

# Santé et citoyenneté dans la Belgique contemporaine

MURIEL NEVEN\*

MICHEL ORIS\*\*

## SOMMAIRE

1.—La citoyenneté. 2.—Les politiques de santé sous le régime censitaire (1831-1886). 3.—Les premiers pas de l'alliance entre la médecine et l'état. 4.—Concéder mais contrôler: un certain apprentissage de la démocratie et de la prévention 1886-1914. 5.—La défense de la nation et la santé comme devoir moral 1918-1939. 6.—Le «droit à la santé» et l'exclusion du malade (1946-1995). 7.—Conclusions.

## RÉSUMÉ

Nous proposons dans ce papier une synthèse sur les rapports entre la construction des politiques sanitaires et la définition de la citoyenneté dans la Belgique des XIXe et XXe siècles. Dans le cadre forcément limité d'un article, il ne s'agit que d'un survol des principales évolutions et d'une ouverture pour des études ultérieures. Notre but essentiel a été de montrer qu'une étude scientifique des changements qui se sont produits au cours de ce temps long de deux siècles permet de saisir les racines des contradictions actuelles en matière de politique de santé, de mieux comprendre notre présent et de préparer l'avenir.

BIBLID [0211-9536(1996) 16; 399-426]

Fecha de aceptación: 2 de julio de 1995

---

(\*) Assistante à l'Université de Liège. Laboratoire de Démographie.

(\*\*) Chercheur qualifié du F.N.R.S. Laboratoire de Démographie de l'Université de Liège. Résidence André Dumont. Place du XX-Août 32, B-4000 Liège (Belgique).

## 1. LA CITOYENNETÉ

La citoyenneté est un thème à la mode dans l'Europe politique des années 1990. Pourtant, hors des dictionnaires juridiques, il est malaisé d'en trouver une définition claire, parce que la notion est une construction historique instable. Durant longtemps, les sociétés industrielles se sont contentées d'une simple hiérarchie verticale des statuts socio-économiques, du haut vers le bas. Souvent, elle s'est traduite dans la définition des droits politiques. Parmi les pays d'Europe, la Belgique est un de ceux qui ont maintenu le plus longtemps un mode de suffrage censitaire.

La citoyenneté a été concédée d'abord sous conditions. De 1893 à 1914-1918, le système du vote plural accordait plusieurs voix aux diplômés, aux anciens censitaires... Autour du Parti Ouvrier Belge, un mouvement social très structuré s'est constitué à partir de 1885 pour revendiquer le suffrage universel pur et simple, qui fut finalement conquis après la Première Guerre Mondiale. Après des hésitations, l'église catholique a supporté le développement de structures concurrentes. C'est la base de la *pilarisation*, caractéristique originale de la société belge qui l'a marquée très profondément. Elle implique que la citoyenneté s'est exercée à travers des filtres puissants. Aujourd'hui encore, les taux d'affiliation aux partis politiques ou aux syndicats sont parmi les plus élevés au monde.

Pourtant, les piliers «traditionnels» s'effritent et nous assistons à un curieux retour de l'histoire. Une borne simple, voire simpliste, refait surface: il faut être dehors ou dedans, exclu ou intégré. Cette alternative n'est plus inscrite dans la loi mais définie par la capacité, matérielle et psychologique, d'action autonome des individus. En ce sens, au travers de concepts neufs, une démocratie qui aspire à être non seulement représentative mais aussi participative, s'interroge sur la manière dont les formes de pauvreté et d'exclusion sociale altèrent la citoyenneté (1).

Nous avons choisi de reprendre cette découpe pour repérer les grands changements dans les rapports entre le citoyen et les politiques de santé. Toutefois, sur ce temps relativement long (19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> siècles),

---

(1) LEMENOREL, A.; MAREC, Y. Les plus pauvres dans la démocratie : enjeux et perception. In: *Démocratie et pauvreté. Du quatrième ordre au quart monde*, Paris, Albin Michel, 1991, pp. 50-62.

nous privilégierons la phase intermédiaire (1885 à 1944). L'époque antérieure a fait l'objet de nombreux travaux, ce qui nous permet de brosser une synthèse rapide. Quant aux évolutions les plus récentes, ce sont au contraire nos méconnaissances, peut être aussi le manque de recul, qui nous contraignent à la brièveté. Entre ces extrêmes chronologiques, la médecine sociale a connu un développement extraordinaire. Elle a profondément changé les relations entre l'individu et la gestion de la santé. Dans cette contribution, nous avons essayé de nous centrer sur le thème des rapports entre liberté individuelle et politiques étatiques. Toutefois, nous montrerons qu'en Belgique, les acteurs intermédiaires occupent une position déterminante.

## 2. *LES POLITIQUES DE SANTÉ SOUS LE RÉGIME CENSITAIRE (1831-1886)*

Dans l'Europe du 19<sup>e</sup> siècle, la Belgique est à beaucoup d'égard un laboratoire du libéralisme économique et politique. Pionnière de la révolution industrielle sur le continent, elle bénéficie à partir de 1850 d'une expansion impressionnante, qui elle même génère des processus d'urbanisation et de prolétarianisation rapides. Parallèlement, la Révolution de 1830, résultat d'un compromis entre les conservateurs et les progressistes, débouche sur des institutions très libérales mais dans un cadre monarchique. Grâce à ce souci d'équilibre entre des aspirations contradictoires, dans un état centralisé qui refusait de reconnaître sa pluralité linguistique, les nostalgiques des «libertés communales» médiévales ont obtenu que les quelque 3.000 communes du Royaume soient explicitement reconnues comme des pouvoirs. La loi organique de 1836 leur attribue la plupart des compétences liées à la santé publique, depuis la gestion de la voirie jusqu'au service médical des indigents. Inutile d'ajouter que cet éparpillement rendra particulièrement difficile la mise en oeuvre de politiques cohérentes au niveau national (2).

Face à cet Etat évanescant, l'individu est laissé à lui même. Dans

---

(2) VELLE, K. De rol van de gemeente in het ontstaan en de evolutie van de Belgische preventieve gezondheidssector, een inleiding [Le rôle des communes dans la naissance et l'évolution d'une politique sanitaire de prévention]. In: *L'initiative publique des communes en Belgique 1795-1940. 12e Colloque international, Spa 4-7 sept. 1984*, t. 1, Bruxelles, Crédit communal, 1986, pp. 415-435.

l'idéologie bourgeoise, l'opposition au droit du sang sert à affirmer la primauté de l'homme responsable comme moteur du progrès social. Ce présupposé permet d'envisager la question sociale en termes avant tout moraux. L'infériorité sociale, culturelle et morale du pauvre, est communément admise (3). L'étiologie à la fois physique et morale de la médecine environnementale pré-pastorienne s'inspire de ce jugement et le renforce puisque, comme l'écrit parmi tant d'autres le Dr. Fossion en 1844: «L'ordre est aussi nécessaire à la santé qu'il l'est dans la gestion des affaires du ménage, et l'on peut dire qu'il est exceptionnel chez l'ouvrier, qui souvent doit s'imputer à lui même les maux dont il est accablé» (4).

Les valeurs bourgeoises de prévoyance, d'épargne, de retenue, de tempérance, sont opposées aux vices des *classes inférieures de la société*. De ce point de vue, l'alcoolisme est un mal emblématique, qui n'est d'ailleurs pas encore considéré comme une maladie mais uniquement comme une tare morale. Il est le symbole de l'incapacité et de l'immaturité des masses. Ce thème est souvent utilisé dans les débats politiques pour justifier le suffrage censitaire (5).

D'autres pathologies suscitent des jugements moins tranchés. Dans le cas de la tuberculose, des dépouillements importants ont montré que, si la condamnation morale est latente, elle est en fait rarement exprimée. Le corps médical se soucie davantage d'affiner ses maigres moyens thérapeutiques que de répéter un discours qui, de toute façon, ne permet pas d'améliorer le pronostic de guérison. L'association, dans les mentalités, entre la phtisie pulmonaire et l'image d'êtres frêles et graciles, en particulier de jeunes filles issues des meilleures familles, a sans doute aussi contribué à ce silence (6).

(3) WITTE, E.; CRAEYBECKX, J. *La Belgique politique de 1830 à nos jours. Les tensions d'une démocratie bourgeoise*, Bruxelles, Labor, 1987, p. 60; ROSANVALLON, P. *Le sacre du citoyen. Histoire du suffrage universel en France*, Saint Amand, Gallimard, 1992, pp. 75, 349-355.

(4) FOSSION, Dr. Rapport sur la condition des ouvriers et le travail des enfants dans les manufactures, mines et usines de la province. *Annales du Conseil de Salubrité publique de la Province de Liège*, 1844, 2, 75-214 (p. 162).

(5) PIRLOT, F. *L'alcoolisme en Belgique de 1830 à 1950, mythe et réalité*, Mémoire inédit de l'Université de Liège, 1993, pp. 67-68.

(6) ISSARTEL, C. *Les dames aux camélias, de l'histoire à la légende*, Paris, 1981; NEVEN, M. *La tuberculose en Belgique de 1850 à 1950. Réalités et perceptions d'une maladie sociale*, Mémoire inédit de l'Université de Liège, 1993, pp. 82-84.

Un fléau moins meurtrier que la tuberculose a pourtant provoqué des jugements moraux plus marqués. Le choléra, maladie épidémique particulièrement brutale, accroît périodiquement (1832-34, 1848-1849, 1854, 1866) les tensions sociales. La menace est double puisque la contamination met les élites en danger, de même que le risque de manifestations suscitées par l'injustice des inégalités devant la mort. Il est vrai que si «la barbarie asiatique envahit la civilisation européenne» (7), c'est en profitant de ses points faibles, des quartiers sombres des grandes villes où s'entasse dans des taudis une population misérable qui cumule les «conditions prédisposantes»: alcoolisme, excitation, débauche et imprévoyance (8). En ce sens, l'épidémie insulte la foi de la société industrielle en ses progrès. Des réactions sont donc indispensables.

La plus ambitieuse fut celle coordonnée par le président du conseil de gouvernement, Charles Rogier, entre 1848 et 1852. L'un d'entre nous l'a présentée ailleurs (9). Ici, il suffit de rappeler qu'il s'agissait d'attribuer à l'Etat un rôle d'impulsion et de coordination, d'entamer une large campagne de sensibilisation des citoyens aisés et d'éducation des masses aux principes de l'hygiène privée. Quand Rogier quitte le pouvoir et que s'estompe l'impact des mouvements révolutionnaires qui avaient agité l'Europe en 1848, seuls quelques médecins tentent de prolonger le mouvement, sans succès. Le «laisser faire» reprend plus de vigueur que jamais. A titre d'exemple, lors de l'épidémie de choléra de 1866, la plus meurtrière qui ait frappé la Belgique, le Ministère de l'Intérieur consacre dix circulaires au fléau mais quarante cinq à une épidémie de peste bovine... (10).

---

(7) BOURDELAIS, P.; DODIN, A. *Visages du choléra*, Paris, Bélin, 1987, pp. 31, 39, 54.

(8) PONCELET, P. *Le choléra à Liège en 1866*, Mémoire inédit de l'Université de Liège, 1986, pp. 6-7; VAN DE VIJVER, S. De bestrijding van de cholera in Antwerpen tijdens de 19de eeuw [La lutte contre le choléra à Anvers au XIX<sup>e</sup> siècle]. *Tijdschrift voor de geschiedenis van de industriële en technische leven*, 1984-85, 8 (4), 31-38 (pp. 32-33); FALISE, C. Le choléra à Bruxelles en 1866. *Annales de la Société belge d'Histoire des Hôpitaux*, 1979, 17, 81-104 (pp. 89, 103); HAVELANGE, C. *Les figures de la guérison (XVII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles). Une histoire sociale et culturelle des professions médicales au Pays de Liège*, Paris, Les Belles Lettres, 1990, pp. 447-448.

(9) ORIS, M. Choléra et hygiène publique en Belgique. Les réactions d'un système social face à une maladie sociale. In: *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, Syphilis, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, Fayard, 1988, pp. 83-106 (pp. 96-101).

(10) PONCELET, note 8, p. 16.

Les réalisations effectives, fruits d'une multitude d'initiatives locales allant toutes dans le même sens, seront avant tout défensives; elles prendront la forme de grands travaux d'hygiène publique, surtout dans la capitale et les métropoles provinciales. Dans une large mesure, ils ont pu être réalisés grâce aux lois sur l'expropriation par zones de 1858 et 1867. La peur du choléra a permis de clore un débat interne au corps électoral censitaire, qui portait sur la liberté des propriétaires, absolue ou conditionnée par l'intérêt public. Le choix en faveur de la seconde option ne tenait aucun compte des locataires (11). La destruction des taudis et la rénovation des espaces urbains ont renforcé la ségrégation entre les classes sociales (12). Après les grandes émeutes ouvrières de 1886, certains membres de la Commission d'enquête nommée par le gouvernement regretteront que cette politique ait privé les classes laborieuses de modèles bourgeois et accru le fossé entre les pauvres et les riches (13).

### 3. LES PREMIERS PAS DE L'ALLIANCE ENTRE LA MÉDECINE ET L'ÉTAT

La «commotion populaire» de 1886 a profondément surpris et choqué les élites politiques. Elle marque le retour en force dans l'arène politique de la question sociale (14). La problématique de la santé y est rapidement et presque totalement intégrée car les découvertes de la bactériologie

(11) GODDING, Ph. L'évolution de la législation en matière d'urbanisme en Belgique au 19e siècle. In: *Villes en mutation. 10e Colloque international, Spa 2-5 sept. 1980*, Bruxelles, 1982, pp. 11-35 (pp. 27-28).

(12) Monographies de LIS, C. Woontoestanden en gangensaneringen te Antwerpen in het midden der 19e eeuw [La situation du logement et l'assainissement des impasses à Anvers au milieu du XIXe siècle]. *Revue belge d'Histoire contemporaine*, 1969, 1 (1), 93-131; CONTENT, A.C. L'habitat ouvrier à Bruxelles au 19e siècle. *Revue belge d'Histoire contemporaine*, 1977, 8 (3-4), 501-518; LEBLICQ, Y. Les grands travaux de transformation opérés dans la vieille ville. In: *Bruxelles, construire et reconstruire. Architecture et aménagement urbain, 1780-1914*, Bruxelles, Crédit communal, 1979, pp. 41-91; JACOB, G. Une approche de l'habitat populaire au 19e siècle. In: *Visages urbains de Liège depuis 1830*, Liège, Crédit communal, 1985, pp. 71-99.

(13) LAMMENS, J. Rapport sur la situation créée aux classes ouvrières par la législation sur l'expropriation par zones. In: *Commission du Travail, Rapports et Documents*, Bruxelles, 1887, pp. 110-116 (pp. 113-114).

(14) GERIN, P. et al. 1886. *La Wallonie née de la grève ?*, Bruxelles, Labor, 1990.

moderne, au début des années 1880, ont mis en évidence l'étiologie sociale des grands fléaux. En outre, pour la plupart des médecins, cette démonstration n'a nullement représenté une rupture. Elle a au contraire renforcé leur conviction que pour soigner les individus, il fallait soigner la société. Ils s'estiment, en raison de leur bagage théorique et pratique, les mieux qualifiés pour réaliser cette oeuvre. Cette tâche immense leur offre par ailleurs des perspectives d'extension du marché médical (inspection médicale scolaire, vérification des accidents de travail, ...), et de puissantes organisations syndicales défendent leurs intérêts en ce domaine (15).

A partir de 1870 environ, des médecins sans cesse plus nombreux font campagne pour promouvoir des politiques de santé plus cohérentes et plus ambitieuses. Pour atteindre cet objectif, ils souhaitent s'appuyer sur l'Etat qui, depuis le début du 19<sup>e</sup> siècle, a organisé et protégé leur monopole sur l'art de guérir. Effectivement, sous la direction de gouvernements catholiques stimulés par des composantes démocrates chrétiennes et une opposition socialiste de plus en plus puissante, le pouvoir central va jouer un rôle de plus en plus actif. Un service de santé et d'hygiène est d'ailleurs organisé en 1884 alors qu'auparavant, ce n'était qu'une section de l'administration des affaires communales et provinciales (16). C'est en effet au détriment des autorités locales que l'Etat va s'affirmer en premier lieu.

Cette transformation des rapports de force se situe dans le contexte d'un débat animé autour de la liberté communale. De même que l'égoïsme d'un propriétaire, l'incurie d'une administration locale ne peut laisser subsister des foyers d'épidémies qui menacent la nation tout entière. A partir de 1870 environ, pour les hygiénistes belges, il ne fait pas de doute que c'est à l'Etat, garant de l'intérêt collectif, qu'il appartient de faire respecter l'hygiène publique (17). La tactique brièvement utilisée par

- 
- (15) VELLE, K. *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België [Les nouveaux confesseurs. Histoire sociale des médecins en Belgique]*, Louvain, Kritak, 1991, pp. 54, 59-60.
- (16) VELLE, K. *De centrale gezondheidsadministratie in België voor de oprichting van het eerste ministerie van volksgezondheid (1849-1936) [L'administration centrale de la santé avant la création du premier ministère de la santé publique]*. *Revue belge d'Histoire contemporaine*, 1990, 21 (1-2), 162-210 (p. 181).
- (17) HAVEIANGE, C. Discours, pratiques et pouvoirs. La santé publique et les médecins au 19<sup>e</sup> siècle. In: *L'initiative publique des communes en Belgique 1795-1940. 12e Colloque*

Rogier au milieu du siècle va à nouveau être appliquée sur une plus grande échelle et de manière plus systématique: le pouvoir central conditionne l'octroi de subsides généreux au respect de règles strictes. Par ce biais, il exerce un contrôle de plus en plus étendu sur les autorités locales pour tout ce qui touche à la santé publique (18).

Certains, comme le Dr Kuborn en 1904 (19), auraient volontiers étendu ce devoir d'intervention et d'imposition de l'Etat à l'hygiène privée. Ils axent leur argumentation sur les ravages de la variole, perçus comme un scandale insensé, une offense à la civilisation scientifique puisque des vaccins existent. Selon eux, leur usage est limité par l'incurie des administrations communales et surtout par des «préjugés populaires» qui font l'objet d'une condamnation virulente (20). A l'exception d'un personnage original, le Dr. Boëns, médecin de populations ouvrières du bassin de Charleroi, membre de l'Académie royale de Médecine, rapidement détesté par ses pairs (21), l'ensemble du corps médical plaide en faveur de la vaccination obligatoire. Dans ce cas, l'infériorité culturelle des masses n'a plus une fonction de (dé)culpabilisation; elle sert désormais à justifier des mesures autoritaires. Pourtant, malgré des pressions fortes et répétées, malgré l'exemple de pays voisins, les autorités politiques vont, au nom de la liberté individuelle, refuser avec obstination de prendre des mesures contraignantes (22).

#### 4. *CONCÉDER MAIS CONTRÔLER : UN CERTAIN APPRENTISSAGE DE LA DÉMOCRATIE ET DE LA PRÉVENTION 1886-1914*

Entre 1886 et 1914, l'évolution socio politique est placée sous le sceau

---

*international, Spa 4-7 sept. 1984*, t. 1, Bruxelles, Crédit communal, 1986, pp. 437-447 (pp. 441-443); NEVEN, note 6, p. 182.

(18) ORIS, note 9, pp. 103-104.

(19) Cité par HAVELANGE, note 17, p. 441.

(20) ORIS, M. Hygiène publique et médicalisation dans une cité industrielle au XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle, à paraître dans la *Revue belge de Philologie et d'Histoire*.

(21) DELAET, J.-L. Rationalisme et progressisme au Pays de Charleroi. Biographie du Docteur Hubert Boëns (1825-1898). *Documents et rapports de la Société royale d'archéologie et de paléontologie de Charleroi*, 1986-88, 60, 156-167.

(22) VELLE, note 15, p. 57.



de l'ambiguïté. Le mouvement ouvrier contraint les élites à accepter des concessions. Toutefois, l'objectif est de concéder sans céder, et dans ce contexte, l'Etat est promu pour mieux protéger le système socio-économique (23). Dans le domaine politique, le suffrage universel est institué en 1893 mais fortement tempéré par le vote plural. Dans le domaine social, entre 1889 et 1911, plusieurs lois vont introduire les premières réglementations sur le logement des travailleurs, la durée du travail, l'emploi des femmes et des enfants, l'organisation des pensions, etc. (24). Il est logique qu'en parallèle, se développent les débats sur «l'effort utile», la productivité des ouvriers et la gestion scientifique du personnel.

Les médecins sont très actifs dans ces discussions parfois complexes sur les coûts économiques directs et indirects des diverses pathologies (25). Cette thématique leur permet de diffuser le plaidoyer pour une santé qui ne soit *plus seulement un bien individuel mais aussi une nécessité pour le bon fonctionnement de la société* (26). C'est par ce biais que se réalise la constitution intellectuelle de tares comme l'alcoolisme, ou d'endémies comme la tuberculose, en «fléaux sociaux». Trop souvent, on a écrit que ce caractère social était né de la rupture avec l'étiologie moralisante pré-pastorienne, réalisée grâce à la bactériologie et à ses applications. En fait, des études approfondies montrent qu'il y a eu moins une rupture qu'un détachement très progressif. En matière d'alcoolisme, la subsistance des préjugés est évidente aujourd'hui encore (27). En phthisiologie, la notion de prédisposition, refondée par la génétique et l'immunologie, a également longtemps offert un terrain pour l'ambiguïté et l'exclusion sociale des malades (28).

La construction de menaces, largement exagérées dans un contexte de

(23) WITTE; CRAEYBECKX, note 3, p. 112.

(24) CHLEPNER, B. *Cent ans d'histoire sociale en Belgique*, 5e tirage, Bruxelles, Editions de l'U.L.B., 1983, pp. 215-216, 227.

(25) NEVEN, note 6, pp. 136-138; GREGOIRE, D. *Science et société. Le problème socio-médical du cancer en Belgique*, Mémoire inédit de l'Université de Liège, 1994, pp. 176-177.

(26) MORELLI, A. Les médecins parlementaires belges (19e-20e siècles). In: *Socialisme*, 1993, hors série n° 2 : *L'engagement social et politique des médecins. Belgique et Canada. XIXe et XXe siècles. Actes du colloque tenu à l'U.L.B. les 5 et 6 février 1993*, Bruxelles, pp. 9-18 (p. 10).

(27) PIRLOT, note 5, pp. 73-74.

(28) NEVEN, note 6, pp. 102-103, 196-198.

recul généralisé de la mortalité depuis 1875, menaces qui au delà des individus, mettaient en péril la société tout entière, a joué un rôle sans doute plus important que l'évolution des connaissances scientifiques. La lutte contre les maladies sociales n'a toutefois pas été orchestrée par l'Etat. Ce rôle a été tenu par des associations fondées et dirigées par des médecins. Les premières furent la Croix Rouge de Belgique (1863) et la Société royale de Médecine publique (et de Topographie médicale du Royaume) constituée en 1877 par Hyacinthe Kuborn. A la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècle, leur nombre s'accroît, elles se spécialisent et leurs affiliés se multiplient. La *Ligue nationale belge contre la Tuberculose* qui, au départ, était une simple section créée au sein de la Société royale de Médecine publique en 1898, comptait déjà plus de 2.600 membres en 1900 (29).

Selon Witte et Craeybeckx (30), «les multiples institutions et associations créées au tournant du siècle dans les secteurs politique, économique, social et culturel avaient aussi pour objectif secondaire de mettre en contact les unes avec les autres les différentes classes sociales et de familiariser de plus larges couches sociales, qui avaient désormais voix au chapitre politique, avec l'idéologie bourgeoise par le biais de ce large réseau d'associations». Bien que l'on attende toujours des études précises sur les membres des ligues et des sociétés de médecine sociale, il ne fait guère de doute qu'elles ont, elles aussi, assumé cette fonction d'intégration sociale progressive, dont l'écho en politique a été une autre construction intellectuelle, celle de la «petite bourgeoisie», promue et accueillie pour élargir les assises de l'ordre socio politique (31).

Les ligues ont aussi oeuvré en ce sens sur le terrain culturel. A ce niveau, le souci fondamental de conjurer la double menace physique, épidémiologique et sociale, représentée par les masses, a rencontré les nouvelles logiques de la médecine post pastorienne. Celle ci a permis de mieux comprendre sans pour autant apporter, avant longtemps, de véritables percées thérapeutiques. D'où l'accent mis sur la prévention. L'individu se dessine donc au même moment comme l'unité de base de la démo-

(29) VELLE, note 15, p. 65.

(30) WITTE; CRAEYBECKX, note 3, p. 122.

(31) KURGAN-VAN HENTENRYK, G. A la recherche de la petite bourgeoisie : l'enquête orale de 1902-1904. *Revue belge d'Histoire contemporaine*, 1983, 14 (3-4), 287-332.

cratie et comme un acteur essentiel du combat pour la santé. Or, comme en France dans les années 1880-1900, le discours sur l'immaturation du peuple souligne le danger de la «dictature des illettrés», instables et imprévoyants.

Pour accorder le nombre et la raison, selon le mot de Gambetta en 1871, l'éducation devient un outil primordial (32). En dehors de l'école, l'apprentissage de l'hygiène privée est un puissant outil d'acculturation puisqu'il fait appel à l'intérêt personnel du malade potentiel pour servir l'intérêt collectif en dehors de toute dimension partisane apparente. Il passe par la diffusion de «valeurs d'ordre et de prévoyance» et contribue à une oeuvre de disciplinisation, qui est aussi une des manières de concéder sans céder, de ne pas perdre totalement le contrôle. Ces conceptions orientent de manière évidente les premières actions d'envergure dans le domaine de la médecine sociale à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècle.

Si la *Ligue patriotique contre l'alcoolisme*, créée en 1879, limite son action à la bourgeoisie, on assiste dès 1885 à la naissance de multiples sociétés de tempérance, beaucoup plus proches du peuple, dont l'objectif est de «vulgariser» les connaissances médicales. Destinées à relayer la propagande antialcoolique dans les milieux les plus populaires, elles veulent soustraire l'ouvrier à l'influence néfaste des cabarets. En 1892, une nouvelle étape est franchie avec la mise sur pied officielle de l'enseignement antialcoolique: «La propagande antialcoolisme (*sic*) scolaire se rattache à l'institution de la médecine préventive car, pour le médecin, il est plus facile de prévenir que de guérir» (33). Problèmes mathématiques, poèmes, dictées, chansons et, bien sûr, le cours d'hygiène, toutes les occasions sont mises à profit pour inculquer à l'enfant, dès son plus jeune âge, les valeurs bourgeoises de tempérance et de retenue. La *Ligue contre la Tuberculose*, née à l'aube du

(32) ROSANVALLON, note 3, pp. 355-363; GUBIN, E.; LEFEVRE, P. Obligation scolaire et société en Belgique au 19<sup>e</sup> siècle. Réflexions à propos du premier projet de loi sur l'enseignement obligatoire (1883). *Revue belge de Philologie et d'Histoire*, 1985, 63, 324-376 (p. 357).

(33) VAUGLEROY. Rapport présenté au congrès de Milan. Education antialcoolique de la jeunesse. *Journal de la ligue patriotique contre l'alcoolisme*, Bruxelles, 1913, mars-avril, 113-117 (p. 113), cité par PIRLOT, note 5, p. 126; DE VROEDE, M. Primary education and fight against alcoholism in Belgium at the turn of the century. *History of Education Quarterly*, 1985, 4, 483-497.

20<sup>e</sup> siècle, compte elle aussi sur l'efficacité de sa propagande pour rendre son combat efficace. Les procédés les plus divers et les plus novateurs sont utilisés et on ne compte plus le nombre de tracts, brochures, calendriers, catéchismes et autres affiches répertoriant les principes d'hygiène et de «savoir vivre» à respecter. La Poste met en vente des timbres antituberculeux, des conférenciers, «armés» de diapositives, sillonnent la Belgique, avant que le cinéma lui même ne serve de relais aux préceptes «médico hygiéniques» (34).

Si les médecins décident de prendre la masse populaire en considération, de s'adresser à elle, de la «responsabiliser» en somme, des préjugés moraux subsistent et transparaissent notamment dans la formulation du message. Ils s'expriment largement par une technique de propagande préconisée par toute une frange du corps médical, la prévention par la peur. Partant du principe que «la foule ne se résout à l'effort qui doit la préserver d'un danger que quand elle voit le péril se dresser devant elle» (35), les hygiénistes et autres agents médicaux utilisent, dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, un langage frappant et imagé, afin de marquer l'esprit du public. Cette tactique est inaugurée par les meneurs de la lutte antialcoolique qui, dès 1897, accompagnent les conférences qu'ils organisent dans les écoles de dessins censés inspirer la crainte et le dégoût. Ces croquis représentent les organes rongés par les abus de boissons spiritueuses, illustrent la déchéance de l'individu et comparent les différentes étapes de la vie d'un «honnête citoyen» et de celle d'un alcoolique (36). Les légendes contribuent aussi à renforcer la peur, telle celle ci, qui décrit «Sa majesté l'alcool» : «Son trône est établi sur des ruines sans nombre. A droite, il porte le poignard, symbole du crime ; à gauche, un hochet, image de la folie. La corde du suicide lui enserme le cou ; à ses pieds rampe le serpent de la maladie, et s'attache la chaîne des prisons. *Crime et folie, suicide, maladie et mort*, voilà ce que son règne procure à l'humanité!» (37).

Le malade issu des couches défavorisées risque, pense-t-on, de ne pas

(34) NEVEN, note 6, pp. 186-187; PIRLOT, note 5, pp. 120-130.

(35) VAN RYN. La lutte contre la tuberculose en Belgique. *Le Mouvement hygiénique*, 1899, 1, 6-24 (p. 8).

(36) PIRLOT, note 5, p. 128.

(37) *L'alcool tragique, l'alcool comique. Album*, Tournai, 1913. Cité par PIRLOT, note 5, p. 114.

être sensible aux arguments basés sur la raison et le bon sens. La propagande sera plus efficace si elle fait appel à ses réflexes innés de peur, plutôt qu'à son intelligence. Quel que soit le fléau à combattre, les protagonistes de la médecine sociale appliquent tous, dans les premiers temps, le même concept, et cette assertion du professeur Willems peut aisément s'étendre à tous les grands fléaux : « Nous avons donc parfaitement le droit et le devoir d'instruire le public à propos du cancer, au risque même de produire chez lui, sinon la phobie, ce que son indifférence ne nous fera pas facilement obtenir, du moins la préoccupation du cancer. Un certain degré de peur est, pour le public, le commencement de la sagesse » (38).

Si, malgré ces apprentissages de comportements protecteurs, malgré toutes les mises en garde contre les fléaux sociaux, les individus sont quand même touchés par l'une de ces maladies, il importe de détecter le mal dans les délais les plus brefs. D'une part, pour certaines affections, il est indispensable d'éviter les risques de contamination de l'entourage ; de l'autre, en l'absence de traitements curatifs efficaces, le pronostic thérapeutique dépend largement du stade d'avancement de la maladie. La complexité de l'identification des processus pathologiques nécessite la création d'une nouvelle structure socio-médicale, en l'occurrence le dispensaire. En effet, des moyens techniques relativement sophistiqués sont indispensables pour reconnaître formellement le germe ou la tumeur responsable de la maladie et les dispensaires, munis d'un équipement approprié, sont plus à même de dépister les malades qu'un médecin généraliste dans son cabinet de consultation.

Cette nouvelle institution va tenter à la fois d'aider le patient à guérir et de protéger la société contre lui. Pour atteindre son deuxième objectif, le dispensaire compte sur l'efficacité accrue de sa propagande. En effet, contrairement aux grandes affiches qui s'adressent à un public varié et pas nécessairement sensibilisé au problème de la tuberculose, le dispensaire parle à un malade et lui explique concrètement les risques encourus, et par lui, et par ses proches. Dans ce contexte, cracher par terre n'est plus seulement une habitude à perdre, l'acte de disséminer ses microbes sans vergogne devient véritablement un crime envers l'entourage et envers

---

(38) Cité par GREGOIRE, note 25, p. 129.

l'ensemble de la société. C'est pourquoi, spontanément, les élites sociales et politiques qui fondent les dispensaires soumettent les malades à de fortes pressions, qui se traduisent par l'octroi d'une aide matérielle, destinée à attacher le patient à l'institution. Toute infraction aux règles énoncées par le personnel du dispensaire est ainsi sanctionnée par le retrait de l'assistance. L'apparition des infirmières-visiteuses s'inscrit dans cette logique: en se rendant au domicile du malade, pour vérifier notamment la propreté des locaux d'habitation et le respect des normes d'hygiène, elles exercent un contrôle strict sur le patient, même en dehors du milieu médical, au coeur de sa vie privée.

Malgré leur orientation idéologique, les actions des ligues privées en matière de médecine sociale sont aussi porteuses, dès avant la Première Guerre mondiale, de traits modernes qui vont s'épanouir après 1918. D'une part, la conviction que, en politique comme en médecine, «mieux vaut prévenir que guérir» a permis la structuration d'une véritable idéologie de la prévention. D'autre part, les ligues s'efforcent de promouvoir une mobilisation et une union des énergies contre des ennemis communs. Durant l'entre-deux-guerres, cette tendance s'incarnera dans un idéal national exacerbé qui va en quelque sorte «sanctifier» la notion de bien public.

##### 5. *LA DÉFENSE DE LA NATION ET LA SANTÉ COMME DEVOIR MORAL 1918-1939*

L'idéologie de la prévention a continué à se développer entre 1918 et 1939 avec le soutien de l'Etat. Des investissements importants sont consentis en matière d'hygiène publique. Les attributions de l'inspection du travail sont considérablement étendues et un contrôle médical périodique est imposé à plusieurs groupes sociaux (jeunes travailleurs, mineurs, fonctionnaires). L'Etat se limite pourtant toujours à une fonction incitative. La seule mesure de prohibition portera sur la vente de l'alcool dans les lieux publics (y compris les débits de boissons), votée par le parlement en 1919 sur la proposition du leader socialiste Emile Vandervelde. Selon la commission des finances, cette norme se justifiait parce que «la notion saine de liberté doit se concilier avec le concept du bien public, qui est à la base de l'ordre, du progrès, de la vie des

nations» (39). Un amendement du ministre catholique des finances, Delacroix, maintenait toutefois la possibilité d'achat dans les épiceries et ruinait l'espoir d'une prohibition totale souhaitée dans les milieux de gauche (40).

Dans l'ensemble, l'Etat laisse les rapports immédiats avec les individus aux médecins. Ceux-ci assument une position paradoxale puisqu'ils affirment avec encore plus de force le caractère collectif des enjeux de la santé, mais en tant que corporation, ils s'opposent vivement au développement d'une médecine publique prônée par les socialistes («l'étatisation de la médecine»). Les ligues ont constitué un compromis satisfaisant à cet égard durant tout l'entre-deux-guerres. Naturellement, leur rôle leur imposait une neutralité socio-politique dont elles se sont de plus en plus ouvertement montrées soucieuses. Elles devaient attester concrètement, par leur propre exemple, que les enjeux sociaux de la santé dépassaient les clivages partisans, philosophiques ou linguistiques. C'est pourquoi en 1929, le gouvernement intervient de manière exceptionnelle pour imposer la fusion des trois principales organisations antituberculeuses au sein de l'*Oeuvre nationale belge contre la Tuberculose*. La nouvelle association bénéficie en 1930 d'une dotation extraordinaire de 100 millions, dont l'octroi ne suscite pas la moindre discussion au sein de la Chambre ou du Sénat (41).

Cet unanimisme trouve son origine dans la perception des risques. Grâce aux grandes campagnes de prévention, la construction de l'alcoolisme, de la tuberculose et de la syphilis en fléaux sociaux a été un réel succès. Au sortir de la guerre, la Nation semble plus que jamais menacée par la «dégénérescence de la Race», minée par les maladies sociales et la perte de ses «vertus vitales» (42). La santé est désormais plus qu'une composante de la question sociale et l'ouvrier, même s'il fait l'objet de diverses mesures protectrices, n'est plus au coeur des discours.

---

(39) Sénat. Séance du 19 août 1919. Projet de loi sur le régime fiscal de l'alcool. Rapport de la commission des finances. *Documents parlementaires*, Bruxelles, 1919, p. 114, cité par PIRLOT, note 5, p. 133.

(40) PIRLOT, note 5, pp. 131-132.

(41) NEVEN, note 6, pp. 160, 164.

(42) NEVEN, M.; ORIS, M. *L'Entre-deux-Guerres en Belgique 1918-1940. Bibliographie. V. Histoire de la Population, de la Famille et de la Santé*, Bruxelles, Facultés Universitaires Saint-Louis, 1995, p. X.

Il est vrai qu'avant la Première Guerre mondiale, la médecine sociale n'a pas seulement contribué à la conservation du système socio-politique mais aussi à sa réforme. Les dispensaires antituberculeux par exemple, à côté de leur démarche thérapeutique très paternaliste, ont aussi participé au regain très vif de l'épidémiologie qui s'observe dans les années 1890-1900. Ils ont mené des enquêtes statistiques précises sur les conditions de logement ou d'alimentation de leurs patients, leur statut social, etc. Rédigés par des médecins et destinés aux bailleurs de fonds —autorités publiques et philanthropes—, ces documents fourmillaient de chiffres et de commentaires qui mettaient en évidence le lien entre tuberculose et pauvreté. Par leur circulation, ils ont contribué à une objectivation, à une atténuation progressive de la morale sociale censitaire parmi les élites socio politiques (43).

Cette évolution a facilité la fusion définitive de la «nation réelle» et de la «nation légale» avec l'octroi du suffrage universel pur après 1918, qui affirme l'unité nationale au lendemain de la victoire. Paradoxalement, alors que la citoyenneté est généralisée et promue sur le plan politique, dans le domaine de la santé, l'individu va faire l'objet d'un traitement ambigu : il est à la fois relégué et valorisé. D'une part, l'objectif de la médecine sociale dépasse l'individu ; d'autre part, l'unité de base de la nation est de plus en plus la famille. «L'action médico-sociale aussi tend à être familiale. Economiquement, psychologiquement, biologiquement, l'unité est la famille plutôt que l'individu» (44). Cette orientation rencontre la tradition culturelle bourgeoise qui voyait dans la cellule familiale le lieu de l'ordre et de l'apprentissage des normes (45). En outre, autre variante autour de la peur du déclin, le spectre du dépeuplement place également la famille au coeur de l'action sociale.

A l'articulation de la famille et du futur de la race, de la nation,

- 
- (43) NEVEN, M.; ORIS, M. Les statistiques des dispensaires antituberculeux et des hôpitaux au service de l'histoire sociale et de l'épidémiologie de la "peste blanche", à paraître dans les *Annales de Démographie historique*.
- (44) René Sand, cité par ANCIAUX, A. René Sand et le bien être social. In: *Socialisme, hors série n° 2 : L'engagement social et politique des médecins. Belgique et Canada. XIXe et XXe siècles. Actes du colloque tenu à l'U.L.B. les 5 et 6 février 1993*, Bruxelles, 1993. 31-40 (p. 37).
- (45) SEGALIN, M. La révolution industrielle : du prolétariat au bourgeois. In: BURGUIÈRE, A. et al., *Histoire de la famille*, t. 2, Paris, 1986, pp. 375-412 (p. 390).



l'enfant et la femme prennent le pas sur l'ouvrier. La pédiatrie connaît un développement extraordinaire tandis qu'une foule d'initiatives sont coordonnées à nouveau par une association privée de médecine sociale, fondée en 1919 sous le patronage de la Reine, l'*Oeuvre nationale de l'Enfance* : la protection des mères, l'érection de maternités, l'organisation sur le modèle des dispensaires de consultations pré— et post-natales, etc. (46). Pour confirmer qu'il s'agit bien de protéger en priorité les forces vives de la nation, le soldat est, avec la femme et l'enfant, la troisième grande catégorie «ciblée» par la médecine sociale de l'entre-deux-guerres (47). Ce sont des groupes génériques définis de manière assez frustrante. On est loin d'une sociologie et plus encore d'une psychologie de la santé, orientée vers l'individu.

Hormis de rares exceptions, tout le discours socio médical des années 1918-1939 affirme que la santé est un devoir moral envers la société et non un droit personnel. Toutefois, pour préserver et restaurer la nation, il faut toujours s'adresser aux individus pour transformer leurs pratiques sexuelles, leurs comportements alimentaires, leurs manies intimes, bref pour les intégrer plus profondément dans la civilisation des moeurs, pour les «policer» (48), pour «leur apprendre comment vivre» (49). Pour répondre à la menace —plus construite que réelle— des fléaux sociaux, «l'idéologie de la prévention» a dérivé avec le mouvement eugénique jusqu'à la tentation totalitaire. L'Allemagne nazie des années 1930 est l'exemple le plus connu. En Belgique, les mesures extrêmes, comme la stérilisation des «anormaux» pratiquée aux États-Unis, au Danemark ou en Allemagne, ont été très fermement condamnées par l'idéologie catholique dominante. Elles le furent moins cependant parce qu'elles attentaient à la dignité et à liberté des personnes que parce que, dans un contexte de lutte farouche contre le néo-malthusianisme et les pratiques abortives, il ne fallait tolérer aucune brèche (50).

---

(46) NEVEN; ORIS, note 42, chapitre 10.

(47) PIRLOT, note 5, pp. 66-67.

(48) PINELL, P. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métaillié, 1992, pp. 300-312.

(49) SEARS, A. «To teach them how to live». The politics of public health from tuberculosis to AIDS. *Journal of Historical Sociology*, 1992, 5 (1), 61-83.

(50) DE RAES, W. Eugenetica in de Belgische medische wereld tijdens het Interbellum

Les eugénistes belges se sont définis des objectifs plus respectueux. Il s'agissait «d'avertir / d'instruire / de conseiller en ce qui concerne les devoirs et les responsabilités de chacun vis à vis de la famille / de la société / de la race». Ils militaient pour «introduire dans les habitudes sociales le certificat médical avant le mariage», afin que les époux soient fixés sur leur état de santé respectif avant de fonder une famille (citations d'après la page de garde de la *Revue d'Eugénique. Annales de la Société belge d'Eugénique* en 1923). C'était un programme modéré car plusieurs médecins et philanthropes attachés aux ligues ont de leur côté plaidé pour que soit rendu public l'état de certains malades. La déclaration obligatoire de la tuberculose et de la syphilis a suscité un vif débat éthique.

Il s'agissait en fait des premières discussions de fond sur une morale, une déontologie de la pratique médicale, en particulier sur le secret professionnel, le respect de l'intimité des patients, et la manière dont il pouvait se concilier avec le bien public (51). Certains médecins de famille, notamment dans la *Revue médicale de Louvain* (université catholique) ou *Le Scalpel* de Liège, se sont insurgés contre les phobies inventées par les «ligueurs», les peurs paniques qui jettent le trouble et motivent des atteintes injustifiables à la liberté individuelle ou, pire encore, à l'honneur des familles. Pour eux, dans le respect rigoureux du secret professionnel, le médecin généraliste, en raison de sa proximité, de sa familiarité avec ses malades, est le mieux placé pour instruire le patient et surtout pour moduler les exigences de la médecine en fonction de ses capacités psychologiques et culturelles du malade (52).

Ces interpellations participent d'une réflexion critique plus générale, toujours menée pour l'essentiel par des médecins, sur l'efficacité de leurs actions d'éducation et de propagande. De premiers bilans sont dressés pour la lutte antituberculeuse dès l'entre-deux-guerres, antialcoolique en 1944, anticancéreuse en 1949 (53). Dans l'ensemble, ils sont négatifs, et

---

[L'eugénisme dans le monde médical belge durant l'entre deux guerres]. *Revue belge d'Histoire contemporaine*, 1989, 20 (3-4), 399-464.

(51) NEVEN; ORIS, note 42, pp. 58-59.

(2) Voir notamment DEJACE, L. Involontaires méfaits. *Le Scalpel*, 1922, 75 (41), 849-850; IDE, M. Le bilan de l'hygiène officielle. *Revue médicale de Louvain*, 1927, 39 (18), 284-287.

(53) PIRLOT, note 5, p. 138; GREGOIRE, note 25, pp. 130-134.

ces constats d'échec, confrontés à l'ampleur des efforts consentis, imposent des remises en question. La compréhension que la peur inhibe plus qu'elle ne motive ouvre la voie à une révision, mais aussi à une extrême complexification des «stratégies de communication». Pour la première fois, la distance entre cultures des élites et cultures populaires n'est plus perçue en termes d'inaptitude des masses mais bien d'incapacité des scientifiques à communiquer. La «communication» devient la question stratégique, et elle impose une approche plus respectueuse de l'individu cible.

## 6. LE «DROIT À LA SANTÉ» ET L'EXCLUSION DU MALADE (1946-1995)

La Deuxième Guerre mondiale n'a pas marqué une rupture radicale. Néanmoins, à partir de 1944, une profonde évolution se produit sans déboucher sur un système stable car deux contradictions imbriquées cumulent leurs effets déstabilisateurs. La première oppose la vision du malade potentiel et la position du patient réel; la seconde renvoie à la contradiction des droits et des devoirs. La personne en bonne santé est valorisée dans les attributs de sa citoyenneté, comme individu conscient, autonome et responsable (54). Peu à peu, une «culture de la santé» prend le pas sur l'idéologie de la prévention (55). Pour dépasser les inhibitions liées aux tabous de la souffrance et de la dégénérescence, le malade potentiel doit avoir un rapport «adulte» avec son corps, qui lui permette de repérer les premiers symptômes et de réagir de manière appropriée. Tout naturellement, l'exclusion sociale, telle que nous l'avons définie dans le premier paragraphe, va de pair avec une incapacité à gérer sa santé.

Parallèlement, pour répondre aux pathologies dégénératives comme le cancer ou les affections cardio-vasculaires, l'hôpital s'est complexifié. Les

(54) PINELL, note 48, p. 302.

(55) MOULIN, M. De la prévention à l'éducation pour la santé. In: *Socialisme*, hors série n° 2 : *L'engagement social et politique des médecins. Belgique et Canada. XIXe et XXe siècles. Actes du colloque tenu à l'U.L.B. les 5 et 6 février 1993*, Bruxelles, 1993, 85-96 (p. 85); VELIE, K. *Lichaam en hygiëne. Naar de wortels van de huidige gezondheidskultuur [Le corps et l'hygiène. Les prolégomènes de la culture de la santé contemporaine]*, Gand-Louvain, Miat Kritik, 1984, 164 pp.

investissements sont devenus si importants qu'ils imposent une logique de «rentabilité» à la «machine à guérir». Les exigences techniques et scientifiques de l'efficacité ont contribué à la déshumanisation de l'institution hospitalière, au sein de laquelle le patient perd toute autonomie. Ce thème a suscité une littérature pléthorique (56). Toutefois, il est peu douteux que cette évolution soit aussi, sinon surtout, le produit de la transformation des mentalités parmi des patients mieux éduqués, davantage conscients de leurs droits, d'autant plus réticents à accorder une confiance qui n'est pas fondée sur la compréhension qu'ils sont soucieux de leur intégrité physique et morale.

Dans ce contexte, les réactions de méfiance et de peur, la «paranoïa» du malade, sont la rançon des qualités critiques que l'on a voulu développer chez lui quand il n'était encore qu'un malade potentiel ; le sentiment de perdre sa dignité est la rançon de l'efficacité, mais aussi des renforcements de l'individuation dont la culture de la santé est une des composantes. Comme le note Pinell (57), la contradiction est fondamentale ; elle ne se réduit pas à une simple question de communication.

La perte de dignité est aussi liée à l'exclusion, à la solitude dans laquelle sont plongés les «dégénérés», les plus âgés, les mourants surtout, stigmatisés par l'obscénité de la vieillesse et de la mort (58). En ce domaine, le vieillissement et la transition épidémiologique —soit l'évolution des pathologies dominantes—, ont rencontré la «seconde transition démographique», qui est en fait un profond bouleversement de la famille dans ses structures et ses fonctions (59). Grâce à un examen des registres des hôpitaux universitaires de Louvain (pilier catholique), Paul Servais a montré

---

(56) MARCH, R. La dignité du malade devant les progrès de la médecine. *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1980, 135 (9), 595-602; GREGOIRE, note 25, pp. 180-182.

(57) PINELL, note 48, pp. 310-311.

(58) ELIAS, N. *La solitude du mourant dans la société moderne*, Paris, Christian Bourgeois, 1987.

(59) LESTHAEGE, R. La deuxième transition démographique dans les pays occidentaux : une interprétation. In: TABUTIN, D.; EGGERICKX, T.; GOURBIN, C. (dir.) *Transitions démographiques et Sociétés. Chaire Quetelet 1992*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, 1995, pp. 133-180.

qu'après la Deuxième Guerre mondiale, la cellule familiale accueille de moins en moins le décès de ses membres, alors qu'auparavant la coutume était de rendre à ses proches le patient arrivé à la dernière extrémité. Même la famille rejette une épreuve désormais perçue comme trop choquante ; l'hôpital est devenu le refuge de la souffrance et de la mort (60).

Des réactions se sont dessinées au cours des vingt dernières années, essentiellement avec le développement des soins palliatifs, et plus généralement de l'ensemble des pratiques de prise en charge de l'être souffrant (61). Ce souci de restaurer et préserver la dignité du malade et du mourant a cependant des implications qui replacent le débat au niveau de la morale, à partir de la question controversée de l'euthanasie et de la définition des limites de l'autonomie individuelle dans la gestion de la vie (62).

Cette dimension morale est également au cœur de la contradiction entre l'énoncé des droits et des devoirs. Le droit à la santé est en soi une notion paradoxale qui mériterait un historique approfondi. Ce sont les progrès médicaux, la conviction que l'homme peut vaincre la maladie, qui en constituent la base (63). D'un point de vue juridique, certains historiens du droit considèrent que la révision de la loi sur les accidents du travail (1903 en Belgique) est une étape fondamentale parce qu'elle a érigé en principe le droit à une réparation, sans que l'ouvrier n'ait plus à faire la preuve de son innocence (64).

Ce fut la première assurance obligatoire. Durant l'entre-deux-guerres, avec le soutien de l'État mais toujours en dehors de son contrôle direct, des institutions privées ont considérablement développé les assurances facultatives

- 
- (60) HORRENT, Y.; ORIS, M.; SERVAIS, P.; VELLE, K. La population des grands hôpitaux universitaires belges du début du 19<sup>e</sup> à la fin du 20<sup>e</sup> siècle. *Annales de Démographie historique*, 1994, 217-236 (pp. 234-235); GREGOIRE, note 25, pp. 190-191.
- (61) ABIVEN, M. *Pour une mort plus humaine. Expérience d'une unité hospitalière de soins palliatifs*, Paris, InterEditions, 1990; TAVERNIER, M. *Les soins palliatifs*, Paris, P.U.F., 1991.
- (62) MONTANDON-BINET, C.; MONTANDON, A. *Savoir mourir*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- (63) MOULIN, note 55, p. 87.
- (64) NANDRIN, J.-P. La laborieuse genèse du droit social belge : une utopie récupérée. In: KURGAN-VAN HENTENRYK (ed.), *La question sociale en Belgique et au Canada XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Bruxelles, Éditions de l'Université libre, 1988, pp. 123-138 (pp. 134-135).

contre la maladie et l'invalidité. Il s'agissait des mutualités qui se comptaient par centaines au début du 20<sup>e</sup> siècle et qui, entre 1906 et 1920, se sont regroupées au sein de cinq fédérations, catholique, socialiste, libérale, neutre et professionnelle (65). Les deux premières étaient de loin les plus puissantes et elles ont considérablement développé la médecine sociale pour étendre leur emprise, en mettant gratuitement à la disposition de leurs affiliés les techniques de pointe dans le cadre de leurs nombreuses cliniques, malgré les résistances des syndicats médicaux. En Belgique, le coût de l'évolution scientifique en matière d'infrastructures ne s'est donc pas traduit pas une affirmation de la médecine publique au détriment du secteur privé, comme ce fut le cas en France (66).

C'est l'opposition des organisations socio-politiques, des «piliers», sans doute aussi leur crainte de perdre le contrôle de leurs membres, qui a retardé le principe d'une assurance obligatoire, parce qu'il impliquait une gestion par l'Etat déjà annoncée par l'octroi d'importants subsides aux mutuelles. Aux socialistes qui défendaient cette option, les autres organismes mutualistes ont répondu que «l'intervention de la loi menaçait l'éducation naturelle de l'ouvrier et négligeait son effort individuel pour faire face aux difficultés de la vie» (67). Cette rhétorique vieillotte a été abandonnée facilement au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale quand un compromis a permis de concilier la position des mutuelles et le rôle central de l'Etat.

A partir de l'arrêté loi du 28 décembre 1944, promulgué par le gouvernement en vertu des pleins pouvoirs, la Sécurité sociale a pris une grande extension et s'est étendue bien au delà du domaine des maladies et invalidités. L'évolution essentielle est le relâchement du lien entre le travail salarié et des assurances perçues comme un salaire différé, puisque surtout à partir de la loi de 1963 et jusqu'en 1973, la protection a été étendue à de nombreuses sous-populations, y compris à des inactifs qui

---

(65) VELLE, note 15, p. 73.

(66) PINELL, note 48, pp. 298-299.

(67) SONDERVORST, F.-A. *Histoire de la médecine belge*, Zaventem, Séquoia, 1981, pp. 263-265; GERARD, E. Les mutualités chrétiennes. In: GERARD, E.; WYNANTS, P. (dir.), *Histoire du mouvement ouvrier chrétien en Belgique*, t. 2, Leuven University Press, 1994; pp. 68-149 (p. 106).

bénéficient du système sans payer de cotisations (68). La Sécurité sociale a ainsi créé le droit à la santé ; elle a chargé la médecine de réparer les injustices de la vie en assurant à tous un traitement identique devant la maladie. Ce droit sinon à la guérison, du moins à l'égalité de traitement, est profondément ancré.

Pourtant, il fait l'objet de contestations dans un triple contexte de dépression économique qui réduit les rentrées, de vieillissement qui accroît directement et indirectement les coûts, et de tensions linguistiques entre la Flandre et la Wallonie sur leurs contributions respectives (69). La prise de conscience des limites de l'Etat Providence a accru le désir d'impliquer l'individu dans la gestion de la santé en remettant au premier plan le problème de la responsabilité, qui s'était progressivement estompé à partir de la loi de 1903 sur les accidents de travail. En effet, le droit à la santé, plus prosaïquement l'accès à la Sécurité sociale, est pratiquement défini comme un absolu dans les termes légaux : non seulement, il n'est plus soumis systématiquement au paiement de cotisations, mais il n'est même pas lié à la citoyenneté juridique puisqu'il s'étend aux populations étrangères résidant en Belgique.

Ce droit «acquis» s'oppose à l'énoncé social des devoirs, aux logiques de culpabilisation qui semblent inséparables du travail de responsabilisation et d'éducation à la citoyenneté. Ces logiques sont plus ou moins marquées selon les pathologies, les tabous et les modes, mais elles sont aussi le résultat des campagnes d'information qui soulignent l'origine comportementale de maladies comme le cancer des poumons ou le SIDA. Le résultat est qu'au caractère obscène de la souffrance s'ajoute un stigmate de responsabilité personnelle qui facilite le processus d'exclusion, le justifie en quelque sorte (70). La contradiction est totale avec les efforts consentis pour préserver la dignité des malades. En outre, cette personnalisation néglige la dimension sociale dans l'étiologie des maux, en faisant peser sur des exclus —les drogués dans le cas du SIDA par exemple— les responsabilités liées à une

---

(68) DELHUVENNE, M. Quarante ans de sécurité sociale (1935-1975). Une société en mutation. *Revue belge de la Sécurité sociale*, 1979, 21 (10-12), 679-705 (pp. 690-691).

(69) KUTY, O.; LEGRAND, M. *Politiques de santé et vieillissement : actes du colloque, Liège, 24 et 25 octobre 1991*, Liège, Université de Liège, 1993.

(70) POLLACK, M. *Les homosexuels et le SIDA. Sociologie d'une épidémie*, Paris, A.M. Métailie, 1988.

citoyenneté dont l'exercice n'est pas accessible à tous. Elle remet donc en cause le fondement même de la Sécurité sociale, sa fonction correctrice des inégalités.

## 7. CONCLUSIONS

Ce papier a été présenté originellement lors du colloque d'Annecy, dans le cadre d'une session dont le sous-titre fournissait un axe pour resserrer le champ de la recherche: *health between individual liberty and state policy*. Cette idée d'une opposition entre l'individu et l'état est un produit typique de la tradition jacobine française qui s'applique assez mal à la société belge contemporaine. Malgré de très larges emprunts au droit français de la République et l'Empire, le système institutionnel belge n'a jamais défini un état central tout puissant, expression de la primauté du collectif sur l'individuel, de la nation sur le citoyen. La résistance des pouvoirs locaux et l'idéologie libérale d'abord, la question sociale et sa gestion par la *pilarisation* du corps social ensuite, l'affirmation des communautés linguistiques qui a définitivement brisé le mythe unitaire enfin, ont dominé tour à tour les relations entre l'homme et l'Etat.

Sous le régime censitaire, les inégalités sociales devant la santé sont clairement perçues mais elles ne condamnent pas le système socio-politique. Tout au contraire, elles le justifient puisqu'elles constituent la sanction biologique de l'infériorité morale et culturelle des pauvres. Responsables de leur état, ils menacent les citoyens reconnus, les élites. Aussi les premières politiques de santé ont elles été avant tout défensives, d'abord de rejet par le biais des grands travaux d'hygiène publique, puis, après que la montée des tensions ait démontré l'inanité de cette tactique, par une oeuvre d'intégration et surtout de disciplinisation. Elle se développe à partir des années 1890 mais des franges de plus en plus larges du corps médical s'y préparaient depuis vingt ans. Les grandes découvertes de la bactériologie les ont aidées à transformer diverses pathologies en fléaux sociaux.

Selon les thèses célèbres de Illitch et Foucault, les termes de l'alliance entre les médecins et l'Etat étaient simples. En échange de l'affirmation de leur position d'experts, les médecins devaient contribuer au contrôle des



populations, à la disciplinisation des masses (71). En Belgique, aucune source ne peut cautionner l'hypothèse d'une alliance négociée et structurée, mais l'existence d'appuis réciproques n'en est pas moins évidente. Elle a permis l'extension du marché médical au profit de nombreuses ligues et oeuvres. Celles-ci représentent un courant unanimiste magnifié par l'idéal national et l'urgence de périls dont elles ont elles-mêmes largement tracé les contours. Quand, dans l'entre-deux-guerres, les fléaux ne menacent plus seulement les pauvres mais la nation tout entière, la médecine sociale perd sa fonction de défense, de préservation, pour devenir un outil offensif de la réforme sociale. C'est le temps des «croisades»!

La persistance des jugements moraux qui pesaient sur le malade et sanctionnaient son infériorité a supporté des idéologies interventionnistes. Elles se fondaient sur une perception très largement diffusée de la santé comme un devoir envers la nation et la famille menacée de dégénérescence, plutôt que comme un droit individuel. Elles ont pu dériver jusqu'à la tentation totalitaire mais ces excès n'ont rencontré aucun succès sérieux en Belgique, notamment parce qu'ils auraient impliqué une intrusion active de l'Etat dans le domaine privé. Ce que les autorités politiques ont supporté était certes une oeuvre de disciplinisation mais par l'éducation, par la propagande, par la conviction. Surtout après 1918, on peut parler d'un désir réel de corriger les inégalités devant la santé en réduisant les inégalités culturelles grâce à une diffusion efficace des connaissances (72).

Parallèlement, une des variantes de l'idéologie de la prévention voit dans la gestion de la santé une des meilleures manières de prévenir la pauvreté. C'est l'origine du développement des mutuelles qui rompent le mythe unanimiste et participent ouvertement à la *pilarisation* de la société belge. Même si certaines ligues et oeuvres sont toujours très actives, les mutuelles ont peu à peu repris et considérablement renforcé la fonction de contrôle de la population par le biais de la prévention et des soins de santé, mis au service de leur idéologie. La lutte contre la pauvreté a fondé le principe du droit individuel à la santé, qui a trouvé dans la Sécurité sociale l'outil de ces ambitions au lendemain de la Deuxième Guerre.

Même après 1944, effacé derrière les images unifiantes de la nation et

---

(71) VELLE, note 15, p. 47.

(72) MOULIN, note 55, p. 91.

de la famille, puis par des filtres socio-politiques puissants, l'État s'est comporté plus comme un notaire que comme un gestionnaire. La dépression économique qui a suivi le choc pétrolier de 1973 et les perspectives d'explosion des coûts liées au vieillissement ont replacé le politique au pied du mur. L'enjeu est devenu d'autant plus fondamental que la Belgique s'est également, au cours des vingt dernières années, transformée en un état fédéral. Dans ce contexte, la Sécurité sociale est devenue une sorte de tabou, le ciment du pays en fait, puisqu'elle organise la solidarité interpersonnelle au sein d'une population qui ne se définit plus comme une nation. Les différences de développement socio-économique entre les deux principales régions, Flandre et Wallonie, contribuent à accroître les tensions (73).

Dans ce contexte, le débat s'est focalisé sur les transferts entre les régions et sur leur caractère «objectif», sur les consommations médicales excessives qui ne s'expliquent pas par la structure des âges, le passé socio-professionnel, etc. C'est une globalisation de la question des responsabilités individuelles dans la gestion de la santé et, au delà, dans l'économie d'un système de sécurité sociale. Cette tendance s'est développée quand l'idée d'une culture de la santé a pris le pas sur l'idéologie de la prévention. La valorisation de la participation autonome a été moins fondée sur des considérations idéologiques que sur le constat pragmatique de l'inefficacité des autres approches, constat posé pour l'essentiel dans les années 1940. Ce mouvement a rencontré après 1968 le courant d'humanisation des hôpitaux destiné à permettre au patient de conserver dans l'institution thérapeutique le sentiment de sa dignité qu'on s'est efforcé de lui inculquer.

Cette promotion d'une forme moderne de citoyenneté responsable a été renforcée dans un contexte de crise financière. Cependant, dans ce contexte précisément, des dérives se produisent quand la notion de responsabilité est étendue à des groupes ou des personnes exclus; c'est une répétition de la confusion des jugements sociaux et moraux analogue à celle que pratiquaient les censitaires au milieu du 19<sup>e</sup> siècle... Aujourd'hui, les rapports entre santé et citoyenneté apparaissent enserrés dans un noeud étroit de contradictions entre morale individuelle et causalité sociale, promo-

---

(73) REMAN, P. *La sécurité sociale : histoire, développement et perspectives*, Bruxelles, Dossiers du CRISP, 1992.

tion du malade potentiel et traitement efficace du patient. L'indécision et l'ambivalence des opinions se remarquent dans l'opinion publique mais aussi dans les travaux scientifiques, dont les conclusions divergent parfois radicalement (74). Il devient urgent de redéfinir des principes clairs pour refonder le support réciproque de l'Etat et du citoyen.

Santé et citoyenneté dans la Belgique contemporaine : un survol

Temps	Evénements	Santé et Citoyenneté
↓	<b>« Laisser faire »</b>	
1831	Vote censitaire	Responsabilité individuelle
1836	Loi communale	
1848	Gouvernement Rogier	Légitimation de l'ordre social
1858	Première loi sur les expropriations	
1863	Croix Rouge de Belgique	
1866	Deuxième loi sur les expropriations	
1877	Société royale de Médecine publique	
1882	Koch - Pasteur	
1884	Intervention de l'Etat dans la santé publique	« Croisade » contre la variole
1885	Parti Ouvrier Belge	
1886	Grèves importantes	
↓	<b><u>Concéder sans perdre le contrôle</u></b>	
1892	Naissance officielle de l'enseignement anti alcoolique	
1893	Vote plural	La construction des fléaux sociaux - la question de la santé dans la question sociale
1898	Ligue nationale belge contre la tuberculose	Une double stratégie : - étendre la base sociale de l'ordre politique
1903	Assurance contre les accidents de travail	- Une oeuvre de disciplinisation

(74) POLLACK, note 70, p. 20.

↓

Protéger la Nation et la famille

1919	Loi de prohibition partielle	Idéologie de la prévention
1920	Fusion des mutualités	
1921	Un homme, une voix	
1929	Fusion des associations contre la tuberculose	L'Unanimité et la Nation
1930	100 millions pour la lutte contre la tuberculose	La communication et l'individu

Le Citoyen et l'Etat

Droits et devoirs

↓

1944	Naissance de la sécurité sociale	Culture de la santé-déshumanisation de l'hôpital
1948	Droit de vote des femmes	
1973	Début de la crise économique	Soins palliatifs
1994	Belgique, état fédéral	La sécurité sociale comme ciment de la Nation

*La croix des contradictions en médecine sociale (après 1945)*

