plus exigeant, la même loi de 1835 renforce encore cette mesure de stabilisation, sinon de diminution du personnel médical (7).

Plus tard encore, vers la fin des années 1840, malgré les effets persistants de la loi de 1835, le monde médical commence à manifester une vive inquiétude à l'égard de l'importance de ses effectifs. L'Académie royale de Médecine, nouvellement instituée (8), donne le ton de la critique : « le nombre de docteurs a été croissant chaque année », y affirme, en 1843, le D^r Fallot, « les ressources [sont] petites, les besoins pressants : on met la médecine au rabais, c'est un malheur » (9).

L'Académie joue un rôle d'initiateur. Mais elle est rapidement prise en relais par un nouveau discours : celui des associations et de la presse professionnelles qui, dès la moitié du siècle, développent en des termes alarmistes l'« encombrement de la profession médicale ». Dans ce contexte, *le Scalpel* (10) peut être considéré comme un des principaux centres de diffusion des idées nouvelles, au niveau liégeois, bien sûr, mais aussi, et dans une très large mesure, au niveau national. En 1851, le journal juge la situation « effrayante ». Il considère que l'augmentation « des personnes appelées à exercer les professions médicales [...] n'est plus compatible avec les besoins de la corporation » (11). Il semble que « partout on se plaint du malaise extrême dans lequel languissent les professions médicales [...] et du nombre toujours croissant des praticiens » (12). Dès ce moment, et jusqu'à la fin du siècle, le thème de la pléthore revient comme un leitmotiv dans tout le discours corporatif. Jamais il ne s'épuise ni ne se nuance. Il occupe au contraire une place toujours plus grande dans l'affirmation du malaise médical : « En Belgique, la carrière est encombrée : les médecins pullulent partout, et les villes surtout en regorgent » (13). En 1864, « nous pensons en fait qu'il y a partout, mais dans les villes particulièrement,

deux ou trois fois trop de praticiens. Voilà ce qui crée le malaise dans lequel ils se trouvent » (14). Et en 1879, « il y a presque autant de médecins que de malades » (15). Quelques années plus tard, « il y a trois ou quatre médecins, là où un seul pourrait suffire » (16). En 1898 enfin, « la pléthore médicale est telle que la profession ne peut plus nourrir son homme et cependant de nouvelles couches de jeunes se déposent sur les couches annuelles ; de nouvelles bandes marchent à la conquête d'un diplôme si long à acquérir et si peu productif désormais » (17).

Mais il ne suffit pas de dénoncer la pléthore ; il faut encore l'expliquer, désigner les coupables et, si possible, trouver les moyens d'y remédier. Les associations corporatives consacrent une part importante de leur énergie à la réalisation de ce but.

La source du mal : l'organisation de l'enseignement supérieur

Dès qu'elle réalise son émancipation politique, la Belgique proclame haut et fort le principe de la liberté de l'enseignement. Mais il lui faut cinq années encore pour parvenir à inscrire cette nouvelle valeur dans une restructuration cohérente de l'instruction publique ; cinq années pour réaliser un compromis acceptable entre le principe idéologique de la liberté et la nécessité politique de contrôler et d'uniformiser l'enseignement au niveau national. Ce n'est qu'en 1835 en effet que la *loi organique de l'instruction publique* instaure, pour tout le royaume, le système des jurys centraux (18). Cette institution « neutre et impartiale » (19), est censée garantir la liberté de l'enseignement puisque « toute personne peut se présenter aux examens et obtenir des grades sans distinction du temps, du lieu ou de la manière dont elle a fait ses études » (18). Ainsi, ce ne sont plus les particularités ni la subjectivité des universités qui déterminent et monopolisent la formation de l'élite intellectuelle du pays. Sous le contrôle de l'Etat, une assemblée de savants juge en toute indépendance les connaissances objectives des récipiendaires.

Mais l'enthousiasme suscité par le nouveau système est de courte durée. Rapidement, en effet, la composition des jurys d'examen commence à soulever de nombreuses critiques.

C'est que la nomination des examinateurs dépend de la couleur politique de la majorité parlementaire et s'insère ainsi dans le contexte de la lutte que se livrent catholiques et libéraux. « Le législateur de 1835 s'était moins préoccupé de l'idée scientifique que de l'idée politique ; le but était manqué » (20), écrit Alphonse Leroy, résumant ainsi les arguments dénonçant l'affaiblissement progressif du niveau des études au profit des traditionnelles querelles politiques qui déterminent, en Belgique, une « guerre scolaire » pour ainsi dire permanente.

Il faut attendre 1849 pour qu'une nouvelle loi (21) modifie sensiblement l'organisation des jurys d'examen, de manière à y assurer l'égale représentation des professeurs de l'enseignement libre et de l'enseignement de l'Etat. Dans son ensemble, la loi de 1849 prétend encore renforcer la rigueur des études universitaires. C'est ainsi qu'elle institue le grade préparatoire d'« élève universitaire » (22).

Mais les jurys de 1849, loin d'apaiser la colère des détracteurs de l'enseignement supérieur, semblent, au contraire, la renforcer : « lorsque nous comparons ce que ces études étaient avant 1849, sous le règne du jury central unique, et ce qu'elles sont maintenant, nous sommes péniblement affectés. Elles sont engagées dans une période de décadence manifeste » (23). Dix ans plus tard, on peut encore lire sous la plume d'un rédacteur du *Scalpel* : « Le provisoire dans lequel notre enseignement supérieur végète depuis quarante ans est désastreux pour les études et pour l'enseignement lui-même. Il serait temps d'en finir une bonne fois et de faire quelque chose de définitif » (24).

Pour les milieux médicaux de défense professionnelle, la mauvaise organisation de l'enseignement et l'altération connexe du niveau des études, constituent la véritable cause de l'encombrement de la carrière médicale. S'il y a pléthore, c'est parce que l'enseignement est médiocre, peu exigeant, et que, dès lors, les diplômes sont obtenus sans grande difficulté : « les jurys d'examen sont occupés à enfourner de nombreux candidats et bientôt, nous allons voir éclore et s'abattre sur la Belgique une nouvelle nuée de médecins. La profession est cependant déjà arrivée à un encombrement tel qu'elle ne pourrait suffire aux besoins de tous ceux qui l'exercent » (25).

L'insatisfaction généralisée à l'égard des jurys d'examen conduit finalement, en 1876, à l'élaboration et au vote d'une nouvelle loi sur l'enseignement supérieur (26). Celle-ci met fin au régime du jury central et instaure le principe de la collation des grades académiques par les universités elles-mêmes. La loi ne doit avoir qu'une durée provisoire de trois ans, mais elle est prorogée jusqu'à la promulgation d'une autre loi, en date du 10 avril 1890 (27), qui consacre définitivement le système inauguré en 1876, c'est-à-dire la collation des grades par les universités et par le jury central, sous le contrôle d'une commission d'entérinement.

Dans un premier temps, les médecins commentent favorablement les innovations de 1876 parce qu'elles ont « posé un principe essentiellement libéral, en proposant d'accorder à tous les établissements d'instruction publique le droit de délivrer les attestations de capacité [...] ». C'est un principe vrai, contre lequel aucune raison sérieuse ne peut être invoquée. La liberté constituera la concurrence ; celle-ci amènera l'émulation ; ce sera à qui fera le mieux et l'établissement qui fournira les praticiens les plus instruits sera bientôt connu » (28). Mais à la satisfaction succède le désenchantement. Quelques années plus tard, le nouveau système a perdu tout crédit auprès des milieux médicaux que représente le *Scalpel* : « les diverses lois organiques de l'enseignement supérieur », écrit le D^r Dejace, « ont fait connaître au pays les divergences de vue régnant entre des hommes compétents ; mais à coup sûr [...], l'expérience ne peut raisonnablement se prononcer en faveur du régime actuel [...] qui n'a prouvé qu'une impuissance d'organisation sérieuse. Le système actuel, avec son fractionnement insensé d'examen, en face d'examineurs juges et parties, ne peut favoriser le développement de l'esprit scientifique » (29). De nouveau, l'enseignement est présenté comme la cause profonde de l'encombrement de la profession médicale : « 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 (30), y fait des études plus ou moins complètes, et ce système couronné par l'absurde et rétrograde institution

de nos jurys d'examen, amène l'encombrement et, à sa suite, la décadence intellectuelle et la ruine matérielle de la profession » (31). En 1889, au nom de tout le corps médical, la Fédération médicale belge, après beaucoup d'autres initiatives de ce genre, adresse une pétition aux législateurs en vue d'obtenir le rétablissement de l'examen d'élève universitaire, ainsi que celui du jury central, pourtant si critiqué en son temps (32). Et quand, en 1890, la nouvelle loi sur l'enseignement réaffirme de manière définitive les principes inscrits dans la loi de 1876, le lamento des praticiens reprend de plus belle : « Nos législateurs ont voté le projet de loi sur la collation des grades académiques, malgré les protestations unanimes et les réclamations émanant des sources les plus autorisées [...]. [Cette loi] va à l'encontre de tous les amis de la science et du progrès [...]. Nous continuerons à voir l'université envahie par un flot de jeunes gens dont ni l'âge, ni les études littéraires ou scientifiques ne permettent les hauts développements qui conviennent à l'enseignement supérieur [...]. Nous voici Gros-Jean comme devant » (33).

En des termes toujours identiques, malgré les modifications successives de la loi, la question de l'enseignement est sans cesse invoquée pour rendre compte de la pléthore médicale. L'argument est commode, autant qu'il est puissant. Parce que l'enseignement est le lieu favori des querelles politiques du temps, la critique des médecins est toujours recevable et crédible. La problématique de l'instruction dépasse les limites de son objet et devient, au XIX^e siècle, le bouc émissaire de nombreuses tensions sociales, politiques ou professionnelles. Le discours médical illustre parfaitement ces circonstances.

Médecine et santé : le sens du progrès

La question de la santé, et donc aussi celle de la médecine, soulève inmanquablement le problème complexe des frontières entre le normal et le pathologique. Dans une société donnée, le médecin remplit son rôle lorsqu'il est reconnu capable de guérir. Or, l'état de santé, comme celui de maladie, ne peut être défini de manière absolue : « le concept de normal n'est pas un concept d'existence, sus-

ceptible en soi de mesure objective » (34), écrit Georges Canguilhem. Et donc, les cadres de la nosologie, à la mesure de leur historicité, sont en perpétuelle mutation. Au niveau d'une science instituée en pratique sociale, la détermination du normal et du pathologique résulte nécessairement d'un ensemble de facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques. Il est clair, par exemple, qu'un ouvrier du XIX^e siècle est considéré comme étant en bonne santé quand il est physiquement apte à répondre aux exigences du secteur de la production auquel il participe. Au gré des besoins transitoires des sociétés, le domaine de la pathologie semble finalement extensible et malléable à volonté.

Les médecins du XIX^e siècle, totalement déterminés par la philosophie du progrès, vivent dans la certitude que l'objet de leur pratique est, une fois pour toutes, entièrement défini. Convaincus que les développements inéluctables de la science sont appelés, à plus ou moins long terme, à résoudre définitivement les problèmes de la morbidité, 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. L'augmentation incessante des effectifs médicaux semble d'autant plus effrayante que, parallèlement, les maladies ont tendance à disparaître. 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 qui sait toujours faire abnégation de son intérêt privé lorsqu'il s'agit du bien-être général, 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 [...]. Or, 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 » (35).

Le médecin travaille à sa perte pour le bien de l'humanité. Le vieux mythe est tenace parce qu'il entoure la pratique médicale d'une mystique qui s'enracine profondément dans l'univers mental de l'Occident chrétien. Le principe évangélique de l'amour du prochain passe, presque nécessairement, par l'oubli de soi et, souvent, par la destruction du corps : Jésus-Christ meurt sur la croix et son exemple est suivi par la foule sans nombre des martyrs.

Au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle, le destin de la morbidité, soumise à l'activité rédemptrice du médecin, entre dans sa phase de réalisation. En 1860, « la constitution médicale est excellente depuis quelques années » (36). Plus tard, à Liège, les temps sont « d'une salubrité exceptionnelle » (37) et, en 1882, « c'est par des années comme celle qui vient de finir et qui a offert un état de salubrité permanente tout à fait exceptionnel, que le praticien est obligé de faire maigre chair. Beaucoup n'arriveront même pas, cette année, à une demi-recette ordinaire » (38).

La clientèle productive

La pléthore des praticiens est fatale aux intérêts économiques des médecins : plus ces derniers sont nombreux, plus il faut partager les revenus décroissants du marché de la santé. Pourtant, de l'avis du corps médical, la faible rentabilité de la profession interdit, dès les années 1850, toute augmentation nouvelle de ses effectifs. La clientèle productive, c'est-à-dire celle qui est économiquement capable de subvenir aux honoraires médicaux, ne constitue en effet qu'une fraction de la population. Ainsi, en 1856, « dans la ville de Liège, on compte 70 praticiens, et c'est à peine si 20 hommes de l'art auraient de quoi s'occuper. Un tout petit calcul va faire voir que nous disons la vérité. Admettons qu'il y ait, par jour, 300 visites payantes à faire, et ce chiffre est à coup sûr bien exagéré, car il faudrait qu'il y ait 6 à 800 malades parce que, dans le nombre, il y en a beaucoup qu'on laisse plusieurs jours sans visiter. En répartissant ce chiffre entre les 70 médecins, ils auraient chacun 4 visites et une fraction. Mais il n'en est pas ainsi [...]. Ce que nous avançons ? Comptons de nouveau. Nous avons à Liège 80.000 habitants. Un tiers reçoit les secours du bureau de bienfaisance ; un tiers se trouve entre

l'aisance et la pauvreté et ne peut généralement pas payer le médecin ; on ne doit donc réellement compter qu'un tiers, soit 26 à 30.000 personnes, qui ait le moyen de solder les frais de maladies. On voit que, pour qu'il y ait 600 malades payants, il faudrait aller jusqu'à 2 pour cent [de malades], ce qui ne peut pas être, à moins d'admettre que la ville de Liège soit extrêmement malsaine, ce qui n'est pas » (39).

La ville de Liège constitue cependant un milieu privilégié où le médecin peut espérer trouver la plus forte concentration de malades aisés. A la campagne, par contre, les proportions de la clientèle non-rémunératrice sont plus importantes ; là, « il y a même des localités où les trois quarts des habitants sont incapables de payer le médecin » (40). Cette situation confirme l'impression d'une saturation inquiétante des possibilités économiques qu'offre la carrière médicale : « La profession s'encombre de plus en plus, et il est vraiment effrayant de voir la masse de nouveaux médecins que l'on crée annuellement [...]. Le tout, c'est de trouver à chacun un emplacement convenable, ce qui n'est certes pas chose facile, car les parties déshéritées de médecin ne sont guère communes aujourd'hui, et l'absence de tout homme de l'art n'y est due qu'au défaut de ressources qu'elles présentent ; il y a des localités qui, quoique très populeuses, sont tellement pauvres, que le médecin ne pourrait y trouver de quoi vivre même très médiocrement » (41).

La clientèle de la médecine libérale, au XIX^e siècle, est déterminée par des facteurs de classes. « Il va sans dire que, pour le médecin qui pratique à la campagne, comme pour celui qui exerce en ville, il y a trois classes de clients, qui comportent trois prix différents » (42). Toutes les tentatives de normalisation des honoraires médicaux issues, pendant la seconde moitié du siècle, des associations professionnelles, tiennent compte de ces distinctions. Toutes répartissent les malades en trois ou quatre catégories socio-économiques et fixent, pour chacune, des tarifs nettement différenciés (43).

Mais il ne faut pas s'y tromper ; la différenciation des honoraires médicaux ne correspond pas à la seule volonté de soumettre le coût des actes médicaux aux disponibilités financières objectives des individus. Il est d'ailleurs peu probable qu'un ouvrier du XIX^e siècle soit

disposé ou capable de déboursier la somme considérable de vingt ou quarante francs pour qu'un médecin assiste son épouse lors de ses couches. A la limite, les déterminations d'ordre économique sont presque secondaires dans l'esprit de la médecine de classes. A l'élaboration des tarifs d'honoraires préside bien plus une hiérarchisation qualitative des individus : il faut fixer « ses honoraires d'après l'importance des cas que l'on a eu à traiter et selon la position sociale du client. Il ne faut pas perdre de vue que la responsabilité du médecin grandit en raison directe de la gravité des maladies et du rang social qu'occupent les malades. Or, il est de toute justice que cette responsabilité trouve une compensation dans le prix des honoraires » (44).

*Sacerdoce, prestige et rémunération :
les désillusions de la pratique*

Les médecins de la deuxième moitié du XIX^e siècle se plaignent sans cesse des préjudices que la pléthore occasionne à leur profession. Ils estiment que leur pratique, sacrifice quotidien au bien-être de l'humanité, mérite meilleure récompense que les sombres perspectives d'une position sociale mal assurée. Car qu'en est-il, selon eux, de la vie du médecin ?

D'abord, il y a les études, longues et coûteuses. Hyacinthe Kuborn, docteur en médecine à Seraing et membre titulaire de l'Académie royale de Médecine, évalue, en 1875, le capital investi dans le titre du doctorat : « Calculons : cinq années d'école primaire, six d'études moyennes, sept d'études universitaires, ceci nous conduit jusqu'à vingt-quatre ou vingt-cinq ans. Ce sera très modéré de porter à 1.100 francs le capital à consacrer annuellement aux frais de logement, d'entretien, de nourriture, d'examen, d'inscription, à l'achat des livres nécessaires ; et en y ajoutant le prix d'acquisition des instruments, les intérêts des sommes successivement dépensées, nous arrivons au bas mot, à un total de 22 ou 23.000 francs, prix, sans qu'il y ait à en rabattre, d'un diplôme de docteur en médecine » (45). Mais à la valeur financière du diplôme, il faut encore ajouter les difficultés, les dangers et les innombrables renoncements qu'imposent les études médicales. Tel est le thème que l'on développe, en 1856, à l'assemblée générale des médecins de l'arron-

dissement de Liège : le jeune homme qui se destine à la carrière médicale « ne peut mesurer ni comprendre tous les dangers auxquels il s'expose, ni toutes les déceptions qui l'attendent. A son entrée à l'Université, il se voit contraint d'aborder les études les plus variées, arides plutôt qu'agréables, pour satisfaire aux exigences de la loi qui lui confère un diplôme, dernier but de ses efforts. Les plus belles années de sa vie, celles des plaisirs et des illusions, se passent, soit dans les amphithéâtres, où le moindre coup de scalpel compromet ses jours, soit dans les hôpitaux, où il est incessamment exposé aux miasmes délétères qui l'entourent, aux affections épidémiques ou contagieuses qu'il y observe. S'il est assez heureux d'échapper aux dangers qu'il brave, si la fortune lui sourit dans ses examens, il peut espérer être reçu docteur » (46).

Après avoir voué sa jeunesse à l'ascèse des études, que peut attendre le praticien d'une vie toute entière placée sous le signe du dévouement à l'humanité souffrante ? Les descriptions sans nombre qui évoquent la vie quotidienne du médecin insistent toutes sur l'abnégation absolue qu'exige la profession : « Quelle est la profession libérale ou manuelle », écrit le docteur liégeois Louis Dejace, « quel est le négoce, la banque ou l'administration publique exigeant de ses agents ou de ses occupants une somme de travail équivalente à celle que la profession exige du médecin de ville ou du médecin de campagne ? Levé dès l'aurore, la journée débute souvent par un cabinet de consultation durant lequel le médecin voit défiler, sans trêve ni intervalle les malheureux malades [...]. Et, après deux ou trois heures de cette gymnastique cérébrale, en route par monts et par vaux [...], le médecin va toujours, et pour un seuil de riche qu'il franchit après cela, que de misérables soupentes il a déjà visitées [...]. Après une longue et laborieuse tournée [...], il dîne [...]. Le dîner est expédié, mais les clients à l'affût en connaissent l'heure, et sûrs de rencontrer chez lui l'homme de l'art, vont le réclamer pour lui faire subir une seconde édition du cabinet de consultation matinal [...]. Harassé, épuisé, le médecin touche enfin à cette soirée à laquelle il aspire. C'est le bon moment [...]. Puis il y a la lecture, car enfin, il faut bien se tenir au courant des choses de la

profession. Et enfin, le lit si bien mérité après ces durs labeurs [...]. Ce serait la chose la plus délicieuse, si on vous laissait dormir ! Drelin ! [...]. Et pendant 365 jours de l'année que Dieu fait, voilà trop souvent le tableau, nullement chargé, de la vie du médecin » (47).

Mais le sacerdoce ne paie pas. Pléthore oblige, les médecins, et surtout les jeunes, ont toutes les peines du monde à se constituer une clientèle vraiment rentable. En 1900, les membres de la Société médico-chirurgicale de Liège sont désespérés : « Nous affirmons qu'à l'heure actuelle, le jeune médecin, dans une ville où il y a une véritable pléthore de médecins, ne gagne pas pendant les premières années la somme de 1.000 francs ; le plus souvent, il n'a comme clients que ceux qui ne paient pas ou très mal » (48).

Pendant toute la deuxième moitié du XIX^e siècle, le ton reste identique, et toujours les ressources trop maigres de la médecine libérale sont expliquées par le critère objectif de la prétendue surpopulation médicale : « ce n'est plus un secret pour personne, et l'on ne doit pas craindre de l'avouer ouvertement ; oui, la gêne, sinon le malaise, commence à faire sentir ses étrointes auprès de la généralité des praticiens. L'on avoue difficilement — l'amour-propre est là — que l'on ne gagne pas de quoi vivre. Mais quand on met en présence le chiffre des populations et le nombre des médecins qui sont appelés à leur porter leurs soins, il n'y a plus d'illusions à conserver. L'on est forcé de reconnaître que les professions médicales sont impuissantes à subvenir aux besoins de tous ceux qui les exercent » (49).

Dans ces tristes conditions, le médecin ne peut espérer vivre de l'exercice de son art. Il faut qu'il puisse compter sur les revenus réguliers de ses terres ou de ses richesses : « S'ils [les médecins] n'ont pas quelque fortune, peuvent-ils donner à leur famille l'éducation qu'ils ont eux-mêmes reçue ? » (50). Ou encore les jeunes praticiens peuvent tenter d'« appeler à leur secours une épouse « ayant le sac » ! » (51). Le thème de la dot, caractéristique de l'arrivisme bourgeois du XIX^e siècle, revient fréquemment dans la littérature médicale de l'époque. En 1907, « les médecins enrichis par leur profession forment l'exception ; vous en connaissez peut-être quelques-uns, mais souvent, ils doi-

vent leur fortune à leur mariage. C'est du reste un avantage du titre de docteur : il est généralement bien coté à la bourse matrimoniale » (52). Parfois aussi, le thème est présent dans les inévitables discours qui clôturent les réunions confraternelles :

« En ville comme à la campagne,
Tout jeune docteur, aujourd'hui,
Sait qu'une gentille compagne
Doit être son plus ferme appui.
Qu'il trouve une riche héritière :
Il peut, en faisant les yeux doux,
Devenir un millionnaire. » (53)

La condition médicale, décidément, semble bien peu enviable. Alors, se demandent les médecins, comment se fait-il que des jeunes toujours plus nombreux s'engagent dans les voies difficiles de cette carrière ingrate ? Il est vrai que la coupable simplification des études universitaires permet d'accéder sans beaucoup d'obstacles au titre du doctorat (54) ; cependant, la sinistre perspective d'une vie proche de la pauvreté devrait normalement décourager les plus solides vocations. La presse et les associations professionnelles ne cessent d'invoquer les désillusions de la pratique. Dès l'année 1851, « en présence du malaise qui grève les professions médicales... les parents qui auraient des enfants à placer et qui seraient désireux de les faire entrer dans la carrière médicale, doivent y réfléchir sérieusement » (55). Mais la détermination des pères est farouche, et jusqu'à la fin du siècle, jamais elle ne désarme : « Malgré les déconvenues, les tristesses et les désespoirs des ratés, des malheureux déracinés, l'ambition tenace des pères pousse vers les études supérieures un contingent d'année en année plus compact [...]. La carrière médicale conserve aux yeux du public un rayonnement qui l'hypnotise. Monsieur le docteur est, dans son village, le plus haut représentant de l'intellectualité et de l'indépendance. Monsieur le docteur a pignon sur rue, cheval et voiture, souvent exerce la magistrature municipale. C'est lui que le paysan voit de près, dont il a connu le père, un cultivateur comme lui, c'est vers cet idéal d'autorité et de bénéfice que se tourne son ambition pour son fils » (56). Au-delà du phénomène objectif de la pléthore,

c'est également une certaine forme de démocratisation de la profession qui inquiète ici les milieux médicaux. C'est ce que, en 1903, on peut lire clairement dans certaine page du *Scalpel* : « Faire de son fils un docteur, est resté le rêve des cerveaux embués par la gloriole chez le bourgeois enrichi par le négoce et le campagnard qui a péniblement arraché à la terre quelques économies » (57).

UNE APPROCHE QUANTIFIÉE DE LA PLÉTHORE MÉDICALE

Les chiffres d'ensemble de la population médicale

En 1898, témoignage unique dans la littérature médicale du XIX^e siècle, le Professeur Hubert, de l'Université de Louvain, s'adressait en ces termes à ses étudiants : « Sans doute, la carrière est aujourd'hui terriblement encombrée [...]. Mais on parlait déjà d'encombrement de mon temps : la pléthore de médecins n'a cependant empêché aucun de mes contemporains d'arriver. Je revoyais l'autre jour la photographie de mes condisciples du doctorat et si le premier sentiment qu'évoque en moi cette image — vieille de 30 ans, hélas! — est un sentiment de tristesse pour les amis disparus, le second est un sentiment de fierté pour les survivants. Un seul, qui ne valait déjà pas gros à l'université, a mal tourné; tous les autres ont fait laborieusement, honnêtement et brillamment leur chemin et occupent aujourd'hui des situations enviables et honorées. Vous ferez comme eux, il y a encore de la place au soleil! » (58).

A l'évidence, les considérations optimistes du professeur Hubert contredisent tout le discours médical de la deuxième moitié du siècle. Alors, qu'en est-il exactement de cette situation de pléthore qui semble si anachronique en ce lointain XIX^e siècle? L'analyse des données quantifiables permet de répondre à cette question (59).

Pendant tout le XIX^e siècle, le personnel médical de la province de Liège affiche une tendance nette à la hausse : 208 praticiens en 1831 contre 602 en 1913; il faut à peine 70 années pour que triplent les effectifs de la population médicale. La mesure au long terme de cette augmentation, exprimée sous forme

concrète par le calcul de la droite de tendance, crédite, au premier regard, les appréhensions des médecins du XIX^e siècle (fig. 1) : la droite, résolument dirigée vers le haut, ne symbolise-t-elle pas au mieux le phénomène de l'encombrement de la profession? La représentation graphique des chiffres annuels de la population médicale donne, quant à elle, une vision plus nuancée et plus objective de la réalité (tableau I). Une première constatation s'impose : l'augmentation du personnel médical au XIX^e siècle ne répond pas à une progression linéaire. Tout au contraire, on peut aisément distinguer, sous ce rapport, au moins deux périodes nettement différenciées. Une première période, jusqu'en 1880, se caractérise par une assez faible augmentation. A certaines époques, 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 (61). Comment expliquer, dès lors, le discours alarmiste des médecins?

La stabilité relative des chiffres d'ensemble 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 (fig. 2). 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 docteurs universitaires (tableau II). 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 (62). 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 fait que les praticiens de second ordre sont peu à peu remplacés par des universitaires n'entraîne aucun rétrécissement des possibilités de travail.

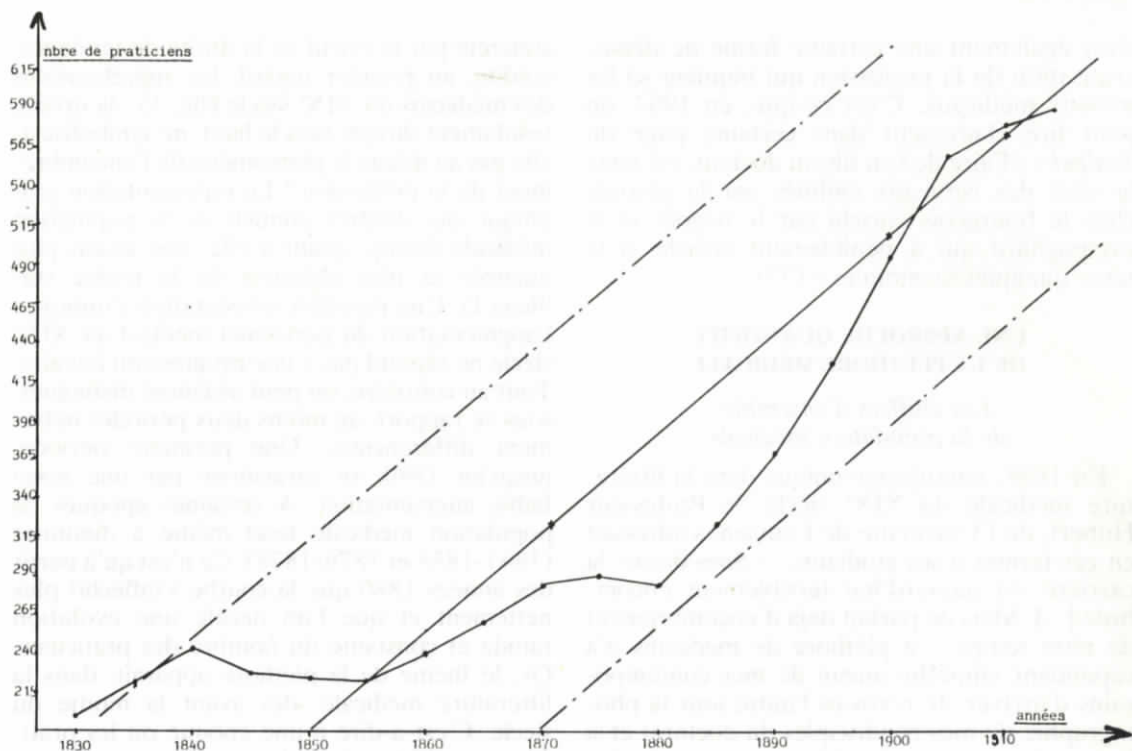


FIG. 1. Tendance séculaire à la hausse de la population médicale au sens large (60) dans la province de Liège (1830-1914)

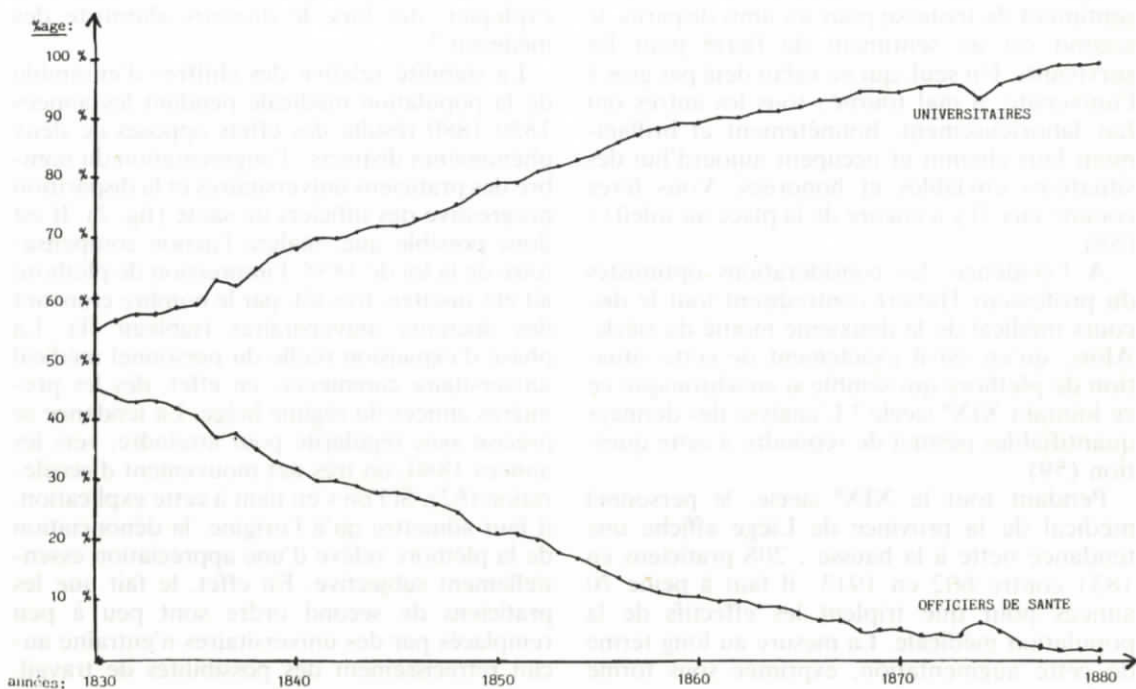


FIG. 2. Proportions des praticiens universitaires et des officiers de santé dans la province (1830-1880)

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

années	nbre de praticiens
1830	106
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	222
1851	222
1852	225
1853	222
1854	222
1855	222
1856	222
1857	223
1858	231
1859	237
1860	240
1861	245
1862	248
1863	253
1864	257
1865	261
1866	266
1867	273
1868	283
1869	276
1870	282
1871	287
1872	289
1873	290
1874	285
1875	289
1876	288
1877	286
1878	276
1879	273
1880	282
1881	292
1882	302
1883	307
1884	312
1885	322
1886	325
1887	322
1888	359
1889	372
1890	368
1891	378
1892	402
1893	420
1894	417
1895	426
1896	433
1897	446
1898	453
1899	459
1900	463
1901	435
1902	407
1903	420
1904	428
1905	460
1906	461
1907	457
1908	467
1909	477
1910	481
1911	479
1912	491
1913	492
1914	490

TABLEAU II. *Augmentation du personnel médical universitaire dans la province de Liège (1830-1914)*

années	nbre de praticiens
1830	107
1831	116
1832	121
1833	123
1834	127
1835	130
1836	134
1837	147
1838	161
1839	161
1840	165
1841	167
1842	165
1843	164
1844	167
1845	163
1846	167
1847	167
1848	172
1849	171
1850	176
1851	176
1852	182
1853	182
1854	185
1855	186
1856	192
1857	198
1858	203
1859	211
1860	214
1861	221
1862	224
1863	235
1864	235
1865	241
1866	246
1867	254
1868	265
1869	259
1870	267
1871	271
1872	273
1873	275
1874	270
1875	274
1876	275
1877	276
1878	270
1879	273
1880	279
1881	289
1882	299
1883	306
1884	313
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	567
1908	571
1909	577
1910	581
1911	579
1912	591
1913	602
1914	590

TABLEAU III. *Le personnel médical au sens large dans les centres urbains de la province de Liège : Liège, Huy et Verviers (1830-1914)*

années	nbre de praticiens
1830	70
1831	75
1832	77
1833	79
1834	79
1835	85
1836	89
1837	92
1838	99
1839	98
1840	99
1841	96
1842	94
1843	92
1844	93
1845	91
1846	92
1847	92
1848	96
1849	95
1850	95
1851	93
1852	93
1853	92
1854	97
1855	98
1856	95
1857	96
1858	99
1859	102
1860	102
1861	103
1862	104
1863	108
1864	105
1865	109
1866	110
1867	114
1868	117
1869	116
1870	119
1871	119
1872	116
1873	115
1874	115
1875	113
1876	111
1877	115
1878	110
1879	112
1880	115
1881	120
1882	131
1883	135
1884	139
1885	149
1886	150
1887	161
1888	169
1889	175
1890	176
1891	178
1892	194
1893	200
1894	199
1895	201
1896	205
1897	211
1898	220
1899	225
1900	239
1901	240
1902	250
1903	257
1904	265
1905	269
1906	267
1907	271
1908	282
1909	282
1910	277
1911	276
1912	281
1913	289
1914	261

Au contraire, la disparition des officiers de santé est une mesure très favorable aux médecins puisqu'elle les débarrasse d'une concurrence particulièrement désavantageuse. Il apparaît ainsi qu'à la moitié du XIX^e 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'exercice de 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.

La ville et la campagne

L'augmentation des chiffres globaux de la population médicale à partir, surtout, des années 1880, conduit-elle à une répartition plus harmonieuse des praticiens dans les centres urbains et dans les milieux ruraux ou industriels? L'analyse quantifiée permet de répondre d'une manière définitive à cette question.

On peut tout d'abord se demander quelle place occupent les praticiens de ville par rapport à l'ensemble du personnel médical. Observons dans ce but le milieu urbain de la province de Liège, constitué par l'ensemble des communes de Liège, Verviers et Huy (tableau III). En 1831, les praticiens exerçant dans ces villes représentent 36,1 % du personnel provincial. En 1913, la proportion est de 48 %. L'analyse des chiffres annuels de cette répartition (fig. 3) montre que le déséquilibre existant entre la ville et la campagne, loin de se résorber, s'accroît très nettement pendant tout le XIX^e siècle. Plus la population augmente, semble-t-il, plus le fossé se creuse (63). Ce sont ainsi les milieux urbains qui bénéficient en priorité du nombre toujours plus élevé des médecins.

Les milieux non urbains, inversement, profitent dans une moindre mesure de l'élargissement du marché de la santé. Ainsi, l'arrondissement administratif de Waremme — un agglomérat de 87 communes à vocation exclusivement rurale — ne connaît-il qu'une très faible augmentation du nombre de ses praticiens (tableau IV). Dix-neuf praticiens en 1831, contre 21 en 1860, 23 en 1880 et 34 en 1910. L'augmentation globale, de 1831 à 1913, n'est que de 63 %, alors que, pour la même période,

elle atteint 285 % en milieu urbain (64). L'arrondissement de Waremme n'est le théâtre d'aucune phase d'accélération des processus de médicalisation : d'année en année, le nombre des praticiens augmente puis diminue sans qu'il soit vraiment possible de discerner des tendances bien marquées.

La situation se présente quelque peu différemment dans les communes industrielles. Ainsi, le groupe sérésien, qui comprend les communes de Jemeppe, Ougrée, Seraing et Tilleur (65), se caractérise-t-il par une présence médicale peu affirmée jusqu'en 1875 et par une augmentation importante du nombre de ses praticiens de 1876 à 1914 (tableau V). Cette augmentation correspond à une intensification de l'industrialisation et à l'organisation des « sociétés de secours mutuels » qui permet, à cette époque, une certaine médicalisation du monde ouvrier. Cependant, la présence médicale reste, dans le groupe sérésien, nettement moins affirmée qu'elle ne l'est en milieu urbain.

Présence médicale et populations

La mesure des effectifs, croissants ou décroissants, de la profession médicale doit être pondérée par rapport à l'évolution globale de la population. En pleine période d'expansion démographique, les chiffres de population médicale n'ont, en effet, qu'une signification très relative et seule une étude de la densité médicale permet de saisir l'importance réelle du changement.

Malheureusement, il n'est pas possible de calculer les taux de médicalisation (nombre de médecins pour mille habitants) pour chaque année du XIX^e siècle. Les seuls chiffres de population crédibles, en effet, sont ceux des recensements décennaux réalisés, en Belgique, aux années 1831, 1846, 1856, 1866, 1876, 1880, 1890, 1900 et 1910.

Le calcul des taux de médicalisation pour ces années contredit formellement le discours médical sur la pléthore. En effet, si l'on observe l'ensemble de la province de Liège, on constate que les taux de médicalisation y sont en perpétuelle décroissance jusqu'en 1880 : 0,55 ‰ en 1831, 0,50 ‰ en 1846, 0,44 ‰ en 1856, 0,47 ‰ en 1866, 0,45 ‰ en 1876 et 0,42 ‰ en 1880. Dans les années 1880-1890, il s'opère un certain rétablissement (0,48 ‰ en 1890), mais

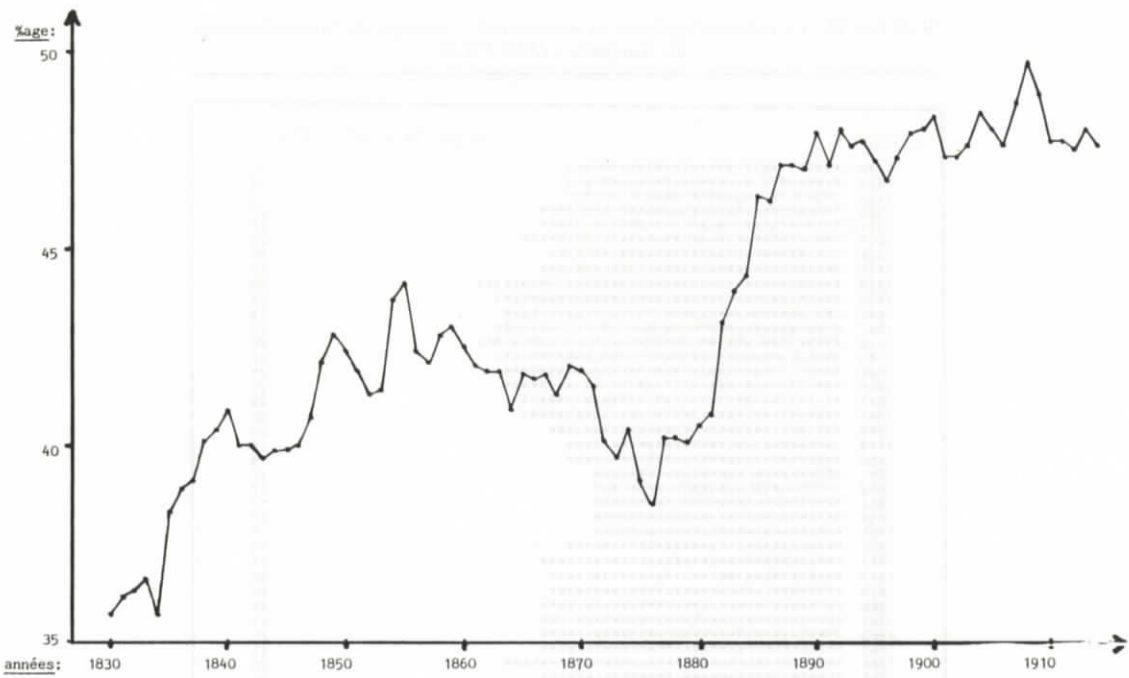


FIG. 3. Proportion des praticiens exerçant dans les villes de Liège, Verviers et Huy par rapport à l'ensemble du personnel médical de la province de Liège (1830-1914)

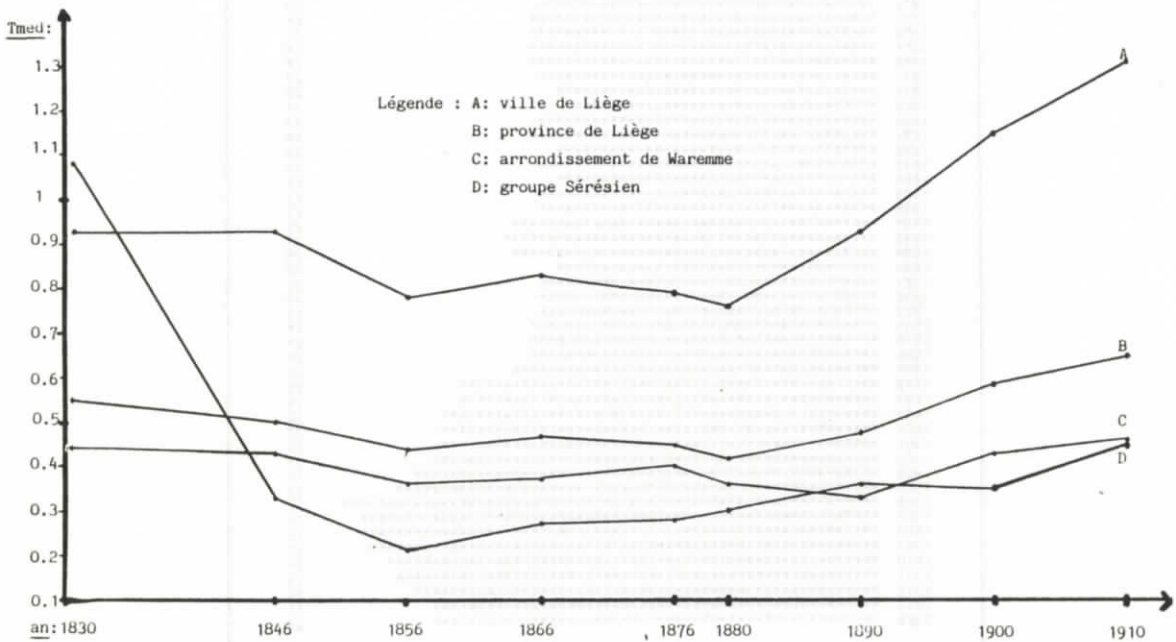


FIG. 4. Médicalisation de la province de Liège au XIX^e siècle (1830-1910)

TABLEAU IV. *La présence médicale en milieu rural : l'exemple de l'arrondissement de Waremme (1830-1914)*

années	nbre de praticiens
1830	19
1831	19
1832	19
1833	21
1834	21
1835	22
1836	20
1837	21
1838	25
1839	24
1840	23
1841	24
1842	25
1843	24
1844	24
1845	23
1846	22
1847	22
1848	20
1849	19
1850	19
1851	17
1852	17
1853	17
1854	17
1855	17
1856	19
1857	21
1858	20
1859	20
1860	21
1861	21
1862	21
1863	21
1864	23
1865	21
1866	21
1867	21
1868	21
1869	20
1870	22
1871	23
1872	23
1873	24
1874	24
1875	24
1876	24
1877	23
1878	22
1879	21
1880	23
1881	24
1882	22
1883	23
1884	22
1885	23
1886	23
1887	23
1888	25
1889	26
1890	25
1891	22
1892	23
1893	23
1894	24
1895	24
1896	24
1897	25
1898	29
1899	29
1900	29
1901	30
1902	30
1903	31
1904	32
1905	33
1906	37
1907	36
1908	36
1909	35
1910	34
1911	33
1912	33
1913	32
1914	31

TABLEAU V. *Présence médicale au sens large dans les communes de Seraing, Jemeppe, Ougrée et Tilleur (1830-1913)*

années	nbre de praticiens
1830	8
1831	8
1832	8
1833	8
1834	7
1835	6
1836	7
1837	7
1838	8
1839	8
1840	8
1841	8
1842	8
1843	6
1844	6
1845	6
1846	6
1847	6
1848	7
1849	7
1850	7
1851	7
1852	7
1853	7
1854	7
1855	7
1856	6
1857	5
1858	7
1859	8
1860	9
1861	8
1862	8
1863	9
1864	8
1865	8
1866	9
1867	8
1868	8
1869	8
1870	8
1871	8
1872	8
1873	8
1874	8
1875	9
1876	12
1877	13
1878	14
1879	14
1880	14
1881	13
1882	15
1883	15
1884	15
1885	17
1886	17
1887	17
1888	18
1889	21
1890	21
1891	23
1892	22
1893	23
1894	22
1895	22
1896	23
1897	25
1898	25
1899	24
1900	24
1901	24
1902	27
1903	26
1904	24
1905	26
1906	26
1907	26
1908	25
1909	29
1910	35
1911	37
1912	38
1913	36

TABLEAU VI. *La médicalisation inégale des milieux urbains, industriels et ruraux dans 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)

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 dernières années du siècle (0,65 ‰ en 1910). De 1831 à 1910, la médicalisation de la province de Liège a donc très faiblement progressé, avec une augmentation de seulement 0,1 médecin pour mille habitants.

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 (tableau VI et fig. 4). La ville de Liège, fortement médicalisée par rapport aux milieux ruraux et industriels (0,93 ‰ en 1831) accuse une nette tendance à la hausse à partir des années 1880 (0,76 ‰ en 1880, 0,93 ‰ en 1890, 1,15 ‰ en 1900 et 1,31 ‰ en 1910). Le groupe sérésien, par contre, qui connaît avant la phase d'industrialisation un taux élevé de médicalisation (1,08 ‰ en 1831), accuse une nette décroissance (jusque 0,21 ‰ en 1856) pour finalement se

stabiliser à un taux de 0,45 ‰ en 1910. L'arrondissement de Waremme, enfin, garde pendant tout le siècle un taux très bas de médicalisation (0,44 ‰ en 1831 et 0,46 ‰ en 1910).

Au terme de cette étude, une conclusion s'impose : pendant tout le XIX^e siècle, le discours médical sur la pléthore, sous couvert d'évidences quantitatives, procède essentiellement d'une appréhension subjective de la réalité. Dès lors, peut-on se demander, pourquoi ce travestissement des faits ? La bonne foi des médecins n'est certainement pas à remettre en cause : leur discours a trop de constance et l'expression en est trop naturellement spontanée pour que l'on puisse supposer une volonté consciente et systématique de duperie. Il est clair que les praticiens qui dénoncent l'encombrement de la profession médicale sont convaincus du bien-fondé de leurs craintes et de la justesse de leur argumentation.

Les mécanismes corporatistes d'auto-protection peuvent certainement être invoqués pour rendre compte de ce phénomène : l'esprit, comme les pratiques, des corporations de métiers survit assurément à leur démantèlement institutionnel lors de la révolution française.

Mais surtout, comme on l'a souvent écrit, « le XIX^e siècle est le siècle de la médecine ». C'est-à-dire que l'art de guérir acquiert à cette époque ses lettres de noblesse ; sur le plan scientifique, bien sûr, mais aussi sur le plan institutionnel et social, puisque c'est au XIX^e siècle que la profession médicale, désormais garante de la « santé publique », se voit directement et officiellement associée à la vie de la nation. A l'aube d'une civilisation qui élève la science en valeur et critère absolu de vérité, la médecine était appelée à jouer un rôle déterminant : « A qui donc incombe en premier lieu le débat des questions humanitaires et sociales », écrit en 1848, le D^r Dresse, professeur à l'Université de Liège, « si ce n'est à la corporation qui possède à fond la science qui doit nécessairement servir de base à leur solution ? La science de l'homme ne doit-elle pas précéder toute science sociale et politique, et en être l'unique fondement ? » (66).

Dans ce contexte, la dénonciation de la pléthore, plus qu'une plainte justifiée, apparaît comme une manière d'accélérer le processus

historique à l'issue duquel, semble-t-il, les médecins étaient destinés à occuper une place de choix au sein des élites dirigeantes de la société technocratique. Ainsi, l'expression des désillusions servait la cause des illusions : identifier et dénoncer le malaise médical, c'était aussi tenter de rallier l'ensemble des praticiens autour du but commun de l'homogénéité et de la puissance du groupe.

NOTES

1. *Liste des praticiens autorisés à exercer l'art de guérir dans la province de Liège*, dans *Mémorial administratif de la province de Liège*, annexe n° 11, 1982.
2. *Mémorial administratif...*, 1900.
3. Cf. *Loi relative à l'exercice de la médecine*, 19 ventôse an XI (10 mars 1903), *Pasinomie*, 1^{re} série, t. 12, p. 12-15.
4. *Loi réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir*, 12 mars 1818, *Pasinomie*, 2^e série, t. 4, p. 343-346.
5. *Loi organique de l'instruction publique*, 27 septembre 1835, *Pasinomie*, 3^e série, t. 5, p. 291-300 (cf. surtout : article 65, p. 300).
6. Selon l'avis d'un juriste, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur, c'est bien cette circonstance qui a motivé les décisions de 1835 : « Lorsque le nombre des docteurs, déjà suffisant pour les besoins des populations, tend chaque année à s'accroître, il importe, dans l'intérêt de la santé publique, de restituer à la science tous ses droits, et de se montrer exigeant vis-à-vis de ceux qui disposent, en quelque sorte, de la vie de leurs semblables ». (Jules SAUVEUR, *Histoire de la législation médicale belge*, Bruxelles, 1862, p. 273.)
7. Comme le note Alphonse Leroy, « le nombre des docteurs en médecine, reçus entre 1831 et 1835 est relativement considérable, surtout si l'on a égard à la statistique de la période suivante. Ce fait s'explique [...] par l'appréhension que fit naître dans la jeunesse l'imminence de la promulgation d'une nouvelle loi sur la collation des diplômes. Le législateur de 1835, rendit effectivement plus sérieuses, en les dédoublant, les épreuves du doctorat en médecine ; de là un moment d'arrêt, comme l'on devait s'y attendre » (A. LEROY, *Liber Memorialis de l'Université de Liège*, Liège, 1869, p. LXXVI). De fait, entre 1831 et 1835, la Faculté de Médecine de l'Université de Liège décerne 208 diplômes de docteur (*ibidem*, p. LXXIII-LXXVI), alors que sous le régime de la nouvelle loi entre 1836 et 1840, elle n'en délivre plus que 69 (*ibidem*, p. LXXXI-LXXXV), c'est-à-dire à peine plus d'un tiers par rapport au chiffre de la période précédente.
8. En 1841. Cf. *Arrêté royal qui institue une Académie royale de Médecine*, 19 septembre 1841, *Pasinomie*, 3^e série, t. 11, p. 643-645.
9. M. Fallot, *Discours sur la profession de médecin* (prononcé en séance de l'Académie le 22 octobre 1843) dans *Bulletins de l'Académie royale de Médecine*, 1^{re} série, vol. 2, 1843, p. 818.

10. Fondé en 1848 par le Docteur Festraerts (1811-1893), *Le Scalpel* devient rapidement le principal journal médical belge. Sa popularité dans le monde médical belge (3.200 lecteurs en 1893), sa longévité (1848-1971) et son rôle déterminant dans les mouvements professionnels du XIX^e siècle, en font une source essentielle de l'histoire de la profession médicale à Liège et en Belgique.
11. *Le Scalpel*, 30 juin 1851, 3^e année, n° 33, p. 1, c. 2-3.
12. *Le Scalpel*, 10 mars 1851, 3^e année, n° 22, p. 1, c. 3.
13. *Le Scalpel*, 10 janvier 1858, 10^e année, n° 16, p. 1, c. 1.
14. *Le Scalpel*, 9 octobre 1864, 17^e année, n° 12, p. 1, c. 1.
15. *Le Scalpel*, 11 mai 1879, 31^e année, n° 45, p. 1, c. 1.
16. Docteur J. DE WINDT, *Rapport sur l'encombrement de la profession médicale, proposé à la Fédération médicale de Belgique*, dans *Le Scalpel*, 20 septembre 1895, 38^e année, n° 12, p. 1, c. 1.
17. *Le Scalpel*, 6 mars 1898, 50^e année, n° 36, p. 1, c. 1.
18. *Loi organique de l'instruction publique*, 27 septembre 1835, article 40, *Pasinomie*, 3^e série, t. 5, p. 297.
19. *Pasinomie*, 3^e série, t. 5, p. 297, note 3.
20. Alphonse LEROY, *op. cit.*, 1869, p. LII.
21. *Loi qui modifie la loi du 27 septembre 1835 sur l'enseignement supérieur*, 15 juillet 1849, *Pasinomie*, 3^e série, t. 19, p. 346-364.
22. *Ibidem*, article 37, p. 348. Ce titre correspond à un examen résumant les connaissances générales que l'on attend d'un étudiant universitaire. « Cette utile institution », écrit M. Nypels, « fut supprimée par la loi du 14 mars 1855. En 1857 (loi du 1^{er} mai), elle fut remplacée par la production de certificats constatant que le candidat avait suivi un cours d'humanités jusqu'à la rhétorique inclusivement. Mais la loi du 27 mars 1861, tout en maintenant les certificats d'humanités, rétablit le grade d'élève universitaire sous la dénomination de « gradué en lettres », comme condition préalable pour être admis aux examens de candidat en philosophie et lettres ou en sciences » (dans A. LEROY, *op. cit.*, 1869, p. 73).
23. *Pétition de la Fédération médicale de Belgique aux chambres législatives*, dans *Le Scalpel*, 28 mai 1865, 17^e année, n° 45, p. 1, c. 1.
24. *Le Scalpel*, 8 novembre 1874, 27^e année, n° 19, p. 1, c. 1-2.
25. *Le Scalpel*, 15 juillet 1875, 28^e année, n° 4, p. 1, c. 1.
26. *Loi sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires*, 20 mai 1876, *Pasinomie*, 4^e série, t. 2, p. 305.
27. Cf. Léon BECKERS, *L'enseignement universitaire*, Bruxelles, 1904, p. XXV.
28. *Le Scalpel*, 9 avril 1876, 28^e année, n° 41, p. 1, c. 1.
29. Louis DEJACE, *L'enseignement universitaire*, dans *Le Scalpel*, 30 décembre 1883, 36^e année, n° 27, p. 1, c. 2-3.
30. En raison du fait que la loi de 1876 avait décrété la suppression du grade d'élève universitaire.
31. *Le Scalpel*, 17 février 1884, 36^e année, n° 34, p. 1, c. 2-3.
32. *Le Scalpel*, 17 novembre 1889, 42^e année, n° 20, p. 1, c. 1-3.
33. *Le Scalpel*, 9 mars 1890, 42^e année, n° 36, p. 1, c. 1.
34. Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, 1966, p. 135.
35. *Le Scalpel*, 30 juin 1851, 3^e année, n° 33, p. 1, c. 2.
36. *Le Scalpel*, 20 mai 1860, 12^e année, n° 29, p. 1, c. 1.
37. *Le Scalpel*, 11 mai 1879, 31^e année, n° 45, p. 1, c. 1.
38. *Le Scalpel*, 31 décembre 1882, 35^e année, n° 27, p. 1, c. 1.
39. *Le Scalpel*, 10 novembre 1856, 9^e année, n° 10, p. 1, c. 1-2.
40. *Ibidem*, p. 1, c. 2.
41. *Le Scalpel*, 20 août 1860, 13^e année, n° 2, p. 1, c. 1.
42. *Le Scalpel*, 10 octobre 1856, 9^e année, n° 7, p. 1, c. 1.
43. Par exemple : *Compte-rendu de l'assemblée générale, en date du 5 février 1895, du Cercle médical de l'arrondissement de Verviers*, dans *Le Scalpel*, 10 février 1895, 47^e année, n° 33, p. 1, c. 3.
44. *Le Scalpel*, 20 août 1855, 8^e année, n° 2, p. 1, c. 1.
45. *Bulletins de l'Académie royale de Médecine*, 3^e série, t. IX, 1875, séance du 3 avril 1875, p. 378.
46. *Le Scalpel*, 30 décembre 1856, 9^e année, n° 15, p. 2, c. 1-2.
47. Louis DEJACE, *La journée du médecin*, dans *Le Scalpel*, 13 août 1893, 46^e année, n° 7, p. 5, c. 3 et p. 6, c. 2.
48. *Lettre adressée au Collège communal de Liège par le Comité professionnel de la Société médico-chirurgicale de Liège*, séance ordinaire du 2 février 1900, dans *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 39^e année, p. 123.
49. *Le Scalpel*, 7 novembre 1886, 39^e année, n° 19, p. 1, c. 1.
50. *Le Scalpel*, 10 octobre 1856, 9^e année, n° 7, p. 1, c. 2.
51. *Le Scalpel*, 2 décembre 1883, 36^e année, n° 23, p. 1, c. 1.
52. *Le Scalpel*, 19 mai 1902, 54^e année, n° 47, p. 1, c. 2-3.
53. Extraits de F. C. COLLETTE, *Docteurs de quoi vous plaignez-vous?*, (couplets pour le banquet anniversaire de la Société de médecine de Liège), dans *Le Scalpel*, 10 septembre 1851, 4^e année, n° 4, p. 8, c. 2.
54. Notons que le discours se contredit : lorsqu'il s'agit de mettre l'accent sur le sacerdoce médical, les études deviennent austères et exigeantes, mais quand on veut expliquer la pléthore, elles sont d'une déconcertante facilité.
55. *Le Scalpel*, 30 juin 1851, 3^e année, n° 33, p. 1, c. 2.
56. *Le Scalpel*, 11 décembre 1904, 57^e année, n° 24, p. 1, c. 2.
57. *Le Scalpel*, 29 novembre 1903, 56^e année, n° 22, p. 1, c. 2.
58. *Le Scalpel*, 28 août, 1898, 51^e année, n° 9, p. 1, c. 3.
59. L'analyse quantitative des données concernant les médecins liégeois au XIX^e siècle a été réalisée à partir d'un fichier de 2.020 fiches reprenant et organisant les renseignements contenus dans plusieurs sources : *Mémoire administratif de la province de Liège, Rôles d'immatriculation de l'Université de Liège* et notices nécrologiques rencontrées, principalement, dans les journaux médicaux. Ce fichier reprend l'ensemble des praticiens ayant exercé l'art de guérir dans la province de Liège entre les années 1830 et 1914. Nous avons ensuite traité ces données à l'aide de l'ordinateur Cromenco du Service de Traitement automatique de la Documentation sociale, à l'Université de Liège.

Tous les tableaux et graphiques qui suivent renvoient implicitement à ce travail.

60. Par population médicale au sens large, il faut entendre l'ensemble des praticiens universitaires et des officiers de santé. L'institution de l'officiat de santé, on le sait, est supprimée par la loi de 1835. Cependant, les praticiens reçus avant cette date continuent d'exercer légalement leur art après 1835. Ainsi, le groupe des praticiens du second ordre s'éteint-il lentement au cours du XIX^e siècle : en 1884, il a définitivement disparu.
61. En 1804, on compte 193 praticiens dans le Département de l'Ourthe (*Mémorial administratif du département de l'Ourthe*, v. 5. 1^{er} semestre an XII, p. 325 et suivantes). On en compte encore 201 en 1807 (*ibidem*, v. 11. 1^{er} semestre 1807, p. 289 et suivantes). En 1850, 224 praticiens exercent leur art dans la province.
62. Remarquons que, de 1831 à 1913, le personnel médical universitaire augmente dans des proportions considérables : 116 individus en 1831 contre 602 en 1913. L'augmentation globale atteint ainsi 519 %.
63. Cf. à partir des années 1880, l'accélération très nette des pourcentages de répartition.
64. Villes de Liège, Verviers et Huy : 75 praticiens en 1831 contre 289 en 1913.
65. Cet ensemble de communes est bien représentatif des milieux industriels. « Plus des trois quarts de la population active travaille dans les usines » et l'agriculture y est « pratiquement inexistante » (cf. *La région liégeoise — Démographie, logement, industrie et commerce ; l'évolution depuis 1846 et les données du recensement général de 1947*, publié par l'administration de Liège, Liège, 1951, p. 14).
66. J. H. DRESSE, *Devoir du corps médical de prendre part à la politique, aux questions sociales et à l'élaboration des lois, ou Mission générale du corps médical*, dans *Le Scalpel*, 20 août 1848, 1^{re} année, n° 2, p. 3, c. 2.

**

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à M. C. Havelange, 14, Boulevard de l'Est, 4020 Liège.