(N° 25.)

Chambre des Représentants.

Séance du 5 Décembre 1911.

Projet de loi sanitaire.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

A la différence de ce qui existe en certains pays étrangers, la Belgique ne possède pas de loi générale concernant l'hygiène publique.

Mais notre législation comprend, sur cette matière, de nombreux textes de loi, dont il ne sera pas sans utilité de faire rapidement l'énumération.

Le décret du 14 décembre 1789, relatif à la constitution des municipalités, range, parmi les fonctions propres au pouvoir municipal, sous la surveillance et l'inspection des assemblées administratives, celle « ... de faire jouir les habitants des avantages d'une bonne police, notamment de la propreté, de la salubrité... dans les rues, lieux et édifices publics. »

D'autre part, la loi du 16-24 août 1790, sur l'organisation judiciaire, « confie à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux : ...

« 4° L'inspection... sur la salubrité des comestibles exposés en vente publique ;

« 5° Le soin de prévenir, par les précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et fléaux calamiteux, tels que... les épidémies et épizooties, en provoquant aussi, dans ces deux derniers cas, l'autorité des administrations de département et de district. »

En vue de permettre aux municipalités de s'acquitter pleinement de cette mission, le décret des 19-22 juillet 1791 leur donnait le droit de prendre des arrêtés, droit qui a été confirmé par la loi communale, dans les termes suivants :

« Le Conseil fait les règlements communaux d'administration intérieure et les ordonnances de police communale.

« Ces règlements et ordonnances ne peuvent être contraires aux lois ni aux règlements d'administration générale ou provinciale. »

La même loi leur donne le droit de faire, en matière de police des mœurs,

tels règlements qu'ils jugent nécessaires et utiles. Elle charge le collège des bourgmestre et échevins de la surveillance des personnes et des lieux notoirement livrés à la débauche.

Les conseils communaux arrêtent, moyennant l'avis de la Députation permanente et l'approbation du Roi, les plans généraux d'alignement des villes et des parties agglomérées des communes rurales, décrètent l'ouverture des rues nouvelles et l'élargissement des anciennes, ainsi que leur suppression.

Les lois du 1er juillet 1858 et du 15 novembre 1867 leur permettent de recourir à l'expropriation par zones en faveur des travaux ayant pour objet soit l'assainissement ou l'amélioration d'un ancien quartier, soit la construction d'un nouveau.

Les conseils provinciaux peuvent faire des règlements provinciaux d'administration intérieure et des ordonnances de police, à la condition que ni les uns ni les autres ne portent sur des objets déjà régis par des lois ou par des règlements d'administration générale. Leurs règlements ne peuvent porter sur des intérêts essentiellement locaux (Seresia, *Droit de police des conseils communaux*, n° 10; *Pandectes*, v° Pouvoir provincial, n° 38 et v° Règlement provincial, n° 71; Bernimolin, *Institutions provinciales*, t. I, p. 280 et s.).

Un arrêté royal du 18 avril 1818 édicte des mesures pour étendre la pratique de la vaccination et exhorte les États des diverses provinces et les administrations des communes « à concourir de tout leur pouvoir à établir et répandre l'usage de la vaccine ».

Le Code civil ne permet l'inhumation que moyennant autorisation de l'officier de l'état civil, qui ne peut la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.

Le décret impérial du 23 prairial an XII, sur les sépultures, complété par l'arrêté royal du 30 juillet 1880, règle ce qui a trait à l'établissement et à la police des cimetières. Celui du 7 mars 1808 fixe la distance à observer pour les constructions dans le voisinage des cimetières hors des communes.

La loi du 16 septembre 1807 permet au Gouvernement d'ordonner le desséchement des marais.

Le décret du 18 juillet 1831 attribue au chef de l'État le droit de prendre les mesures que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendrait nécessaires sur les frontières de terre ou de mer ainsi que dans l'intérieur du pays.

Diverses dispositions du Code pénal répriment les fraudes dans le commerce des denrées alimentaires. (Art. 454 à 457, 498 à 504 et 561.)

A l'effet notamment de faciliter leur application, la loi du 4 août 1890 autorise le Gouvernement à réglementer, spécialement au point de vue de la santé publique, le commerce, la vente et le débit des denrées alimentaires et des substances servant à l'alimentation de l'homme et des animaux, et à

interdire l'emploi des matières, ustensiles ou objets nuisibles ou dangereux.

Cette même loi organise le service d'inspection de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires.

Elle a été complétée par celle du 30 décembre 1895, concernant le commerce des viandes, celles du 4 mai 1900 et du 12 août 1903, qui ont pour objet la répression des fraudes commises dans le commerce des beurres, celle du 21 août 1903, qui édicte des dispositions prohibitives à l'égard de la saccharine, et enfin celle du 25 septembre 1906 qui interdit les liqueurs connues sous le nom d'absinthes.

Au Gouvernement encore appartient la police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes. (Arrêtés royaux du 29 janvier 1863 et du 27 décembre 1886.) La loi du 5 mai 1888 organise l'inspection de ces établissements.

La loi du 13 décembre 1889 — complétée, en ce qui concerne les mines, par celle du 5 juin 1911 — édicte certaines dispositions protectrices concernant le travail des femmes, des adolescents et des enfants dans les établissements industriels. Celle du 10 août 1911 interdit le travail de nuit aux femmes employées dans l'industrie.

La loi du 2 juillet 1899 autorise le Gouvernement à prescrire les mesures propres à assurer la salubrité des ateliers ou du travail dans les entreprises industrielles et commerciales, dont l'exploitation présente des dangers, même lorsqu'elles ne sont pas classées comme insalubres ou incommodes.

La loi du 20 août 1909 édicte certaines dispositions et permet au Gouvernement de prendre des mesures complémentaires en ce qui concerne l'emploi de la céruse dans les travaux de peinture.

Par la loi du 30 avril 1909, le Gouvernement est autorisé à prescrire les moyens propres à assurer la salubrité des locaux affectés temporairement au logement des ouvriers employés dans les briqueteries et sur les chantiers.

La loi, déjà citée, du 5 juin 1911, permet au Gouvernement de déterminer les obligations des concessionnaires de mines en vue d'assurer l'hygiène dans les travaux et de prescrire les dispositions à prendre pour sauvegarder la santé des ouvriers. Celle du 31 décembre 1909 fixe la durée de la journée du travail dans les mines.

La loi du 25 juin 1905 prescrit l'obligation de mettre des sièges à la disposition des employées de magasin.

Enfin, celle du 17 juillet 1905 interdit ou limite le travail du dimanche dans les entreprises industrielles et commerciales.

Le Roi puise dans le décret du 22 décembre 1789, section III, article 2, qui place sous son autorité la conservation des rivières, le droit de régler la police des cours d'eau navigables.

L'arrêté royal du 1er mai 1889, confirmant sur ce point l'édit du 13 août 1669, défend de jeter, déposer, laisser flotter ou couler dans les voies navigables aucune matière qui puisse altérer les eaux.

De son côté, la loi du 7 mai 1877, relative aux cours d'eau non navi-

gables ni flottables, punit ceux qui y laisseront couler des liquides, y jetteront ou y déposeront des matières pouvant corrompre ou altérer les eaux, sauf les exceptions à déterminer par les règlements provinciaux, et, à défaut de ces règlements, par les Députations permanentes.

Le Code rural (loi du 7 octobre 1886) punit ceux qui jettent des bêtes mortes sur les chemins publics ou sur les propriétés contiguës, dans un cours d'eau, un étang ou un canal (art. 89, 2°) ainsi que ceux qui, volontairement, auront jeté ou fait jeter dans un puits, un abreuvoir ou une fontaine, soit publics, soit privés, des corps organiques ou toute autre matière de nature à corrompre l'eau ou à la rendre impropre à l'usage domestique. (Art. 90, 3°.)

La loi du 26 décembre 1876 donne au Gouvernement, dans l'intérêt de la salubrité publique, le pouvoir de réglementer le transport des matières toxiques.

La loi du 30 décembre 1882 autorise le Roi à prescrire les mesures que la crainte de l'invasion ou l'existence de maladies contagieuses des animaux domestiques peut rendre nécessaires dans l'intérieur du pays et sur les frontières.

C'est en vertu de cette loi qu'ont été édictées les mesures de prophylaxie de la rage.

La loi du 12 mars 1818 institue des commissions médicales provinciales chargées de « tenir l'œil sur tout ce qui intéresse la santé des habitants » et « d'exercer leur surveillance dans le cas ou quelque maladie contagieuse ou épidémique se déclarerait dans leur province ou district ».

La loi du 9 août 1889, relative aux habitations ouvrières, institue des comités de patronage chargés notamment :

A. De favoriser la construction et la location d'habitations salubres et leur vente aux ouvriers;

B. D'étudier tout ce qui concerne la salubrité des maisons habitées par les classes laborieuses et l'hygiène des localités où elles sont tout spécialement établies.

Pour les aider dans l'accomplissement de cette tâche, la loi précitée édicte diverses mesures de nature à faciliter la construction d'habitations ouvrières et leur acquisition par les ouvriers.

*
* *

De l'exposé qui précède, il ressort que les administrations communales jouissent, dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publiques, de pouvoirs très étendus.

Un grand nombre d'entre elles ont édicté sur la matière des règlements plus ou moins complets.

Les conseils provinciaux possèdent le même droit de réglementation que les communes pour ce qui concerne la prophylaxie des épidémies. (Seresia, *Droit de police des conseils communaux*, n°s 10 et 290.) Mais, à la différence de ces dernières, ils n'en ont pas fait usage, sauf en ce qui concerne la vaccination antivariolique.

De son côté, le Gouvernement est suffisamment armé en certaines matières spéciales : maladies pestilentielles, commerce des denrées alimentaires, établissements insalubres, conditions du travail industriel, police des cours d'eau navigables, desséchement des marais.

Par contre, il ne dispose d'aucuns pouvoirs pour remédier aux causes d'insalubrité qui dérivent de l'état soit des logements et des agglomérations, soit des cours d'eau non navigables ni flottables, ni pour combattre la propagation ou prévenir l'apparition des maladies transmissibles en général.

Ainsi que le faisait déjà remarquer l'exposé des motifs de la loi du 9 août 1889, sur les habitations ouvrières, toute notre législation sur la salubrité des habitations se résume en ces quelques mots : « des règlements de police quand les conseils communaux se décident à en faire et qu'on veut bien les appliquer, pas de sanction, pas de surveillance supérieure ».

Le Gouvernement ne peut, d'ailleurs, ni obliger les provinces et les communes à s'acquitter des obligations légales qui leur incombent, ni se substituer à elles.

A la vérité, on a, à diverses reprises, prétendu que le pouvoir central n'est pas entièrement désarmé; qu'au contraire le Roi peut, en sa qualité de chef suprême de l'administration générale du Royaume, faire les règlements nécessaires pour assurer le maintien de l'hygiène et de la salubrité publiques. (Giron, *Droit administratif*, t. 2, l. VIII, titre IX, p. 414 ; Bormans, *Répertoire de médecine légale*, etc., v° Police sanitaire, n° 1 ; *Pandectes belges*, v° Hygiène publique, n° 21 ; v° Police sanitaire, n° 13 ; v° Pouvoir exécutif, n° 48 ; v° Règlement général (arrêté royal) n°s 9 et 10 ; v° Roi, royauté, n° 182; Giron, *Dictionnaire de droit administratif*, v° Police sanitaire, n° 1 ; v° Roi, n° 13. — *Contra* : Seresia, *Droit de police des conseils communaux*, n° 8.)

Ce droit du Gouvernement serait basé sur le texte suivant de la loi du 22 décembre 1789 : « Les administrations de département seront encore chargées, *sous l'autorité et l'inspection du Roi, comme chef suprême de la nation et de l'administration générale du royaume*, de toutes les parties de cette administration, notamment de celles qui sont relatives : ....

« 9° Au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques. » (Section III, art. 2.)

Quoiqu'il en soit, depuis l'arrêt de la Cour de cassation, du 16 juin 1841, qui proclame l'illégalité de l'arrêté royal du 20 août 1838 sur la police des maisons de débauche, le Gouvernement a recouru à la Législature chaque fois qu'il a jugé utile de renforcer les dispositions existantes en matière d'hygiène.

En présence de ce fait, il semble préférable qu'une loi nouvelle, consa-

crant le principe de la loi précitée de 1789, intervienne pour prévenir toute contestation et préciser l'étendue du pouvoir réglementaire du Roi. C'est ce que propose l'article premier du projet.

*
* *

La nécessité de compléter notre législation sanitaire n'a cessé, depuis de longues années, d'être mise en lumière par les autorités sanitaires et administratives, ainsi que par les associations et les publicistes qui s'intéressent aux choses de l'hygiène.

Elle a été signalée, à diverses reprises, au sein des Chambres législatives.

Déjà, en 1867, le Conseil supérieur d'hygiène réclamait la présentation d'un projet de loi, ayant pour objet d'attribuer au Gouvernement des pouvoirs étendus en matière d'hygiène publique, de lui permettre de créer, d'office au besoin, les ressources nécessaires pour pourvoir aux travaux de salubrité dont la nécessité serait reconnue et que les autorités locales refuseraient d'effectuer, d'organiser enfin le service de l'hygiène publique dans tout le royaume, à l'effet de mettre le Gouvernement à même de connaître les infractions aux lois de l'hygiène et d'y apporter des remèdes prompts et efficaces.

Ces propositions reçurent l'approbation de l'Académie de médecine en 1872.

Dans la suite, l'Académie et le Conseil ont insisté de nouveau, en de multiples circonstances, sur la nécessité d'une loi sanitaire.

En 1888, à la suite d'une enquête générale sur l'état hygiénique des habitations ouvrières dans le Royaume, le Conseil, considérant que la situation déplorable révélée par l'enquête était de nature non seulement à compromettre la santé des ouvriers et de leurs familles, mais encore à mettre en péril la santé publique, émit l'avis qu'il y avait lieu de « prendre des dispositions législatives en vue de régler les questions relatives à l'hygiène publique et notamment de renforcer l'action du pouvoir supérieur dans toutes les matières qui touchent à la salubrité des habitations ouvrières, tant dans les villes que dans les campagnes, tout en sauvegardant les prérogatives de l'autorité communale. »

En 1891, le Conseil revenait à la charge, en ces termes :

« Une réforme sérieuse de notre organisation sanitaire est devenue inévitable. Les hygiénistes de notre pays sont las d'attendre que le progrès de l'instruction et l'influence heureuse des notions, de plus en plus répandues, de justice et de devoir, aient fini par imposer partout les prescriptions de l'hygiène. Ils ne comptent plus sur la persuasion pour les généraliser dans l'esprit public. L'exemple des pays les plus respectueux de la liberté individuelle et des prérogatives locales, leur paraît convaincant : pour faire progresser l'hygiène publique, on ne doit pas craindre de recourir à la loi et de punir les récalcitrants.

« L'ère des tâtonnements doit être close dans notre pays, comme elle

l'est depuis longtemps dans d'autres, puisque la démonstration de l'inanité des mesures purement administratives est aussi complète ici qu'ailleurs. Il faut que la salubrité publique devienne enfin une réalité en Belgique et soit sanctionnée par la loi. »

Dans ces dernières années, les réclamations du Conseil supérieur d'hygiène et des commissions médicales sont devenues de plus en plus pressantes. Il serait fastidieux de faire ressortir, par de plus nombreuses citations, l'importance que ces collèges attachent à une revision de notre législation sanitaire. Qu'il nous suffise de renvoyer aux rapports annuels des commissions médicales provinciales, durant ces quinze ou vingt dernières années, ainsi qu'aux observations présentées à leur sujet par l'Académie et par le Conseil : il n'en est pas où l'on ne trouve l'écho des mêmes plaintes, où l'on ne puisse recueillir un ensemble concordant de faits qui viennent à l'appui de leurs réclamations.

Depuis la loi du 9 août 1889, les rapports annuels des comités de patronage des habitations ouvrières abondent en faits du même genre. Et la bonne volonté des membres de ces comités s'émousse devant l'inertie et parfois le mauvais vouloir des autorités locales. Cette constatation revient, dans chacun des rapports annuels du Conseil supérieur d'hygiène sur les travaux des comités de patronage. Dans celui qui est relatif à l'année 1901, le Conseil concluait de nouveau en ce sens :

« Il importe donc de demander, avec plus d'énergie que jamais, une loi sanitaire qui assure une inspection permanente efficace et qui mette fin à une situation hygiénique déplorable. Une pareille loi serait accueillie comme un bienfait, car elle rendrait au pays des services inappréciables. »

*
* *

La nécessité de renforcer notre législation sur l'hygiène est-elle justifiée par l'état sanitaire de la population ?

Les renseignements publiés par l'*Annuaire statistique* et par l'*Exposé de la situation du Royaume* établissent que le coefficient moyen de la mortalité, supérieur à 24 par 1,000 habitants pendant la période décennale de 1841 à 1850, s'est notablement abaissé depuis lors, ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

Périodes quinquennales.	Proportion moyenne annuelle des décès par 1,000 habitants.
1851-1855.	22.29
1856-1860.	22.19
1861-1865.	22.60
1866-1870.	23.93
1871-1875.	23.28
1876-1880.	21.74
1881-1885.	20.59

Périodes quinquennales.	Proportion moyenne annuelle des décès par 1,000 habitants.
1886-1890.	20.20
1891-1895.	20.16
1896-1900.	18.09
Années.	
1901.	17.17
1902.	17.30
1903.	16.99
1904.	16.89
1905.	16.53
1906.	16.42
1907.	15.76
1908.	16.51
1909.	15.78
1910.	15.22

Comparées à celles de l'étranger, ces données font ressortir notre situation sanitaire sous un jour d'autant plus favorable que la Belgique est un pays très industriel, dont la densité de population dépasse celle de toutes les autres nations, à l'exception de la Saxe.

En effet, la moyenne annuelle des décès par 1,000 habitants a été :

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
En Russie . . . de	32	31	30	30	»	»	»	»	»
Hongrie. . . .	25	27	26	25	28	25	25	25	25
Espagne . . .	28	26	25	26	26	26	24	23	23
Autriche . . .	24	25	24	24	25	23	23	22	23
Italie	22	22	22	21	22	21	21	22	21
France	20	20	19	19	20	20	20	19	19
Allemagne. . .	21	19	20	19	20	18	18	18	17
Suisse	18	17	17	18	18	17	17	16	16
Grande-Bretagne.	»	16	16	16	16	16	15	15	15
Aux Pays-Bas . . .	17	16	16	16	15	16	15	15	14
En Suède	16	15	15	15	16	14	15	15	14
Norvège . . .	15	14	15	14	15	14	14	14	13

La diminution du coefficient de mortalité en Belgique n'a été influencée que dans une mesure absolument négligeable par la diminution de la natalité.

D'autre part, le tableau suivant permet de constater que la mortalité aux âges moyens est également en voie de régression.

DÉCÈS PAR GROUPES D'AGES.

Proportions des décès de chaque groupe d'âges par 1.000 habitants de cet âge.

AGE AU MOMENT DU DÉCÈS.	PÉRIODES DÉCENNALES.				
	1851 à 1860	1861 à 1870	1871 à 1880	1881 à 1890	1891 à 1900
20 à moins de 25 ans	9.05	8.94	8 25	7.02	6 02
25 — 30 —	9 05	9.51	8.86	7 44	6.45
30 — 35 —	9.25	10.02	9.97	8.34	7.18
35 — 40 —	10.54	11.39	11.00	9.52	8 57
4 — 45 —	11.65	12.51	11.47	11.49	10.26
45 — 50 —	15 59	14.58	15 78	15.01	12.06
50 — 55 —	17.55	17 11	17.46	16.27	16.57
55 — 60 —	22.75	25 51	22.26	22.52	22.46
Proportion de la mortalité de 20 à 60 ans — pour 1.000 habitants de cet âge.	12.05	12 45	11.98	10.88	9.91
Proportion de la mortalité de 20 à 60 ans — pour 1,000 habitants en général.	22.52	25.71	25.27	20.65	19.51
Proportion de la mortalité de 20 à 60 ans — pour 1,000 décès en général	274 69	260.54	249 72	250 82	248.78

L'une des principales causes de la mortalité résulte des décès d'enfants de moins d'un an, dont le chiffre atteint, en effet, près du quart du nombre total. Au contraire de ce que la statistique constate pour la mortalité en général, le nombre des décès d'enfants de moins d'un an n'a pas diminué d'une manière aussi sensible, ainsi qu'il résulte du tableau suivant. A l'heure actuelle encore, un enfant sur sept meurt avant d'avoir atteint sa première année !

Moyenne annuelle des décès d'enfants de moins d'un an et proportions par 100 naissances.

LE ROYAUME.

Périodes.	Naissances Moyenne annuelle.	Décès d'enfants de moins d'un an Moyenne annuelle.	Proportions par 100 naissances.
1876-1880	174.245	29.229	16.17
1881-1885	175.600	27.350	15.58
1886-1890	176.036	28.693	16.30
1891-1895	181.389	29.746	16.40
1896-1900	191.699	30.264	15.70
1901-1905	193 481	28.581	14.77
1906	186.271	28.520	15.31
1907	185.138	24.522	13.24
1908	183.834	27.053	14.72
1909	176.431	24.269	13.75

Il est du plus haut intérêt de compléter les renseignements qui précèdent par l'indication des causes de décès et de préciser notamment la part, dans la mortalité générale, des décès occasionnés par les maladies transmissibles, tout au moins par les principales d'entre elles.

Nous trouvons, à cet égard, dans l'*Exposé de la situation du royaume* et dans les derniers *Annuaires statistiques*, les indications suivantes :

DÉSIGNATION DES MALADIES — Causes des décès		Moyennes annuelles			Proportions p. c.		
		1876 à 1880	1881 à 1890	1891 à 1900	1876 à 1880	1881 à 1890	1891 à 1900
Débilité congénitale ou vices congénitaux de conformation (1)		»	»	2,587	»	»	2.10
Maladies épidémiques, infectieuses.	Variole	3,074	1,561	764	2.59	1.14	0.62
	Rougeole	3,215	3,214	3,255	2.71	2.69	2.62
	Scarlatine	1,556	1,505	1,185	1.31	1.09	0 96
	Angine couenneuse	1,386	4,216	2,438	1.17	3.52	1.98
	Croup	2,975			2.51		
	Coqueluche	3,845	3,829	3,332	3.24	3.20	2.70
	Fièvre typhoïde	3,777	2.807	1,885	3.18	2 35	1.53
	Dysenterie	740	608	376	0.62	0.51	0 31
	Choléra	87	53	217	0.07	0.04	0.24
	Affections puerpérales	1,241	1,281	1,049	1.05	1 07	0.85
Maladies endémiques.	Phtisie			9,870			8.01
	Autres maladies chroniques de la poitrine	17,631	17,435	7,427	14.86	14.57	6.03
	Bronchite, pneumonie, pleurésie et maladies aiguës des voies respiratoires	17,996	19,044	20.464	15.17	15.91	16.61
	Maladies du cœur (1)	»	»	10,454	»	»	8.43
	Entérite et diarrhée	7,725	7,712	7,895	6.51	6.44	6 41
	Fièvres paludéennes	349	214	108	0.29	0.18	0.09
Maladies spéciales.	Alcoolisme aigu	411	372	292	0 35	0.31	0.24
	Hydrophobie (rage)	11	15	18	0.01	0.01	0.01
	Morve et farcin	26	17	12	0.02	0.01	0.01
	Charbon (2)	160	»	»	0.13	»	»
Maladies diverses non comprises sous les rubriques précédentes		49,768	53,426	38,944	41.95	44.63	31.61
Causes non déclarées (3)		»	»	4,906	»	»	3.98
Causes déclarées inconnues ou non déterminées (3)		»	»	2.613	»	»	2.12
Totaux		115,971	116.905	120,147	97.76	97.07	97.51
Morts violentes		2,661	2.786	3,070	2.24	2.33	2 49
Totaux généraux		118,682	119,691	123,217	100.00	100.00	100.00

(1) Compris antérieurement à 1888
(2) Compris à partir de 1887
(3) Compris antérieurement à 1887
} sous la rubrique : *Maladies diverses.*

En l'absence de toute prescription légale organisant le service de vérification médicale des causes de décès, les données au moyen desquelles ce tableau a été dressé ne sont pas suffisamment certaines pour qu'on puisse en faire état sans réserve.

D'autre part, nous ne possédons aucun renseignement, même approximatif, au sujet du plus ou moins de fréquence des maladies.

Mais quoi qu'il en soit, et d'une façon générale, il n'est pas douteux que l'état sanitaire se soit notablement amélioré au cours des soixante-quinze dernières années.

Les commissions médicales se plaisent à le constater dans leurs rapports. Elles en font remonter la cause aux travaux d'assainissement exécutés de tous cotés par la collaboration des pouvoirs publics, aux efforts accomplis pour améliorer les conditions générales de l'existence, aux progrès de la science médicale, à l'influence exercée par les découvertes pasteuriennes, à la vulgarisation des notions de l'hygiène.

Ces constatations sont encourageantes, mais ce serait une erreur regrettable d'en conclure que notre législation sanitaire est suffisante et qu'il est superflu de vouloir la compléter.

Nul doute que des mesures plus énergiques, plus générales, pour l'assainissement des quartiers insalubres, pour l'armement hygiénique du pays, pour la stricte observation des préceptes de l'hygiène, n'eussent accentué, dans une proportion autrement importante, les progrès accomplis !

En d'autres termes, il serait impossible de le méconnaître, les moyens mis en œuvre jusqu'à ce jour ont été insuffisants. Les actes des autorités compétentes n'ont suivi ni d'assez près, ni d'une manière suffisamment générale, les progrès des sciences médicales.

Il en est spécialement ainsi en matière de maladies transmissibles.

Les découvertes modernes ont mis en relief l'importance de ces mesures de prophylaxie : l'information, l'isolement et la désinfection. Or, nous n'avons pas la déclaration obligatoire des affections transmissibles, l'isolement des malades n'est que très imparfaitement réalisé et l'organisation du service de désinfection n'a été que très rudimentaire, jusque dans ces derniers temps, dans la plus grande partie du pays.

Aussi le nombre des décès par suite des principales maladies contagieuses continue-t-il à être fort élevé. L'*Annuaire statistique* fournit, à ce sujet, les renseignements suivants pour les dernières années :

PRINCIPALES MALADIES TRANSMISSIBLES.

Relevé des décès de 1901 à 1909.

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Fièvre typhoïde	1,508	1,228	1,088	1,051	984	890	874	824	693
Variole	260	652	1,630	656	244	41	55	42	40
Rougeole	2,036	3,305	2,509	2,758	2.446	2,459	2,011	2,982	2.676
Scarlatine	1,409	992	698	726	760	785	927	1,203	1,184
Coqueluche	2,365	2,651	2,754	2,918	2,698	2,544	2.354	2,676	2,089
Diphtérie et croup	2,438	1,817	1,393	1.289	1,253	1,191	1.141	1,228	1,141
Tuberculose	15,711	15,605	9,682	9,874	9,874	9,625	9.433	9,611	9,602
Septicémie puerpérale	—	—	432	445	389	403	407	466	439

Ainsi donc, malgré les mesures prises pour favoriser la vaccination, le nombre des décès par variole s'est élevé en une seule année à 1,630!

Malgré les sommes importantes affectées à l'assainissement du pays et principalement à l'alimentation en eau potable, le nombre des décès par fièvre typhoïde s'est élevé en moyenne à plus de 800 par année durant la dernière période quinquennale!

Malgré la découverte du sérum antidiphtérique, le nombre annuel des décès par diphtérie et croup s'élève encore à plus de 1,100!

Malgré la découverte des méthodes antiseptiques et aseptiques, le nombre des parturientes mortes par suite de septicémie puerpérale est annuellement de plus de 400!

Malgré l'amélioration générale des conditions de l'existence et malgré l'assainissement des quartiers ouvriers et des logements populaires, le nombre des décès par tuberculose, accusé par la statistique, est de près de 10,000 chaque année et nul doute que ce chiffre ne soit de beaucoup inférieur à la réalité (1)!

Quant à la fréquence des maladies, le défaut de statistiques, nous l'avons déjà fait remarquer, ne permet pas de l'apprécier. Mais il est incontestable que la morbidité n'a pas diminué dans la même proportion que la mortalité. En effet, les progrès de la thérapeutique n'agissent d'une façon favorable que sur l'issue des maladies; d'autre part, les découvertes pasteuriennes ont exercé une influence non seulement sur la prophylaxie des maladies contagieuses, mais aussi sur leur traitement, ainsi que sur l'issue des interventions chirurgicales.

En conclusion, s'il est avéré que la situation s'améliore graduellement, il est non moins certain que les progrès réalisés ont été insuffisants. Se borner à attendre des résultats plus considérables d'une plus grande diffusion des enseignements de l'hygiène au sein des populations, serait perdre un temps précieux.

« La faiblesse de notre législation, reconnue par toutes les autorités, disait récemment le Conseil supérieur d'hygiène, est l'unique cause des lenteurs de nos progrès dans le vaste champ de la prophylaxie sanitaire. »

Il serait donc coupable, alors que les moyens sont à notre disposition et qu'il suffit d'une loi pour les mettre en œuvre, de persévérer dans les errements antérieurs.

D'autres nations l'ont compris et c'est ainsi qu'ont notamment vu le jour, pour ne citer que les principales d'entre elles :

Dans la *Grande-Bretagne*, les lois de 1858, de 1863 et de 1867 relatives à la vaccination antivariolique et qui concernent respectivement l'Irlande, l'Ecosse et l'Angleterre;

Les lois de 1867, de 1875, de 1878 et de 1891 sur la santé publique et qui

(1) Les renseignements statistiques fixent à près de 16,000, soit environ au septième de la mortalité totale, le nombre annuel des décès attribués à la tuberculose et aux « autres maladies chroniques de la poitrine », rubrique sous laquelle on réunit tous les euphémismes qui désignent la phtisie dans les déclarations de décès.

s'appliquent respectivement à l'Ecosse, à l'Angleterre, à l'Irlande et au comté de Londres :

La loi de 1876, destinée à prévenir la pollution des rivières ;

Celle de 1889, relative à la notification des maladies infectieuses ;

Celle de 1890, concernant la prophylaxie de ces maladies.

La plupart de ces lois ont été modifiées et complétées par des lois subséquentes.

En *Norvège*, la loi du 16 mai 1860, relative aux mesures contre les maladies épidémiques et infectieuses et celle du 8 mai 1900 concernant la tuberculose.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 4 décembre 1872, édictant des mesures préventives contre les maladies contagieuses, complétée par diverses lois et, en dernier lieu, par celle du 21 juin 1901 qui organise l'inspection d'hygiène.

En *Allemagne*, la loi du 8 avril 1874 sur la vaccination obligatoire et celle du 30 juin 1900 concernant les maladies de danger commun.

En *Roumanie*, la loi sanitaire du 8 juin 1874, modifiée par celle du 14 juin 1895 et remplacée par celle du 18 décembre 1910.

En *Suède*, la loi sanitaire du 25 septembre 1874 et celle du 19 mars 1875, relative aux mesures à prendre contre l'introduction et la diffusion des maladies contagieuses.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 20 mars 1876 sur la police des bâtiments et de leurs dépendances;

Celle du 25 mars 1885, concernant les mesures à prendre pour parer à l'invasion et à la propagation des maladies contagieuses ;

La loi du 10 juillet 1901, qui prescrit la déclaration des maladies contagieuses ;

La loi du 18 mai 1902, concernant l'institution de médecins-inspecteurs ;

Enfin, celle du 27 juin 1906, concernant la protection de la santé publique.

En *Hongrie*, la loi sanitaire du 3 avril 1876, modifiée par celles du 7 mai 1887 et du 1er août 1908.

En *Serbie*, la loi du 30 mars 1881, concernant la vaccination obligatoire et la loi sanitaire du 23 février 1884.

En *Suisse*, la loi fédérale du 2 juillet 1886 concernant les maladies épidémiques offrant un danger général.

En *Italie*, la loi du 22 décembre 1888, modifiée par diverses dispositions subséquentes, et dont le texte a été coordonné le 1er août 1907.

Au *Danemark*, la loi du 30 mars 1892 relative aux mesures préventives contre la propagation des maladies contagieuses ; celle du 14 avril 1905 relative à la tuberculose et celle du 30 mars 1906 concernant les maladies vénériennes.

En *France*, la loi du 30 novembre 1892 qui prescrit la déclaration des maladies contagieuses et celle du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

En *Espagne*, le décret royal du 31 octobre 1901, relatif aux mesures à

prendre contre les maladies contagieuses, celui du 15 janvier 1903, concernant la vaccine et celui du 14 juillet 1903 qui a trait à l'organisation sanitaire.

En *Bulgarie*, la loi du 27 décembre 1903 sur la protection de la santé publique et celle du 24 mars 1905, relative à l'hygiène des localités.

En *Prusse*, la loi du 28 août 1905, relative à la prophylaxie des maladies transmissibles.

En *Autriche*, un projet de loi, destiné à prévenir et à combattre les maladies transmissibles, a été déposé le 15 novembre 1908.

*
* *

Le Gouvernement estime que le moment est venu de présenter un projet de loi sanitaire aux Chambres législatives.

Mais il lui paraît prématuré d'élaborer une loi générale qui reprenne en sous-œuvre toutes les dispositions existantes et les fusionne en un ensemble forcément étendu.

Mieux vaut sans doute, pour le moment, et tout en laissant debout la législation actuellement en vigueur, apporter à celle-ci les compléments les plus nécessaires, en vue notamment de spécifier nettement les droits et les devoirs des diverses autorités, d'harmoniser leurs efforts, de renforcer les pouvoirs du Gouvernement, d'imposer aux particuliers certaines obligations dictées par le souci de la santé de tous, de pourvoir enfin à l'application régulière des mesures édictées.

Tel est le but du projet de loi que nous avons l'honneur de soumettre aux Chambres législatives.

Ses dispositions portent sur les objets suivants :

Les administrations communales possèdent, en matière d'hygiène et de salubrité, les pouvoirs les plus étendus; mais leurs obligations sont moins bien définies et il est indispensable de les préciser davantage sur plusieurs points. C'est ce que propose le projet en ce qui concerne l'organisation d'un service de vaccination, l'inspection médicale scolaire et la vérification médicale des naissances et des décès.

En outre, il impose aux communes d'une certaine importance l'institution d'un service public de désinfection ainsi que l'établissement d'un bureau d'hygiène et d'un hôpital d'isolement pour malades atteints d'affections contagieuses.

A l'exemple de ce que permettent la loi du 10 avril 1841, sur les chemins vicinaux, et celle du 7 mai 1877, sur les cours d'eau non navigables niflottables, il est nécessaire de donner à l'autorité supérieure, en cas d'inertie des administrations communales, le droit de prescrire l'exécution d'office de travaux d'assainissement.

Le Gouvernement ne pourra, du reste, faire usage de ce pouvoir que lorsque la mauvaise situation sanitaire de la localité est démontrée par sa mortalité élevée au cours des cinq années précédentes. Le projet de loi indique, au surplus, les conditions et trace la procédure qui devront être

observées de manière à donner aux communes les garanties désirables contre toute intervention arbitraire.

Il a, d'autre part, semblé utile de faciliter la mission des autorités locales, notamment en matière de protection des eaux alimentaires.

A l'heure actuelle, les communes ne peuvent établir de zone de protection qu'en ayant recours à l'expropriation. Ce procédé est onéreux et, dans certains cas, eu égard à la grande étendue de la zone à protéger, il est pratiquement irréalisable.

D'où la proposition de permettre l'établissement, par voie de servitude, d'un périmètre de protection des travaux de captage, à l'exemple de ce qu'a fait la loi du 31 juillet 1889 pour les eaux de la ville de Spa.

En vue de remédier à la pollution des cours d'eau, le projet de loi soumet à une procédure spéciale l'octroi de toute autorisation de déverser, dans les cours d'eau non navigables ni flottables, des substances de nature à altérer ou corrompre les eaux.

S'il maintient aux députations permanentes le droit de subordonner les autorisations qu'elles accordent aux conditions qu'elles jugent utiles, il leur reconnaît expressément le pouvoir d'en prescrire de nouvelles, si l'expérience en démontre la nécessité et prévoit enfin que les décisions de ces collèges seront dorénavant sujettes à recours au Roi.

D'après nos propositions, le droit est reconnu au Roi d'édicter des règlements pour prévenir ou combattre les maladies transmissibles offrant un danger général ainsi que pour assurer la salubrité des habitations.

Ce pouvoir, le Gouvernement l'exercera concurremment avec les conseils communaux, auxquels le projet maintient les droits que leur confère la législation actuellement en vigueur.

Indépendamment des prescriptions qui pourront être édictées à ce sujet par les règlements généraux, le projet impose au corps médical et aux particuliers une obligation qui est à la base de toute la prophylaxie : la déclaration des principales maladies transmissibles.

Il prescrit également la vaccination et la revaccination obligatoires des mineurs d'âge.

Le projet de loi institue un système de protection de l'enfance du premier âge; il confie spécialement au Collège échevinal la surveillance des enfants mis en garde ou en nourrice moyennant salaire et prévoit la désignation d'un médecin chargé de s'assurer régulièrement que ces enfants reçoivent tous les soins nécessaires.

Il consacre l'allocation de subsides aux consultations de nourrissons et autres œuvres de protection de la première enfance.

Il prévoit, de même, l'allocation de subsides aux dispensaires antituberculeux et autres œuvres analogues qui se sont donné la mission de lutter contre la tuberculose.

On ne peut raisonnablement attendre de l'initiative de la très grande majorité des communes rurales l'institution d'un service public de désinfec-

tion. Il serait également excessif d'exiger, même des villes et communes importantes, la création d'un laboratoire de bactériologie.

Aussi avons-nous vu la plupart de nos provinces, à la suite des instances du Gouvernement, assumer volontairement l'organisation de ce double service.

Il importe de consacrer légalement cette situation.

Il a été créé, auprès de l'Administration centrale, un Conseil supérieur d'hygiène. Le projet de loi en consolide l'institution et lui reconnait la mission d'étudier et de rechercher tout ce qui peut contribuer aux progrès de l'hygiène publique.

Il prévoit, de même, l'établissement de comités régionaux de salubrité publique qui auront la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique dans leur ressort et, en outre, la création d'un comité local dans toute commune de plus de 5,000 habitants.

Enfin, il comble une importante lacune de notre législation en instituant un service d'agents du Gouvernement, chargés de veiller, concurremment avec les officiers de police judiciaire, à l'exécution des lois et règlements, généraux ou locaux, concernant l'hygiène et la salubrité publiques.

*
* *

Les propositions que le Gouvernement soumet aux Chambres législatives et dont nous venons de donner l'indication sommaire, sont conformes aux conclusions et aux vœux exprimés, à maintes reprises, par l'Académie royale de médecine, par le Conseil supérieur d'hygiène et par les commissions médicales provinciales dans leurs rapports annuels.

Elles respectent dans la plus large mesure possible la liberté individuelle ainsi que les prérogatives que les autorités communales tiennent des lois en vigueur.

Il faut s'attendre néanmoins à voir soulever, à l'occasion de l'une ou l'autre des dispositions du projet, des objections dérivant du respect de la liberté individuelle et de l'autonomie communale. Eu égard au caractère général qu'elles présentent, il convient d'y répondre avant d'aborder l'examen détaillé des articles du projet.

Légiférer en matière d'hygiène, comme en bien d'autres domaines, c'est tenter de concilier deux notions en apparence opposées : l'intérêt public et la liberté individuelle.

L'hygiène est, sous un certain aspect et dans certaines limites, affaire d'ordre privé. Chacun doit pouvoir régler, — suivant sa libre décision, d'après ses goûts et d'après son bon plaisir, — sa nourriture, son vêtement, ses habitudes, ses exercices, son travail et ses délassements.

Dans ce domaine, les progrès ne peuvent être attendus que d'une diffusion, toujours plus intense et plus étendue, des notions de l'hygiène au sein des populations.

Mais, même en observant les préceptes de l'hygiène individuelle, l'homme

ne peut, à lui seul, prémunir sa santé contre toutes les atteintes de la maladie.

Il est impuissant à se garantir contre la pollution de l'air qu'il respire, la contamination de l'eau qu'il boit, la falsification des denrées qui l'alimentent ou le contage de personnes qui portent en elles le germe d'affections transmissibles.

La société lui doit aide et protection dès que, livré à ses propres forces, il est exposé à devenir la victime des agissements de ses semblables.

Telle est la justification de la limite apportée à la liberté individuelle.

Chaque fois que l'abus d'un droit ne peut nuire qu'à celui qui le commet, on conçoit que l'autorité s'abstienne d'intervenir. Si, au contraire, cet abus peut avoir pour conséquence de nuire à autrui, il est du devoir de l'autorité d'interposer son action.

En matière sanitaire, la liberté absolue laissée à chacun conduirait aux pires éventualités. La société doit donc intervenir et l'obligation qui lui incombe est d'autant plus impérieuse que de son action dépend l'avenir de la race. *Salus populi suprema lex!* Cette règle de conduite s'impose à nous avec plus de force que jamais, par suite des conditions nouvelles de la vie moderne, de la densité toujours croissante des agglomérations, de la facilité et de la fréquence des communications, de l'industrialisation excessive de la plupart des professions et enfin par suite des découvertes de la science dans l'étiologie des affections transmissibles.

Les dispositions du projet de loi s'inspirent de ces nécessités. Elles sont, dans leur esprit, des plus modérées, car elles sont limitées strictement à ce qu'exige le souci de la santé publique et elles n'imposent rien qui ne soit inscrit dans la législation sanitaire de la plupart des nations européennes.

De même, en ce qui concerne les attributions respectives des autorités locales et du pouvoir central, le projet de loi n'édicte aucune disposition qui ne soit en harmonie avec notre législation et avec nos mœurs. Il y a plutôt retour aux lois de 1789 et de 1790, qui sont les bases du pouvoir réglementaire des communes et dont nous avons plus haut fait connaître l'économie.

Le projet maintient aux communes tous les droits qu'elles tiennent de ces lois. Sans doute, par les articles 23, 24 et 25, transforme-t-il certains de leurs devoirs moraux en obligations légales. Sans doute encore, prévoit-il à l'article 21 l'exécution d'office de travaux d'assainissement, comme mesure exceptionnelle, en cas d'inertie persistante des communes et lorsque la situation sanitaire locale le commande impérieusement.

Mais des prescriptions analogues existent déjà dans notre législation.

Quoi de plus légitime, du reste, en une matière qui intéresse aussi grandement l'ensemble de la Nation, que d'obliger les communes à remplir leurs obligations, lorsque les moyens de persuasion sont restés et continuent à rester inefficaces?

L'hygiène n'est pas une question d'intérêt purement local, pas plus qu'elle n'est uniquement d'ordre individuel. La solidarité s'impose aux administrations comme aux particuliers.

Lorsqu'une épidémie s'abat sur une localité, elle n'atteint pas seulement celle-ci, elle menace les localités voisines, et même, grâce aux facilités actuelles de transport, le pays tout entier.

Et il n'est pas moins sage d'obliger les communes à prendre les mesures de préservation nécessaires, qu'il n'est logique de voir les conventions sanitaires internationales imposer des obligations réciproques aux Etats contractants.

Le projet de loi accorde, d'autre part, au Gouvernement, sur certains points nettement spécifiés, des pouvoirs analogues à ceux que possèdent les communes. Ce système, imité de la loi du 4 août 1890 relative à la surveillance du commerce des denrées alimentaires, est tout aussi justifié en l'espèce, qu'il l'était en cette matière spéciale.

Sans faire état de l'indifférence d'un grand nombre de localités en matière de salubrité publique, de l'inertie, du mauvais vouloir de quelques-unes d'entre elles, de la faiblesse des autorités élues vis-à-vis de leurs commettants, — des raisons d'ordre plus élevé requièrent nécessairement l'intervention de l'autorité supérieure.

Abstraction faite des localités importantes, la plupart des communes ne sont pas en état de prendre toutes les mesures de prophylaxie et d'assainissement utiles.

Les progrès de la science ont révélé bien des exigences autrefois inconnues. La lutte contre les maladies transmissibles exige la création d'instituts de recherches, de stations de désinfection, d'hôpitaux d'isolement.

Si, à elles seules, les communes sont impuissantes, on ne peut espérer de leur initiative qu'elles se groupent pour organiser ces divers services en commun. Il faut ou bien leur imposer ce groupement, ou bien avoir recours à l'intervention d'un pouvoir supérieur. C'est l'unique moyen de faire ressentir l'influence bienfaisante des découvertes modernes jusque dans la plus petite de nos communes rurales.

Il est enfin indispensable que l'action des autorités sanitaires soit unifiée. Les conséquences des causes d'insalubrité, les effets des affections contagieuses ne peuvent être circonscrits dans les limites fictives des territoires des communes.

Chaque commune est solidaire des localités voisines. Celle qui remplit ses obligations verra toujours ses efforts annihilés par l'inaction des autres.

On ne peut s'en rapporter, pour assurer la salubrité du royaume, à plus de deux mille six cents administrations, que si les efforts de celles-ci sont harmonisés en vue d'un but unique. Il faut, en un mot, que l'autorité supérieure prenne en mains la haute direction des intérêts de la santé publique et qu'elle dispose, à cet effet, des pouvoirs nécessaires.

Pouvoir réglementaire attribué au Gouvernement.

Article premier.

Le Gouvernement est autorisé à prescrire, par voie de règlements généraux et après avoir pris l'avis de l'Académie royale de médecine et du Conseil supé-

rieur d'hygiène, les mesures de prophylaxie et d'assainissement nécessaires :

1° Pour prévenir ou combattre les maladies transmissibles offrant un danger général, dont la liste aura été dressée sur l'avis conforme des autorités sanitaires précitées;

2° Pour assurer la salubrité des habitations privées ou collectives et de leurs dépendances, notamment en ce qui concerne l'alimentation en eau potable et l'évacuation des matières et eaux usées.

Il n'est en rien préjudicié, par les dispositions qui précèdent, aux droits que les lois en vigueur confèrent aux autorités communales. Les règlements communaux ne peuvent toutefois être contraires aux règlements d'administration générale.

L'article premier du projet de loi accorde au Gouvernement le droit de prescrire, par voie de règlements généraux, les mesures nécessaires pour prévenir ou combattre les maladies transmissibles offrant un danger général, ainsi que pour assurer la salubrité des habitations.

Ce pouvoir, le Gouvernement le possède déjà, en vertu de la loi sanitaire du 18 juillet 1831, en ce qui concerne la prophylaxie des maladies dites « pestilentielles ». Cette loi ne spécifie pas ce qu'il faut entendre par ce terme. Elle laisse au Gouvernement le soin de déterminer quelles maladies doivent être considérées comme telles. Mais il résulte des travaux préparatoires de la loi française du 3 mars 1822, dont la loi du 18 juillet 1831 est la reproduction, que celle-ci « vise toutes les maladies humaines qui, paraissant contagieuses, sont de nature à exercer de grands et rapides ravages dans la population et qui doivent ainsi être considérées comme de véritables fléaux pour l'humanité. » (De Busschere, *La législation de police sanitaire*, n° 31.)

Pour les maladies transmissibles qui ne présentent pas ce caractère, le soin de prendre les mesures de prophylaxie nécessaires est actuellement abandonné aux autorités municipales.

Nous avons suffisamment, croyons-nous, fait ressortir, dans la partie générale de cet exposé des motifs, que les communes ont, pour la plupart, usé de leurs pouvoirs dans une mesure fort insuffisante, que la grande majorité d'entre elles n'est pas à même de s'acquitter de la mission qui leur est confiée, qu'enfin l'action des autres ne peut être réellement efficace, parce qu'elle ne s'étend pas au delà du territoire communal.

Une réforme s'impose donc. Toutes les autorités sanitaires sont unanimes à le reconnaître.

Déjà, en 1867, le Conseil supérieur d'hygiène exprimait l'avis que « le Gouvernement agirait sagement en demandant à la Législature une consécration nouvelle des pouvoirs que lui accordaient les lois de 1789 et de 1790 » dont nous avons plus haut indiqué la portée.

En 1887, le Conseil faisait remarquer que « les attributions données aux communes ne sont pas exclusives et qu'il est de l'intérêt du pays que le pouvoir royal soit armé pour prendre éventuellement les mesures propres à assurer l'hygiène et la salubrité du pays. »

En 1899, il précisa sa pensée dans un texte d'avant-projet de loi autorisant « le Gouvernement à prendre, sur l'avis des autorités sanitaires compétentes, des règlements prescrivant les mesures d'assainissement et de prophylaxie jugées nécessaires pour prévenir ou pour combattre les maladies transmissibles et pouvant devenir épidémiques. »

D'autre part, il prévoyait le droit, pour le Gouvernement, dans les communes qui n'auraient pas adopté de règlement sur la salubrité de la voirie, des logements et des constructions, ainsi que dans celles dont les prescriptions réglementaires seraient reconnues insuffisantes, de rendre obligatoires, en tout ou en partie, les députations permanentes des Conseils provinciaux entendues, les dispositions du règlement-type qu'il aurait adopté, concernant les mêmes objets, sur l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique.

Cette dernière proposition, inspirée d'un article du projet français qui est devenu la loi du 15 février 1902, aurait pour effet, si elle était adoptée, d'introduire dans notre législation un principe en opposition avec l'ensemble de notre droit communal.

Son application, par le travail incessant de comparaison qu'elle nécessiterait entre le règlement général et les dispositions des règlements communaux, ainsi qu'avec les modifications apportées dans la suite à ces règlements, entraînerait une besogne considérable pour les députations permanentes et pour le Gouvernement. L'intervention répétée de ce dernier dans l'appréciation des délibérations des conseils communaux ne manquerait pas de paraître tracassière aux yeux des autorités locales.

Si pareil système a pu être adopté en France, c'est que la loi du 15 février 1902 impose l'obligation d'édicter un règlement sanitaire, non aux conseils municipaux, mais aux maires.

Il importe, au surplus, de ne pas perdre de vue les différences qui existent entre l'organisation municipale de France et celle de notre royaume. Ainsi, la loi du 15 février 1902 prévoit expressément que « les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884. » Or, en vertu de cette dernière disposition légale, le préfet peut « prendre, pour toutes les communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques ».

Ce droit peut également s'exercer à l'égard d'une seule commune après une mise en demeure au maire restée sans résultat.

L'assainissement des logements, comme la prophylaxie des maladies transmissibles, ne sont pas seulement d'intérêt communal : elles intéressent toute la nation. Dès lors, pour définir les prescriptions qui doivent être observées par tous les citoyens, il n'existe que deux solutions qui cadrent normalement avec l'ensemble de notre législation : ou bien insérer dans la loi elle-même les mesures destinées à combattre et à prévenir les maladies transmissibles ainsi que celles qui ont pour but d'assurer la salubrité des habitations, ou bien accorder au Roi le pouvoir de les édicter.

Le premier système est de nature à présenter, en pratique, de grands inconvénients. L'élaboration, par le Parlement, d'un véritable code sanitaire, comprenant les mesures nécessaires à la prophylaxie des maladies transmissibles et à l'assainissement des habitations, constituerait une tâche considérable et soulèverait des difficultés quasi-insurmontables. La réglementation par voie législative aurait, d'un autre côté, le plus souvent pour effet de retarder l'application des mesures nouvelles nécessitées par les progrès de la science ou de mettre obstacle à la prompte adoption des modifications et des tempéraments qui seraient suggérés par l'expérience.

Il est donc préférable, — tout en maintenant les droits que la législation actuelle confère aux autorités communales, et c'est ce que fait, en termes exprès, le dernier alinéa de l'article premier — de reconnaître au Gouvernement le droit d'édicter des règlements généraux sur la matière : ce serait, en somme, comme nous l'avons fait remarquer dans la partie générale de l'exposé (p. 5), en revenir au système de la loi du 22 décembre 1789, loi qui n'a, en fait, jamais été abrogée. C'est également le système adopté par la loi sanitaire du 18 juillet 1831 et par la loi du 4 août 1890, relative au commerce des denrées alimentaires.

Ce système de délégation accordée au pouvoir exécutif en matière de police est le plus conforme à l'ensemble de notre législation. Indépendamment des lois précitées du 18 juillet 1831 et du 4 août 1890, nombreuses sont celles qui arment le Gouvernement d'un droit de réglementation. Bornons-nous à citer les lois du 13 décembre 1889, concernant le travail des femmes et des enfants, du 2 juillet 1899 relative à la santé et à la sécurité des ouvriers employés dans les entreprises industrielles et commerciales, du 30 avril 1909, sur le logement des ouvriers employés dans les briqueteries et sur les chantiers, du 1er août 1899 relative à la police du roulage.

Signalons encore la loi du 30 décembre 1882 sur la police sanitaire des animaux domestiques. C'est en vertu de la délégation accordée au Gouvernement par cette dernière loi que les mesures de prophylaxie contre la rage édictées par l'arrêté royal du 20 septembre 1883, ont pu être successivement modifiées par ceux du 16 juin 1891, du 11 mai 1905 et du 29 octobre 1908.

Des dispositions analogues se retrouvent dans les lois sanitaires étrangères, notamment dans les suivantes :

En *Allemagne*, la loi du 30 juin 1900, tout en indiquant les prescriptions prophylactiques qui peuvent être appliquées, charge le Conseil fédéral de prendre, par voie réglementaire, les mesures d'exécution.

En *Angleterre*, la loi du 11 août 1875, qui contient des dispositions très détaillées au sujet de la salubrité des habitations et des localités, donne au *Local Government Board* le pouvoir de prendre des ordonnances complémentaires. Elle lui reconnaît, d'autre part, le droit d'édicter les prescriptions qu'il jugera utiles en ce qui concerne le traitement des personnes atteintes de maladies infectieuses et la prophylaxie de ces maladies.

En *France*, si, dans le délai d'un an à partir de la publication de la loi

du 15 février 1902, le maire n'avait pas édicté de règlement sanitaire pour la commune qu'il administre, un règlement était d'office imposé à celle-ci, par un arrêté du préfet.

Nous avons, du reste, déjà fait connaître que la loi précitée maintient au préfet le droit, en cas d'insuffisance des mesures locales en matière d'hygiène, de prendre toutes celles qu'il juge nécessaires.

En outre. d'après la loi du 15 février 1902, lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret présidentiel détermine, après avis du comité consultatif d'hygiène publique, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 27 juin 1906 prévoit, comme en France, qu'à défaut de règlement communal ou en cas d'insuffisance des mesures édictées, il pourra y être pourvu par un arrêté grand-ducal.

D'autre part, le droit est reconnu au Gouvernement de déterminer, par un règlement d'administration publique, les prescriptions concernant la protection des enfants du premier âge, l'organisation d'un service de désinfection ainsi que les règles générales applicables aux exhumations et au transport des cadavres.

En *Italie*, en vertu de la loi du 1er août 1907, si une maladie infectieuse se développe dans le royaume, le ministre de l'intérieur peut émettre des ordonnances spéciales pour la visite et la. désinfection des maisons, pour l'organisation de services et secours médicaux, ainsi que pour les mesures à prendre contre la diffusion de la maladie.

En *Suisse*, le Conseil fédéral est chargé d'édicter les mesures de désinfection commandées par la nature de l'épidémie, ainsi que celles relatives au transport des malades et des cadavres; il détermine les dispositions à prendre, par les entreprises publiques de transport, contre la propagation des épidémies; il peut encore ordonner des mesures spéciales en ce qui concerne le trafic international aux frontières.

En *Roumanie*, la loi du 14 juin 1893 prescrit la publication d'un règlement indiquant les dispositions à suivre pour la construction des nouvelles habitations ainsi que les conditions que celles-ci doivent remplir pour pouvoir être habitées.

En *Suède*, la Constitution réserve certaines matières, notamment les questions sanitaires, à la « législation administrative du Roi ». Le Pouvoir royal peut, dans ce domaine, édicter des ordonnances qui ont force de loi, en possèdent les caractères et en portent d'ailleurs le nom.

De même, en *Espagne*, le Roi possède, en vertu de la Constitution, le droit d'édicter des prescriptions qui ont force de loi, en matière de police administrative et spécialement en matière sanitaire.

Dans le texte dont il avait approuvé la rédaction en 1899, le Conseil supérieur d'hygiène visait toutes les maladies transmissibles et pouvant devenir épidémiques.

Le Gouvernement a jugé préférable de limiter le pouvoir réglementaire qui lui serait reconnu, aux maladies transmissibles offrant un danger général et dont la liste serait dressée sur l'avis conforme du dit Conseil et de l'Académie royale de médecine.

Cette proposition se rapproche, du reste, davantage de l'avis émis par le Conseil d'hygiène sur l'avant-projet de loi sanitaire, en 1910.

Que faut-il entendre par « maladies transmissibles »?

Hâtons-nous de le dire, ces termes ne s'appliquent pas aux affections uniquement héréditaires.

Les maladies transmissibles, dit le Conseil supérieur d'hygiène dans ses *Instructions*, résultent de l'envahissement de l'organisme par des germes microscopiques, appelés communément microbes, ou par des parasites végétaux ou animaux, relativement développés. Elles comprennent donc les maladies infectieuses et les maladies parasitaires.

Parmi les premières, nous signalerons spécialement la fièvre typhoïde, la diphtérie, la tuberculose, la scarlatine, la septicémie puerpérale, la syphilis, le charbon, la morve, l'ophtalmie granuleuse, etc.; parmi les secondes, l'ankylostomasie, la gale, la trichophytie, la teigne faveuse.

L'exercice du droit de police du Gouvernement est subordonné à l'avis préalable des autorités sanitaires précitées; cette restriction apportée au pouvoir réglementaire du Gouvernement aura pour effet d'imprimer un caractère scientifique à la lutte contre les maladies transmissibles.

Déjà le Conseil supérieur d'hygiène a formulé des « *Instructions pratiques à l'usage des administrations et du public pour prévenir l'apparition des maladies transmissibles et combattre leur propagation.* »

Il a, d'autre part, formulé un projet de *Règlement sur l'hygiène des constructions.*

Les règlements généraux, à édicter par le Gouvernement, s'inspireront de ces travaux.

En ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles, ces règlements comporteront spécialement les prescriptions d'ordre général concernant :

La constatation des cas de maladie transmissible, l'enquête sur leur origine, l'isolement des malades, la désinfection des objets qui ont été en contact avec les malades et des locaux qu'ils ont occupés, les prescriptions applicables aux appareils et procédés de désinfection, les précautions à prendre par les personnes qui donnent leurs soins aux malades, la fermeture des écoles, la circulation et le transport des contagieux, le transport, la manipulation, la vente des objets, linges, vêtements, etc., contaminés, la pollution des cours d'eau par des germes d'affection contagieuse, les prescriptions spéciales à l'égard des bateliers, forains, colporteurs, émigrants, nomades, vagabonds, bohémiens, etc.

De même, quant à la salubrité des habitations, les règlements généraux

ne contiendront que les prescriptions essentielles et qui sont d'application générale.

Ils traceront les règles à observer pour l'évacuation des déchets de la vie domestique et des matières et eaux usées; ils édicteront les défenses destinées à réprimer les abus graves que l'on constate actuellement en diverses régions dans la construction des habitations et notamment les mesures ayant trait à l'alimentation en eau potable, aux installations sanitaires, à l'éclairage, à la ventilation, etc.

Les prescriptions d'intérêt local continueront tout naturellement et par la force des choses à être réglées par les conseils communaux.

A cet égard, du reste, on ne peut songer à placer sous un régime unique des villes importantes et des localités de second ordre, des agglomérations fort denses et des communes rurales. Des prescriptions différentes pourront donc être édictées suivant l'importance des localités et la densité des agglomérations.

L'urgente nécessité d'armer le Gouvernement d'un pouvoir réglementaire en cette matière a été parfaitement mise en lumière par le Conseil supérieur d'hygiène :

« Il n'est pas, dit-il, un rapport de commission médicale ni de comité de patronage des habitations ouvrières qui n'insiste sur la nécessité d'améliorer l'état de la voirie et des logements, surtout dans les communes rurales.

» Rares sont les localités ayant un règlement de quelque valeur : la plupart du temps, c'est dans le règlement général de la police de la commune que l'on trouve quelques stipulations accessoires se rapportant à la voirie et aux constructions.

» Malgré les conseils donnés, malgré la preuve fournie des dangers de l'encombrement et des aménagements défectueux des habitations de la classe ouvrière et de la classe indigente, l'apathie, la négligence de certains administrateurs communaux persiste et est souvent cause d'accidents mortels à la suite d'affections transmissibles.

» Dans les misérables demeures décrites par les collèges compétents, l'hygiène est complètement négligée : humides, malsaines, basses d'étage, sans air ni lumière, sans pavements, ces habitations devraient être condamnées; on réussit quelquefois à faire comprendre l'urgence de cette mesure, mais c'est là l'exception.

» Dans un grand nombre de cas, le puits d'eau de source, la citerne lorsqu'elle existe, la fosse d'aisances, le fumier, sont si rapprochés que la contamination du sol et par suite celle de l'eau alimentaire est fatale.

» D'autre part, on voit s'élever des maisons nouvelles qui sont loin de remplir les conditions minima de salubrité qui devraient être toujours exigées...

» Il est temps qu'un règlement d'administration générale vienne imposer aux administrations locales peu soucieuses de leurs devoirs en cette matière, l'obligation d'avoir un règlement sur ces objets ».

Information des maladies transmissibles.

Articles 2 a 4.

L'article 13 de la loi sanitaire du 18 juillet 1831 punit d'emprisonnement tout individu qui, ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle, aurait négligé d'en donner information à l'autorité.

Usant des pouvoirs que la loi précitée lui confère, le Gouvernement a, par les arrêtés royaux du 30 juillet 1893 et du 18 novembre 1899, réglementé la déclaration des cas avérés ou suspects de choléra et de peste.

D'autre part, l'arrêté royal du 18 avril 1818, édictant des mesures pour étendre l'usage de la vaccination, prescrit que « lorsque la petite vérole se manifestera dans quelque maison, on sera tenu d'en donner sur-le-champ connaissance à la commission médicale de la province ou de la commune et, dans les communes où il n'en existe pas, à l'autorité locale ».

L'arrêté royal du 31 mai 1885, qui approuve les nouvelles instructions pour les médecins, renouvelant une prescription déjà contenue dans l'arrêté royal du 31 mai 1818, dispose en son article 23, que « le médecin a pour devoir, en cas d'apparition dans sa clientèle d'une maladie transmissible ou pouvant devenir épidémique, d'en donner immédiatement connaissance à l'administration communale de la localité où il a constaté la maladie ».

Enfin, d'après l'arrêté royal du 1er juillet 1908, les sages-femmes doivent renseigner immédiatement au président de la commission médicale provinciale tout cas de septicémie puerpérale qui s'est produit dans leur clientèle.

Les dispositions des arrêtés précités de 1818 et de 1885, qui sont, du reste, dépourvus de sanction pénale, n'ont produit que des résultats fort insignifiants.

Et cependant le point de départ de la lutte contre les affections contagieuses réside essentiellement dans l'information, rapide et pour ainsi dire immédiate, à l'autorité sanitaire, de l'apparition de la maladie.

Aussi le Gouvernement a-t-il, par circulaire du 12 avril 1907, adressé un nouvel appel à la bonne volonté des membres du corps médical, en mettant à leur disposition des bulletins, dont l'expédition peut s'effectuer en franchise de port, et en leur allouant une indemnité de deux francs par bulletin transmis.

La notification porte :

A. Sur tout cas de choléra et de peste, confirmé ou suspect, de variole ou varioloïde, de rage, de méningite cérébro-spinale, ainsi que de septicémie puerpérale quand le secret n'est pas réclamé ou qu'il ne s'impose pas.

B. Sur tout foyer de fièvre typhoïde ou de diphtérie.

C. Sur toute épidémie de rougeole, de coqueluche, de scarlatine ou d'ophtalmie granuleuse.

D'après les instructions qui accompagnent la circulaire, les informations

ne doivent pas porter sur les malades qui sont en traitement dans les hôpitaux civils et militaires.

Une entente existe depuis 1889 entre le département de la justice et celui de la guerre, d'une part, et l'administration du service de santé et de l'hygiène, d'autre part, en vue d'établir un service de notification réciproque entre les commissions médicales et les administrations des hôpitaux militaires, des prisons, des maisons de réforme, des établissements de bienfaisance de l'État et des asiles d'aliénés.

Quelques administrations communales se sont, de leur côté, efforcées, au cours de ces dernières années, d'organiser un service d'informations. Elles y ont réussi, en partie, grâce aux médecins des hôpitaux, de la bienfaisance et des écoles. Mais le corps médical libre s'est généralement abstenu de coopérer à ce service.

La circulaire du 12 avril 1907 a produit des résultats appréciables. En effet 2,515 bulletins d'information ont été adressés aux secrétaires des commissions médicales au cours du second semestre de l'année 1907, — 4,097 durant l'année 1908, — 4,657 pendant l'année 1909, — 5,132 en 1910 et 4,543 pendant les onze premiers mois de l'année 1911.

En ce qui concerne les principales maladies transmissibles, le tableau ci-dessous renseigne les déclarations reçues :

ANNÉES.	Variole ou varioloïde.	Septicémie puerpérale.	Rage.	Méningite cérébro-spinale.	Fièvre typhoïde. Foyers.	Fièvre typhoïde. Cas.	Diphtérie. Foyers.	Diphtérie. Cas.
1907 (2e semestre). .	94	59	—	—	600	763	697	881
1908.	109	106	17	—	1,007	1,242	1,654	2,054
1909.	98	95	16	52	921	1,072	1,689	1,886
1910.	96	95	70	37	1,356	1,585	1,692	1,881
1911 (11 premiers mois)	39	131	85	36	1,260	1,427	1,443	1,584

Si l'organisation du système de déclaration facultative, inauguré en 1907, a provoqué l'envoi d'un grand nombre de bulletins, si l'on peut en attendre cette heureuse conséquence de faire entrer progressivement dans les mœurs la déclaration des affections contagieuses, il faut cependant reconnaître qu'elle est insuffisante pour servir de fondement à un système de prophylaxie réellement efficace : celle-ci requiert, en effet, tout au moins pour les principales maladies, la notification de tous les cas avérés ou suspects.

Or, il suffit de comparer le nombre des déclarations obtenues avec celui des décès, nombre notablement inférieur à celui des cas de maladies, pour constater combien l'écart est considérable.

Les autorités sanitaires, l'Académie de médecine, le Conseil supérieur d'hygiène, les commissions médicales sont unanimes à réclamer la déclaration obligatoire des cas de maladies transmissibles et pouvant devenir épidémiques.

Les rapports des commissions médicales sont, depuis de nombreuses années, émaillés d'observations et de vœux à ce sujet. On y rencontre à tout

instant les marques du découragement profond résultant pour elles de ce fait qu'ayant la charge de diriger les efforts des autorités locales dans la lutte contre les maladies contagieuses, les renseignements nécessaires leur font le plus souvent défaut.

En 1893, à la suite d'un examen spécial de cette importante question, le Conseil supérieur a adressé au gouvernement les propositions suivantes :

1° Provoquer le vote d'une loi rendant obligatoire, sous peine d'amende, la déclaration immédiate à l'autorité communale des maladies transmissibles, par le médecin et par le chef de famille ou le principal occupant de la maison ;

2° Obliger par la même loi les communes à tenir au courant de ces faits les commissions médicales ou leurs correspondants ;

3° Attribuer au Gouvernement le droit de déterminer les maladies sujettes à déclaration ;

4° Rendre immédiatement obligatoire, par arrêté royal, la déclaration des maladies suivantes : variole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, choléra ;

5° Formuler la déclaration en donnant les nom, prénoms, domicile, âge et sexe des malades, le diagnostic et, s'il y a lieu, des renseignements complémentaires.

De son côté, l'Académie de médecine, après avoir soumis la question à une discussion approfondie, au cours des années 1908 et 1909, a émis le vœu suivant :

« Considérant que, pour pouvoir lutter efficacement contre l'extension de certaines maladies infectieuses et contagieuses, susceptibles de se développer à l'état d'épidémie et dont la liste sera dressée ultérieurement, la première condition est de connaître les foyers d'où elles rayonnent,

« L'Académie royale de médecine prie le Gouvernement de rendre la dénonciation de ces maladies strictement obligatoire. »

De même, les conférences sanitaires internationales ont placé la déclaration obligatoire à la base du système de prophylaxie réalisé, en matière de peste et de choléra, par l'accord unanime des puissances contractantes.

A ces voix autorisées se sont jointes celles de diverses associations médicales et autorités administratives. Nous citerons notamment les vœux émis, dans ce sens, par le Conseil provincial du Limbourg et par les Conseils communaux de Saint-Gilles, d'Anderlecht, de Watermael-Boitsfort, de Schaerbeek, de Saint-Josse-ten-Noode, etc.

La notification des affections contagieuses à l'autorité est, nous l'avons déjà dit, le fondement de tout service public de prophylaxie : c'est, ajoute le Conseil supérieur d'hygiène, de toutes les mesures à édicter, la plus nécessaire et la plus urgente, puisqu'elle a pour but et pour effet de mettre en mouvement toutes les autres.

Comment, en effet, les autorités publiques pourraient-elles surveiller l'exécution des mesures de nature à combattre ces affections, spécialement

celles qui seront édictées en vertu de l'article premier du projet de loi, si elles ignorent l'existence de la maladie?

Pour éviter des négligences coupables, pour enrayer l'épidémie à ses débuts, pour l'étouffer dans son premier foyer, il est indispensable que l'autorité soit renseignée dès l'apparition du premier cas.

D'autre part, s'il existe des prescriptions générales, qui sont les principes directeurs de la prophylaxie, chaque cas comporte des mesures d'exécution qui nécessitent le plus souvent une intervention appropriée.

C'est ainsi que l'isolement des contagieux peut être effectué différemment dans les grands centres, pourvus d'hôpitaux, et dans les communes de moindre importance où les établissements de l'espèce font défaut. Sa réalisation diffère encore suivant qu'il s'agit d'un ménage indigent et logé à l'étroit, de personnes qui exercent dans l'habitation une profession commerciale, ou d'une famille dans l'aisance qui occupe un logement spacieux.

L'application des mesures de désinfection soulève, de même, des questions aussi variées.

L'information est nécessaire pour d'autres motifs encore : elle permet de s'assurer de la situation hygiénique de l'habitation dans laquelle le cas d'affection transmissible s'est produit, spécialement sous le rapport de l'alimentation en eau potable, de l'éloignement des matières usées et des eaux ménagères, de l'état des égouts, des autres causes d'infection souvent insoupçonnées par les habitants. Elle met enfin l'autorité en mesure d'empêcher que l'affection s'étende au voisinage soit par la pollution de l'eau servant à divers ménages, soit par le transport des germes infectieux au dehors.

La déclaration obligatoire ne constitue d'ailleurs pas, en réalité, une innovation en Belgique, puisqu'elle existe déjà pour le choléra et la peste. Et, à ce sujet, il n'est pas sans intérêt de rappeler que si, en 1893 et 1894, on a pu arrêter net de nombreuses manifestations de choléra, si dans bien des localités l'épidémie s'est limitée aux premières personnes atteintes, c'est grâce à la notification organisée par l'arrêté du 30 juillet 1893 qui a permis à l'autorité compétente de prendre, pour ainsi dire sur le champ, les mesures d'isolement et de désinfection nécessaires. De même, en 1909, les autorités sanitaires ont pu, grâce à des mesures énergiques, étouffer dès qu'elles eurent été informées de son existence, le foyer de choléra qui s'était déclaré à Boom et qui avait déjà fait plusieurs victimes.

On objecterait, en vain, à l'encontre de cette mesure, l'intérêt des familles et le respect du secret médical. Ce dernier ne se trouve nullement compromis par les dispositions des articles 2 à 4 du projet, ainsi que nous aurons plus loin l'occasion de le constater (p. 36).

L'exemple de l'étranger, et principalement des nations qui nous environnent, suffirait, du reste, à nous rassurer à ce sujet : la déclaration des maladies contagieuses est, en effet, obligatoire en *Angleterre*, aux *Pays-Bas*, en *Allemagne*, en *France*, dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, en *Italie*, en *Suède*, en *Roumanie*, en *Russie*, en *Hongrie*, au *Portugal*, en *Suisse*, en *Serbie* ainsi qu'aux *États-Unis* (État de *New-York*). Elle est également prévue dans le projet de loi *autrichien*.

Nous verrons, plus loin, que la liste des affections sujettes à notification est notablement plus étendue dans les diverses lois étrangères qu'elle ne l'est d'après le texte du projet. Certaines de ces lois prévoient même la déclaration de toutes les maladies transmissibles.

L'obligation de la notification des affections contagieuses est-elle de nature à causer préjudice au malade et à sa famille?

Oui, sans doute, si elle porte sur certaines affections spéciales. Mais non pas si elle est sagement restreinte aux maladies transmissibles graves, aiguës, d'origine quasi accidentelle et de nature épidémique.

Quel tort peut-il résulter pour un malade atteint de variole, de diphtérie, de scarlatine, etc., ou pour sa famille, pour leur honneur et leur considération, de la divulgation du nom de la maladie? Si l'on s'en rapporte à ce qui se passe journellement, voit-on jamais l'entourage du malade faire le mystère à ce sujet? Les membres de la famille ne sont-ils pas les premiers à signaler le fait aux personnes de leurs relations et la nouvelle ne se transmet-elle pas ainsi de proche en proche?

Or, remarquons-le, la déclaration à l'autorité est loin d'être une divulgation. C'est une simple notification à des fonctionnaires astreints au secret professionnel.

Mais cette notification, dira-t-on, est parfois le prélude de mesures d'isolement, de désinfection ou d'assainissement.

Sans doute, mais ces mesures ne sont-elles pas prescrites en tout premier lieu dans l'intérêt du malade lui-même, de ses proches, des personnes de ses relations et subsidiairement dans l'intérêt du public?

Qui donc pourrait s'en plaindre, du moment qu'elles sont dictées par la science, sanctionnées par l'expérience et surveillées dans leur application avec tact et modération?

Aussi constate-t-on actuellement, à mesure que les notions d'hygiène se répandent davantage dans les masses, que le public apporte de plus en plus de bonne volonté et souvent d'empressement à se soumettre aux prescriptions de la prophylaxie. Si, en France, l'obligation légale de l'information a été peu observée dans les premières années, on en a cité comme l'une des causes le retard apporté à l'organisation du service de désinfection qui rendait la déclaration inutile ou tout au moins la réduisait au rôle d'une simple formalité paperassière.

On a prétendu que, dans certains cas tout au moins, par exemple lorsque l'affection contagieuse a élu domicile dans une maison de commerce, il pourrait résulter des mesures prophylactiques, conséquence de la déclaration, un certain tort matériel dans la marche des affaires.

Mais ces mesures pourront être appliquées avec la plus grande discrétion et il sera toujours de l'intérêt de l'autorité sanitaire de veiller à leur exécution sans attirer l'attention du public.

D'ailleurs, même si la notification à l'autorité de l'existence de la maladie

était de nature à entraîner quelque préjudice pour le malade ou sa famille, encore ne faudrait-il pas hésiter à la rendre obligatoire. En effet, en permettant que le fait soit tenu caché, on s'expose à voir l'affection se propager du malade à ses proches et de ceux-ci aux clients et habitués de la maison et se répandre ainsi dans le public, alors que des mesures convenables, prises à temps, auraient pu arrêter net l'extension de la maladie.

En fait donc, par crainte d'un dommage hypothétique ou relativement restreint, on expose la famille du malade, ses amis ou ses clients et la communauté en général à un danger toujours menaçant et pouvant entraîner avec lui un préjudice considérable.

Art. 2.

Est obligatoire, en tout temps, la déclaration de tout cas, avéré ou suspect, de choléra asiatique, de peste, de variole, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine et de méningite cérébro-spinale épidémique.

L'obligation de la déclaration pourra être, par arrêté royal, étendue soit en tout temps, soit temporairement, pour tout ou partie du territoire du royaume, à d'autres maladies transmissibles et pouvant devenir épidémiques, moyennant l'avis conforme de l'Académie royale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Convient-il d'énumérer, dans le texte même de la loi, les maladies sujettes à déclaration obligatoire ou n'est-il pas préférable de laisser au Gouvernement le soin d'en arrêter la liste?

Le premier système a été suivi par la *Grande-Bretagne*, l'*Allemagne*, la *Suisse* et le *Danemark*.

Le second a été adopté en *France* et dans le *Grand-Duché de Luxembourg*. Il se justifie par ce fait que des circonstances spéciales, telle l'apparition d'une maladie aujourd'hui inconnue ou tout au moins extrêmement rare, peuvent rendre nécessaire une modification immédiate de la liste primitivement arrêtée. Pareille éventualité n'offre rien d'impossible ni même d'improbable. Ainsi, qui se serait figuré, voici quelques années, que la peste pourrait encore menacer l'Europe? N'a-t-on pas vu parfois des épidémies très graves de suette miliaire envahir, en France, des départements voisins de nos frontières?

Le projet de loi adopte un système mixte, imité de la loi néerlandaise du 4 septembre 1872 et qui a été préconisé par le Conseil supérieur d'hygiène publique en séance du 30 juin 1910. Il consiste, d'une part, à insérer dans la loi l'énumération des principales maladies sujettes à déclaration en tout temps, d'autre part, à permettre au Gouvernement, moyennant l'avis conforme de l'Académie royale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique, d'étendre l'obligation de l'information soit en tout temps, soit temporairement, pour tout ou partie du royaume, à d'autres affections transmissibles et pouvant devenir épidémiques.

Ce système se recommande par son caractère pratique. Il permet, le cas échéant, d'étendre dans la mesure jugée nécessaire, l'obligation de l'information. Il offre toute garantie de modération, puisqu'il restreint l'usage de cette faculté aux maladies transmissibles pouvant devenir épidémiques et subordonne la décision du gouvernement à l'avis conforme des autorités sanitaires précitées.

Les affections visées à l'alinéa 1er de l'article 2 sont les plus graves parmi les maladies transmissibles, celles dont le pouvoir d'expansion est redoutable et qui requièrent une intervention énergique des autorités sanitaires.

La liste de ces maladies a été restreinte dans la limite de ce qui est strictement nécessaire. En dehors du choléra et de la peste, dont la dénonciation est actuellement déjà imposée par les arrêtés du 30 juillet 1893 et du 18 novembre 1899, elle ne comprend que cinq autres affections : la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine et la méningite cérébro-spinale épidémique.

Elle est conforme aux propositions faites, en 1910, par le Conseil supérieur d'hygiène publique.

Indépendamment des maladies ci-dessus indiquées, les affections suivantes sont, à l'Étranger, sujettes à information :

Toutes les maladies contagieuses, en *Italie*, en *Hongrie*, en *Roumanie* et en *Russie*;

La fièvre jaune, en *Allemagne*, en *France*, au *Danemark* et au *Portugal*;

Le typhus exanthématique, en *Allemagne*, en *Suisse*, en *France*, au *Portugal* et dans le *Grand-Duché de Luxembourg*;

La suette miliaire, dans ces deux derniers pays;

La lèpre, en *Allemagne* et au *Portugal*;

La septicémie puerpérale en *Angleterre*, en *France*, aux *Pays-Bas* et dans le *Grand-Duché de Luxembourg*;

La dysenterie, en *France*, aux *Pays-Bas* et au *Danemark*;

La coqueluche dans le *Grand-Duché de Luxembourg* et au *Portugal*;

La rougeole en *France* et au *Portugal*;

Le choléra nostras, les maladies cholériformes et l'ophtalmie des nouveau-nés en *France*;

L'érysipèle en *Angleterre*;

La tuberculose au *Danemark*, en *Norvège*, au *Portugal*, en *Angleterre* et dans quelques cantons de la *Suisse*;

La rage et la morve au *Portugal*.

Il serait excessif de prévoir la déclaration de toutes les maladies contagieuses. Ainsi que le faisait remarquer M. le Dr Valin, à l'Académie de médecine de France, les maladies sujettes à déclaration doivent :

« 1° Etre de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage du premier malade;

« 2° Etre justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais

aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène. »

Conformément à cette dernière considération, il semble qu'il y ait lieu de faire abstraction de la rougeole et de l'ophtalmie des nouveau-nés.

D'autre part, la première d'entre elles est de nature à faire écarter actuellement la lèpre, le typhus exanthématique et la suette miliaire, maladies fort rares, si pas inconnues dans notre pays.

De même, l'érysipèle n'offre de danger que pour le voisinage le plus immédiat.

Le choléra nostras et les affections cholériformes paraissent n'avoir été visés, en France, que pour éviter toute contestation au sujet du diagnostic d'un cas de choléra asiatique. A cet égard, le projet de loi donne tous les apaisements en prescrivant la déclaration de tout cas avéré ou suspect.

D'après le projet, l'information doit s'effectuer « en tout temps ». Ces derniers mots ont été insérés dans le texte par opposition aux prescriptions de l'alinéa 2 du même article, qui permet de n'imposer que temporairement la déclaration d'autres maladies.

Conformément à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène, le premier alinéa de l'article 2 exige la notification, non seulement des cas avérés, mais encore des cas suspects.

Le diagnostic des cas avérés n'offre aucune difficulté. Sauf pour la variole et la scarlatine, il peut être établi par l'examen bactériologique. Des instituts de bactériologie ont été organisés déjà par six provinces; le projet de loi prévoit la création de semblables établissements dans toutes. Il existe, au surplus, un certain nombre de laboratoires communaux de bactériologie. Les médecins qui n'effectueraient pas eux-mêmes le diagnostic auront donc toute facilité pour l'obtenir.

Quant à la variole et à la scarlatine, le diagnostic clinique de ces affections peut être généralement posé d'une manière certaine; parfois il restera indécis dans les formes larvées et, dans ce cas, le médecin devra le déclarer comme cas suspect. D'après le texte de l'article 2, le médecin ne doit pas, en effet, attendre que son diagnostic soit définitivement établi; du moment qu'il a des raisons suffisantes de soupçonner l'existence de l'une des affections visées à cet article, la déclaration s'impose.

L'information des cas suspects, surtout pour le choléra, la peste et la méningite cérébro-spinale, offre une grande importance lorsque d'autres cas de l'espèce ont déjà été signalés dans la région.

De même, la *loi allemande* réclame la déclaration, non seulement des cas avérés, mais de tout soupçon et la *loi roumaine* stipule que « dans les cas douteux de choléra, de variole, de typhus, de scarlatine et d'angine diphtérique, le médecin n'attendra pas la confirmation du diagnostic ».

De même encore, au *Portugal*, est obligatoire la déclaration de tout cas suspect de peste, de choléra ou de fièvre jaune, et « aussi bien de quelque autre maladie infectieuse ou épidémique qui soit dangereuse pour la santé publique ou qu'il importe de connaître au point de vue sanitaire ».

L'alinéa premier de l'article 2 du projet ne vise que les maladies transmissibles les plus graves.

Indépendamment de ces affections, il en est d'autres qui sont de nature à compromettre sérieusement la santé publique et réclament parfois l'intervention énergique des autorités sanitaires.

Les principales d'entre elles sont la septicémie puerpérale, la dysenterie et la coqueluche.

Ces maladies n'ont guère le caractère expansif de celles énumérées à l'alinéa 1er de l'article 2; elles se localisent généralement sur une surface moins étendue, ne comprenant parfois qu'une commune et même un quartier de ville ou hameau.

L'une d'entre elles, la septicémie puerpérale, se limite le plus souvent à la clientèle d'un seul médecin ou d'une seule sage-femme.

Si ces affections, et d'autres encore, sont moins redoutables que celles spécifiées à l'alinéa premier, le caractère de gravité qu'elles peuvent revêtir dans certaines circonstances rend néanmoins désirable que les autorités sanitaires puissent, pour mieux les combattre, en exiger la déclaration.

Tel est l'objet du second alinéa de l'article 2.

Mais il ne paraît pas qu'il y ait lieu, dans les circonstances actuelles, d'imposer cette obligation en tout temps. Il semble suffisant de permettre de la prescrire en cas de nécessité, c'est-à-dire lorsque des cas de l'une ou l'autre de ces maladies se produisent avec persistance dans une région.

Un système analogue se retrouve dans plusieurs lois étrangères.

La *loi néerlandaise* du 4 décembre 1872 porte qu' « un règlement général d'administration intérieure peut rendre la loi applicable, en tout ou en partie, à d'autres maladies que celles visées en son article premier, pendant un temps déterminé et dans des communes désignées nominativement, dans des parties du royaume ou dans tout le pays. Ce règlement ne peut rester en vigueur pendant plus d'un an après sa promulgation, à moins qu'il n'ait été sanctionné pendant ce délai par une loi. »

En Angleterre, l'act de 1889, relatif à la notification des maladies infectieuses, permet à l'autorité locale de chaque district de décider temporairement et moyennant l'approbation du *Local Government board,* que l'obligation de la déclaration sera étendue dans son ressort à des maladies contagieuses autres que celles spécifiées dans le dit *act.*

En Suisse, l'ordonnance du canton de Berne du 6 juillet 1895 dispose qu'en cas d'invasion épidémique de maladies autres que celles dont la déclaration est obligatoire en tout temps, notamment l'influenza, la varicelle, les oreillons, l'érysipèle, l'ophtalmie blennorhagique, la Direction de l'Intérieur peut, si les circonstances l'exigent, étendre à ces maladies l'obligation de l'information.

En Bavière, outre les maladies sujettes à déclaration obligatoire en tout temps, les médecins doivent encore dénoncer les cas d'autres maladies contagieuses : la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, l'oph-

talmie granuleuse et l'influenza, lorqu'elles se manifestent d'une manière violente et présentent un caractère envahissant.

En *Prusse*, le Gouvernement est autorisé, par la loi du 28 août 1905, à étendre temporairement l'obligation de la déclaration, dans des régions déterminées ou dans tout le royaume, à des maladies contagieuses autres que celles mentionnées par la loi précitée, dès que et aussi longtemps que ces maladies sévissent à l'état épidémique.

Dans le *grand-duché de Bade*, lorsque la rougeole, la coqueluche ou la dysenterie éclatent d'une façon épidémique dans une localité, les médecins traitants doivent en faire la déclaration à l'administration du district.

Citons, enfin, la disposition suivante du *projet de loi autrichien* :

« Lorsqu'une maladie, non comprise dans la liste ci-dessus, sévit avec des symptômes qui font redouter sa propagation dans des proportions inquiétantes, on pourra, par ordonnance de portée générale ou applicable seulement pendant une période ou dans une région déterminée, rendre obligatoire la déclaration de cette maladie. »

Art. 3.

La déclaration doit être faite sans délai, et, au plus tard, dans les vingt-quatre heures de la constatation :

1° *A l'inspecteur d'hygiène de la circonscription, par le médecin qui a constaté le cas;*

2° *Au bourgmestre, par le chef de ménage; à défaut du chef de ménage, par les membres de la famille du malade, âgés de plus de 18 ans et présents dans l'habitation; à défaut de parents, par le principal occupant ou par la personne chez qui le malade se trouve logé ou hébergé; à défaut, par toute personne qui soigne le malade.*

Si le cas est survenu à bord d'un navire, d'un bateau ou d'une barque, la déclaration incombe au capitaine, au patron ou à celui qui le remplace.

Le bourgmestre tient note des déclarations qu'il reçoit et les transmet dans les vingt-quatre heures à l'inspecteur d'hygiène du ressort.

A qui faut-il imposer la déclaration? Évidemment, répond le Conseil supérieur d'hygiène, aux personnes qui ont constaté le cas, soit au médecin et à l'entourage. « On ne peut pas se contenter de la déclaration du premier, parce qu'il pourrait ne pas avoir été appelé, et aussi parce que parfois la famille du malade pourrait chercher à l'empêcher de la faire. On doit cependant, d'autre part, exiger sa déclaration, parce que personne n'est aussi compétent que lui pour reconnaître la maladie. »

L'Académie royale de médecine s'est, en 1895, prononcée dans le même sens.

Ce système de la double déclaration se trouve consacré par l'article 3 du projet. Il présente cet avantage de ne pas permettre à l'entourage de cacher, volontairement ou par négligence, l'existence d'une affection contagieuse sujette à déclaration.

Il a été adopté par l'*Angleterre*, les *Pays-Bas*, la *Hongrie*, la *Suède* et la *Suisse*.

En *Allemagne*, la déclaration n'est exigée du chef de famille et des autres personnes vivant dans l'entourage du malade ou qui ont soigné le malade, que s'il n'y a pas eu de médecin traitant.

Il en est de même en *Danemark* et en *Roumanie*. Et le projet de loi *autrichien* contient une disposition analogue.

La déclaration n'est exigée que des médecins et éventuellement des sages-femmes, en *France*, en *Italie*, en *Norvège*, en *Serbie*, au *Portugal* et dans le grand-duché de *Luxembourg*.

Toutefois, en *France*, dans ces derniers temps, le corps médical s'est vivement élevé contre l'obligation qui lui a été imposée, d'abord par la loi du 30 novembre 1892, concernant l'exercice des professions médicales, ensuite par celle du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique. La loi, a-t-il été dit par des voix autorisées à l'Académie de médecine de France, restera inappliquée aussi longtemps qu'on prétendra imposer au médecin seul la déclaration des maladies contagieuses.

Aussi l'Académie de médecine précitée a-t-elle, en séance du 10 novembre 1908 émis ce vœu : « la déclaration des maladies visées à l'article 4 de la loi du 15 février 1902 et dont l'Académie a établi la liste, est obligatoire solidairement pour le chef de famille, le logeur ou chef d'établissement et pour le médecin traitant. »

Un projet de loi a été déposé par le Gouvernement français sur le bureau du Sénat, en mars 1909. Il impose la déclaration à l'entourage du malade ainsi qu'au médecin, mais en ordre subsidiaire seulement à ce dernier : « Le praticien est tenu, dit le projet, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée le bulletin de déclaration dûment rempli et dont il se fera donner récépissé, de lui faire connaître les dispositions de la loi en ce qui concerne la déclaration et de lui rappeler, à ce sujet, avec ses obligations légales, son devoir social.

« L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sur-le-champ le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait ; si dans les quarante-huit heures après qu'il a remis le bulletin à ladite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire, il est tenu de faire directement à celle-ci la déclaration de la maladie; il est tenu aussi de faire cette déclaration d'urgence si ladite personne se refuse de lui donner récépissé du bulletin. »

Ce système paraît trop compliqué. Il se prête, d'autre part, en cas de mauvais vouloir ou simplement d'oubli ou de négligence de l'entourage du malade, à des retards fort préjudiciables.

Au surplus, lorsqu'on se rend un compte exact des choses, on doit reconnaître qu'en définitive, si le projet français passe en force de loi, ce sera toujours le médecin qui fera la déclaration. Que celle-ci soit ensuite transmise à l'autorité par ses soins ou par ceux d'une tierce personne, la question est dénuée d'importance. Aussi bien, l'exposé des motifs de ce

projet prévoit-il lui-même que « dans l'immense majorité des cas, le médecin offrira à la personne intéressée, pour prévenir toute perte de temps, de jeter lui-même à la poste ou de faire parvenir par quelque autre moyen, ce bulletin à l'autorité. »

Les arguments qui ont été invoqués en faveur de tout système analogue ne répondent donc, peut-on dire, à aucune réalité.

Est-on, d'autre part, en droit de soutenir, comme on l'a fait, que l'obligation de la déclaration porte atteinte à la liberté des médecins?

Mais on ne peut perdre de vue qu'en échange du privilège que leur confère la loi, celle-ci a incontestablement le droit de leur demander, plus encore qu'aux autres citoyens, certaines prestations nécessitées par l'intérêt public. Ainsi que le faisait remarquer une circulaire ministérielle prise pour l'exécution de la loi française du 30 novembre 1892, « la société qui accorde le monopole aux médecins a, en revanche, le droit d'exiger que ceux-ci la mettent en mesure de se défendre contre l'invasion des maladies infectieuses, dès qu'ils constatent l'imminence du danger, c'est-à-dire dès l'apparition des premiers cas ».

Quant à la question du secret médical, ni au point de vue légal ni au point de vue moral, elle ne souffre de discussion. L'article 458 du Code pénal punit les personnes obligées au secret professionnel « hors le cas... où la loi les oblige à faire connaître ces secrets ».

Par cette restriction, le législateur a visé notamment les dispositions légales ou réglementaires qui imposent aux médecins et aux sages-femmes l'obligation de révéler à l'administration l'existence des cas d'affection contagieuse qu'ils constatent dans l'exercice de leur profession. (Nypels et Servais. *Le Code pénal belge interprété*, art. 458, n° 12.)

Au point de vue moral, le médecin est obligé de garder le secret sur les choses qu'il a apprises dans l'exercice de sa profession, mais à la condition, évidemment, qu'elles soient secrètes de leur nature et que leur divulgation puisse causer du tort au malade ou à ses proches.

Or, l'existence d'une affection contagieuse n'est pas, en elle-même, une chose secrète par sa nature. D'autre part, la déclaration du médecin n'est pas une divulgation, c'est une notification à un fonctionnaire, tenu également, de par sa charge, à observer le silence sur les faits qui lui sont confiés. Et, à cet égard, il existe une différence essentielle entre nos propositions et la législation française : d'après celle-ci, la déclaration doit être faite au maire et au préfet ou sous-préfet. Dans notre projet, la déclaration doit être adressée par le médecin à l'inspecteur d'hygiène, médecin comme lui : les inspecteurs d'hygiène auxquels l'information doit être donnée seront, en effet, tous porteurs du diplôme de docteur en médecine.

« Une chose nous étonne, dit le Conseil supérieur d'hygiène. Des médecins ont pu croire que la divulgation de l'existence d'une maladie contagieuse n'était pas compatible avec le principe du secret médical. Mais ces mêmes médecins n'ont jamais hésité à déclarer un de leurs clients aliéné

capable de se nuire à lui-même et bon à être enfermé dans une maison de santé. Une pareille déclaration est bien autrement préjudiciable au malade et à sa famille que celle constatant chez lui l'existence de la variole.

» Pourquoi donc se donne-t-elle tous les jours, sans scrupule, sans hésitation et sans réclamation? C'est parce qu'elle est imposée par la loi dans un but de sécurité sociale, placée par elle au-dessus du secret médical. Eh bien, le même but de sécurité sociale existe en présence des maladies épidémiques et la loi a tout autant le droit d'en ordonner la déclaration. »

L'Académie de médecine s'est prononcée dans le même sens :

« Nous estimons, disait-elle en 1892, que, dans cette révélation, n'existent pas les éléments constitutifs d'une violation du secret médical; que les motifs invoqués par le législateur pour justifier l'article 458 ne sont point applicables aux maladies épidémiogènes, car ces maladies ne sont point, par leur nature, de celles qui exigent le secret dans l'intérêt de l'honneur, de la sécurité et du repos du malade ou de la famille.

« Ainsi qu'il existe une hygiène privée, individuelle, domestique et une hygiène collective ou publique, il existe des maladies essentiellement personnelles et des maladies populaires.

« Ce n'est pas un privilège que la loi confère au médecin par l'article 458; c'est une obligation qu'elle lui impose au nom de l'ordre public.

« Il n'y a pas de droit contre le droit. En stipulant le devoir dans le Code pénal, le législateur n'a pas perdu de vue le code plus élevé de la loi morale qui place au-dessus de toute considération la sécurité sociale et la vie des individus. Or, la profession a précisément pour but la conservation de la vie et la mise en pratique de tous les moyens qui peuvent en empêcher la destruction... »

L'on a encore exprimé l'avis que la famille des malades, par crainte de la déclaration et des mesures prophylactiques, s'abstienne d'appeler un médecin et que le malade soit ainsi privé des soins nécessaires. Cet argument, s'il était fondé, n'aurait pas uniquement pour conséquence de dispenser le médecin de la déclaration; il tendrait à la suppression même de celle-ci. L'exemple des nombreuses nations étrangères, où la notification obligatoire existe et fonctionne depuis un temps fort long déjà, suffit à dissiper toute appréhension de cette nature.

Ces arguments, du reste, ne sont pas nouveaux. Ils avaient antérieurement déjà été produits au Congrès international d'hygiène de Londres, de 1891. Celui-ci a néanmoins voté à l'unanimité, moins six voix, le vœu que la déclaration des maladies infectieuses transmissibles soit obligatoire pour le médecin.

D'après l'article 3 du projet, la déclaration est imposée non seulement au praticien qui traite le malade, mais également à celui qui, dans l'exercice de son art, constate un cas de maladie transmissible sujette à déclaration. Il en est ainsi du médecin consultant ou de celui qui, appelé en cas d'urgence,

constate le décès du patient en même temps que la nature de l'affection qui en est cause.

Il n'a pas été jugé nécessaire d'imposer légalement au médecin l'obligation de signaler à l'entourage du malade le résultat de son diagnostic : en fait, le médecin n'a aucune raison plausible de le taire et il est de son devoir de le faire connaître, afin que la famille, suffisamment éclairée sur les dangers de la contagion, observe à cet égard les précautions nécessaires. Lorsque la loi nouvelle sera en vigueur, le médecin sera plus naturellement encore que par le passé enclin à avertir la famille et à lui rappeler que la maladie doit être déclarée, ne fût-ce que pour mettre sa responsabilité à couvert vis-à-vis de ses clients. Ceux-ci ne comprendraient pas que le médecin informe l'autorité sanitaire, sans signaler à la famille que la même formalité lui incombe.

Au surplus, les dispositions réglementaires à édicter, en vertu de l'article 1er ou de l'article 35 du projet de loi, pourront prévoir la remise, par le médecin, au chef du ménage, d'un bulletin spécifiant la nature de l'affection et que l'intéressé n'aurait plus qu'à remettre ou à faire parvenir à l'autorité communale.

A défaut de chef de ménage, c'est-à-dire s'il n'en existe pas ou s'il est absent ou dans l'impossibilité de faire la notification, par exemple parce qu'il est lui-même atteint de l'affection contagieuse, la loi désigne les personnes qui ont la charge de la déclaration.

Ce sont tout d'abord les membres de la famille du malade, âgés de plus de 18 ans et présents dans l'habitation. Tous sont indistinctement tenus. Mais l'obligation vient logiquement à cesser dès que la notification a été faite par l'un d'entre eux.

A défaut de parents, âgés de plus de 18 ans et présents dans l'habitation, la déclaration doit être faite par le principal occupant ou par la personne chez qui le malade se trouve logé ou hébergé. Ces termes sont suffisamment larges et visent tous les cas pouvant se présenter. La disposition s'applique notamment à l'hôtelier et à l'aubergiste, au directeur de pensionnat, d'hôpital civil ou militaire, d'établissement de bienfaisance, d'asile d'aliénés, de maternité, de maison de réforme, de prison, etc.

A défaut des personnes mentionnées ci-dessus, la déclaration incombe à toute personne qui aura donné ses soins au malade.

L'article prévoit enfin l'hypothèse où le malade se trouve à bord d'un navire, d'un bateau ou d'une barque et impose, dans ce cas, la déclaration au capitaine, au patron ou à celui qui le remplace.

L'information à donner par le médecin doit être adressée à l'inspecteur d'hygiène du ressort.

Celle qui incombe aux autres personnes astreintes à la déclaration doit être faite au bourgmestre.

Il importe, en effet, que ce dernier, chargé en ordre principal de veiller au maintien de la santé publique dans sa commune, soit immédiatement averti.

Le bourgmestre devra transmettre les déclarations qu'il reçoit à l'inspecteur d'hygiène du ressort. Ce dernier pourra ainsi exercer le contrôle nécessaire.

Le même mode d'organisation a été adopté aux *Pays-Bas*.

En *Roumanie* et en *Suisse*, les personnes de l'entourage du malade doivent déclarer la maladie à l'autorité locale. Le médecin doit aviser cette dernière ainsi que l'autorité sanitaire.

En *Italie*, la déclaration doit être adressée simultanément au maire et au médecin sanitaire communal. Le premier la transmet au préfet, lequel l'adresse au ministre; le second l'envoie au médecin sanitaire provincial.

En *Angleterre*, au *Danemark*, et dans le grand-duché de *Luxembourg*, l'information doit être faite à l'inspecteur d'hygiène.

Au *Portugal*, au médecin sanitaire de la commune.

En *Allemagne*, à l'administration de police.

En *France*, au maire et au préfet ou sous-préfet.

En *Hongrie*, à l'autorité communale, qui doit la transmettre à l'autorité sanitaire immédiatement supérieure.

L'existence de la maladie doit être déclarée dans le plus bref délai possible, et en tout cas, dans les vingt-quatre heures qui suivent la constatation.

Dans quelle forme la déclaration devra-t-elle être faite?

Il est nécessaire que l'information à donner par le chef du ménage et, à son défaut, par les autres personnes tenues à la déclaration, puisse s'effectuer par écrit ou verbalement.

En ce qui concerne le médecin, le mode actuel de notification, par lettre de service fermée, a fait ses preuves. Toutefois, pour certaines affections, telles que la peste, le choléra et la méningite cérébro-spinale, il pourrait être utile de prescrire que la notification, tout au moins celle des premiers cas se produisant dans une localité, se fasse par la voie télégraphique.

Ces points, ainsi que tous autres relatifs au fonctionnement du service, seront réglés par arrêté royal, ainsi que le prévoit l'article 35 du projet de loi.

Art. 4.

L'article 458 du Code pénal n'est pas applicable à la déclaration, à l'autorité sanitaire, par le médecin ou la sage-femme, des cas de maladies transmissibles non soumises à déclaration obligatoire en vertu de l'article 2 de la présente loi.

L'article 458 du Code pénal punit d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui auront révélé des secrets, dont ils sont dépositaires en raison de leur état ou de leur profession.

Cet article prévoit toutefois deux exceptions : d'abord le cas où les

personnes intéressées sont appelées à rendre témoignage en justice; ensuite, celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets.

Nous avons rappelé, au début du commentaire général des articles 2 à 4, quelles sont, en cette matière, les dispositions actuellement en vigueur.

A l'avenir, l'information ne sera obligatoire que pour les maladies énumérées au premier alinéa de l'article 2 ou celles déterminées en vertu du second alinéa du même article.

Si, pour des raisons que l'on comprendra aisément, le Gouvernement n'a pas voulu imposer la déclaration de toutes les maladies transmissibles, il n'en est pas moins désirable que l'autorité sanitaire soit informée, dans la plus large mesure, de tous les cas de maladie transmissible qui viennent à se produire. Cette autorité est, à l'heure actuelle, renseignée dans une certaine mesure grâce à la bonne volonté de la très grande partie du corps médical. Pour que ce mode d'information puisse continuer à subsister, il est nécessaire de lever tous les scrupules que pourraient éprouver les médecins et les sages-femmes, en stipulant expressément que, pour ces cas de déclaration volontaire, ils ne tombent pas sous le coup de l'article 458 du Code pénal.

De même, en *France*, le décret du 10 février 1903, pris en exécution de la loi du 15 février 1902, range les maladies transmissibles en deux catégories : la première a trait aux maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire; la seconde concerne les affections pour lesquelles la déclaration est facultative.

Vaccination antivariolique.

Art. 5.

La vaccination antivariolique au cours de la première année d'existence et la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année sont obligatoires, sauf les tempéraments qui seront admis par le règlement d'exécution à édicter pour l'application de la présente disposition.

Le père et, à défaut, la mère, le tuteur ou toute personne qui a la garde ou la responsabilité du mineur sont personnellement tenus à l'observation de cette prescription en ce qui concerne la vaccination et la première revaccination.

L'organisation actuelle du service de la vaccination trouve sa base dans l'arrêté royal du 18 avril 1818 « portant des mesures pour étendre l'usage de l'inoculation de la vaccine ».

En vertu de cet arrêté, les indigents recevant des secours des administrations publiques sont tenus de faire vacciner leurs enfants.

Les enfants recueillis dans les établissements de bienfaisance doivent être vaccinés.

Lorsque la variole existe dans une maison, il est défendu d'envoyer ou de recevoir dans une école quelconque les enfants habitant cette maison.

L'arrêté trace, dans leurs grandes lignes, les instructions à suivre pour

l'inoculation vaccinale, la délivrance des certificats de vaccine et les états trimestriels de vaccination à remettre par les praticiens à la commission médicale provinciale.

Enfin, il stipule que « les États des différentes provinces et les administrations des communes sont exhortés à concourir, de tout leur pouvoir, dans l'esprit du présent arrêté, à établir et répandre l'usage de la vaccine. »

Conformément à cette prescription, les Conseils provinciaux ont tous édicté un règlement sur la vaccination. Toutefois, le règlement provincial de la Flandre occidentale a été abrogé en séance du Conseil du 8 juillet 1897, « cette matière rentrant plus spécialement, à son avis, dans les attributions des autorités locales. »

Les ordonnances provinciales ont principalement pour objectif d'organiser le service, de fixer les époques des séances de vaccination, de charger les administrations communales des mesures d'exécution, de tracer aux médecins vaccinateurs les obligations qu'ils ont à remplir, de rappeler les prescriptions de l'arrêté royal, d'instituer un certain contrôle sur l'application des mesures édictées.

La province d'Anvers accorde aux indigents vaccinés des communes de moins de 10,000 habitants, qui se seront présentés à la visite de vérification, une prime ne pouvant dépasser celle qui leur sera payée de ce chef par la commune.

En outre, cette province répartit annuellement un certain nombre de primes de 25 et de 50 francs entre tous ceux qui se sont distingués, dans les communes précitées, par leur zèle à établir et à répandre l'usage de la vaccine.

Enfin, elle répartit un certain nombre de primes de 100 et de 200 francs entre les communes qui ont introduit la vaccination scolaire dans leurs écoles officielles ou adoptées.

Quatre provinces, le Hainaut, le Limbourg, la province de Liége et celle de la Flandre orientale ont successivement inséré dans leur règlement, lors de la révision de ce dernier, voici une quinzaine d'années, l'obligation, pour les parents et tuteurs, de soumettre les enfants à l'inoculation préservatrice de la variole, dans un délai fixé. Une sanction pénale, amende et même emprisonnement subsidiaire, est édictée contre ceux qui ne satisfont pas à cette prescription. Mais cette mesure, dont la légalité a été contestée, est en fait inappliquée.

Aux termes d'une disposition de l'arrêté royal du 31 juillet 1897, concernant l'admission gratuite dans les écoles, les parents sont invités à se munir d'un certificat médical constatant que les enfants qu'ils font inscrire dans les écoles primaires, communales, adoptées ou privées subsidiées, ont été vaccinés.

Les règlements locaux des écoles primaires et des écoles gardiennes en vigueur dans la plupart des communes contiennent des dispositions analogues, applicables tant aux élèves payants qu'aux élèves admis gratuitement.

Dans l'armée, aux termes du règlement sur le service de santé, « les médecins s'assurent si les hommes entrant au corps ont été vaccinés; ils vaccinent ceux qui ne l'ont pas été. La revaccination doit se faire régulièrement à l'arrivée des hommes au corps ».

Complétons cette énumération des dispositions réglementaires en vigueur par la mention de l'arrêté royal du 4 février 1895, qui astreint à la vaccination les ouvriers employés au triage, au transport ou à la manipulation des chiffons.

L'une des mesures qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine a été, sans contredit, la création par l'arrêté royal du 15 février 1882, sous le titre d'Office vaccinogène central de l'État, d'un service public de production et de distribution gratuite du vaccin animal.

Le nombre des demandes de vaccin adressées à l'Office a suivi une progression presque régulièrement constante. Toutefois, quand on consulte les statistiques de l'Office qui, depuis l'année 1907, ont été dressées par arrondissements et par cantons judiciaires, on est frappé de la répartition très inégale des demandes de vaccin. Tandis que, dans certains cantons, le montant des doses demandées correspond à près de 20 p. c. du chiffre de la population, dans d'autres cantons il n'est que d'environ 2 p. c. Entre ces deux limites extrêmes se présentent de nombreux taux intermédiaires.

Les prescriptions des arrêtés royaux, des ordonnances provinciales et des quelques règlements communaux existant sur la vaccination des élèves préalablement à leur admission dans les écoles, sont très inégalement observées. C'est là un fait notoire, trop souvent signalé dans les rapports des commissions médicales provinciales.

La disposition de l'arrêté de 1818, qui subordonne, à l'obligation de la vaccine, la délivrance des secours aux indigents est partout inappliquée.

Toutefois, le nouveau règlement des écoles de bienfaisance de l'État, mis en vigueur le 1er mars 1906, prescrit la vaccination ou la revaccination de tous les élèves à leur entrée.

Le règlement des colonies de bienfaisance d'Hoogstraeten-Wortel-Merxplas prévoit la revaccination des colons et du personnel en cas d'apparition de la variole et chaque fois que la mesure est jugée opportune.

Dans les asiles et les colonies d'aliénés, les pensionnaires sont vaccinés en cas d'apparition de la variole dans la région.

Dans quelques rares établissements, l'on s'assure, au moment de l'entrée, si le malade a été vacciné et l'on y procède à des revaccinations périodiques.

De même dans les maisons de refuge et dépôts de mendicité, ainsi que dans les prisons, on procède à la vaccination des détenus, en cas d'apparition de la variole et chaque fois que la mesure est jugée opportune.

Ni les sociétés mutualistes, ni les caisses de prévoyance des ouvriers mineurs n'imposent la vaccination à leurs membres. Celle-ci n'est pas davantage obligatoire pour le personnel des grandes administrations de l'État, telles que celle des chemins de fer.

En résumé, il résulte, tant des indications qui précèdent que des rapports des commissions médicales, notamment d'une enquête qui a été instituée par le Gouvernement en 1908 que, si la vaccination est assez généralement pratiquée au cours de la première année, il n'est pas rare cependant de rencontrer des enfants en âge d'école qui n'ont jamais subi l'inoculation vaccinale.

Quant aux revaccinations, loin d'être générales, elles ne sont pratiquées que sur un petit nombre de sujets et, le plus souvent, on n'y recourt que lorsqu'une épidémie quelque peu grave, telle, par exemple, celle de 1903, vient à se produire.

Aussi nos populations payent-elles, chaque année, un tribut encore trop large à cette maladie, la plus évitable de toutes cependant.

La statistique obituaire donne les chiffres suivants :

Années.	Moyenne annuelle des décès.
1851-1860	829
1861-1869	1.518
1870	4.163
1871-1880	5.080
1881-1890	1.361
1891-1900	764
1901-1903	688
1906-1909	44

L'épidémie de 1903 a causé 1,650 décès. Celles de 1871 et de 1872 avaient produit respectivement 21,315 et 8,706 décès.

Quant au nombre des malades, l'absence de la déclaration obligatoire ne permet pas de le préciser. On peut, toutefois, sans exagération, l'évaluer à six ou sept fois le nombre des décédés.

L'efficacité de la vaccination est établie par une expérience séculaire. Il n'est pas, croyons-nous, dans le domaine de la science de l'hygiène, de problème qui soit résolu avec plus de certitude. La lymphe vaccinale est produite actuellement avec toutes les garanties désirables. Elle est mise gratuitement à la disposition du corps médical et, de tous côtés, se tiennent périodiquement des séances gratuites de vaccination.

Il aurait pu sembler, dans ces conditions, qu'il n'y avait qu'à attendre du bon sens public la généralisation de la vaccine. Il faut malheureusement compter avec l'insouciance qui endort le public, même éclairé, dans une quiétude dangereuse, jusqu'au jour où la réapparition de la variole apporte l'émoi au sein des populations.

La situation actuelle est incontestablement due au manque d'uniformité dans l'organisation du service de la vaccination, à l'absence de sanction et à l'insuffisance du contrôle qui enlève toute garantie quant au succès de l'inoculation.

Pour y remédier, pour arriver à généraliser la pratique vaccinale, une seule mesure est préconisée : l'obligation de la vaccination, imposée par la loi et assurée par un règlement général.

Cette mesure ne constitue pas une nouveauté. Elle est inscrite dans la législation de la plupart des pays civilisés : depuis 1825, au *Hanovre* et dans le Grand-Duché de *Hesse*, 1835 en *Grèce*, 1853 en *Suède*, 1863 en *Ecosse* (1) et en *Irlande*, 1867 en *Bavière* et en *Angleterre* (1), 1871 au *Danemark*, 1874 en *Allemagne* et en *Roumanie*, 1876 en *Hongrie*, 1881 en *Serbie*, 1888 en *Italie*, 1902 en *France*, 1903 en *Espagne* et dans la *République Argentine*, 1904 au *Brésil*, 1906 au *Grand-Duché de Luxembourg*, 1907 en *Algérie*. La vaccination est encore imposée au *Japon*, dans la plupart des cantons de la *Suisse* et elle est enfin indirectement obligatoire aux *Pays-Bas* et en *Norvège*.

L'extension de ce régime à la Belgique est réclamée par toutes les autorités sanitaires du royaume.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 26 avril 1873, s'est unanimement prononcée dans ce sens et, depuis lors, à de fréquentes reprises, notamment en 1879, en 1880, 1881, 1889, 1894, 1895, 1897 et 1902, elle a renouvelé les vœux antérieurement émis à cet égard.

De son côté, le Conseil supérieur d'hygiène n'a cessé de joindre ses instances à celles de l'Académie, ainsi qu'en témoignent ses rapports sur les travaux des commissions médicales en 1884, 1890, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1902 et 1903.

En 1903, l'épidémie de variole, qui venait de régner, lui fournit l'occasion d'insister de nouveau sur la nécessité de cette mesure. « La vaccination et la revaccination obligatoires s'imposent, disait-il, et elles seules suffiront à supprimer la variole dans le pays. Les centaines de décès qui se sont produits auraient été évités si en Belgique, comme en d'autres pays voisins, la vaccination eût été obligatoire. Innombrables sont les faits qui établissent que la variole n'a frappé d'une façon grave que des sujets non vaccinés ou revaccinés depuis un temps très long...

» Nous n'ignorons pas qu'un certain nombre de bons esprits redoutent la vaccination obligatoire, parce qu'elle porterait atteinte à la liberté individuelle. Nous ne pouvons prendre au sérieux pareille objection, quand nous savons que notre liberté est restreinte par une foule de lois et de règlements, quand tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'en imposant la vaccination obligatoire la loi assurerait un immense bienfait à toute la population.

» C'est pourquoi il importe... d'étaler toutes grandes devant les yeux des

---

(1) L'act de 1898, confirmé en 1907 et applicable à l'Angleterre, ainsi que celui de 1907, relatif à l'Écosse, admettent toutefois que les parents ne sont pas passibles de pénalités, lorsque, endéans les quatre (six pour l'Écosse) mois de la naissance, ils attestent devant un magistrat qu'en conscience ils croient que la vaccination peut nuire à l'enfant et que, endéans les sept jours suivants, ils transmettent cette déclaration au vaccinateur officiel du district (au greffier du district pour l'Écosse).

législateurs les pages des rapports des commissions médicales, de leur fournir des arguments d'une valeur indiscutable et de leur faire connaître l'opinion, basée sur des faits, de toutes les autorités scientifiques. Nous la résumons en quelques mots :

« 1° Le corps médical est unanime à proclamer et à répandre les bienfaits de l'inoculation vaccinale;

« 2° Tous les organismes, ayant la compétence voulue pour apprécier cette question, les commissions médicales provinciales, le Conseil supérieur d'hygiène publique, l'Académie royale de médecine, demandent la vaccination et la revaccination obligatoires ;

« 3° L'insuffisance du régime de liberté, actuellement en vigueur, pour lutter contre la variole, ressort, une fois de plus, des documents publiés sur l'épidémie récente... Il n'est pas téméraire d'affirmer que l'épidémie, qui a sévi avec intensité depuis son début, a occasionné, en Belgique, environ un millier de décès qui auraient pu facilement, qui auraient dû être évités (1)... »

Nous venons de voir que les commissions médicales sont unanimes à réclamer la vaccination obligatoire.

La conviction s'est faite progressivement dans leur esprit. Elles ont demandé tout d'abord une meilleure réglementation administrative. Mais les difficultés pratiques qu'elles ont rencontrées dans l'application des règlements, la négligence de certaines administrations communales, l'indifférence des populations, — tous ces faits, qui se passaient et persistaient sous leurs yeux, ont entraîné leur conviction et les ont déterminées toutes à se rallier à la seule solution vraiment efficace, dont les bienfaits étaient démontrés à mesure qu'elle était appliquée dans d'autres pays.

En dehors des autorités sanitaires, la nécessité de la vaccination obligatoire a été reconnue par plusieurs conseils provinciaux, puisque quatre d'entre eux n'ont pas hésité à l'insérer dans leur règlement.

L'un de ces conseils, celui de la Flandre orientale, a du reste, en 1877, adressé aux Chambres législatives le vœu qu'une loi vienne régler la question. Des conclusions dans le même sens ont été admises par deux autres provinces, celle d'Anvers en 1879 et celle de Brabant en 1892.

En 1906, le Conseil de perfectionnement de l'enseignement primaire a, de son côté, exprimé le vœu « que le Gouvernement, par tous les moyens à sa disposition, cherche à faire voter la loi sur l'obligation de la vaccination ».

Au cours de la session de la Chambre de 1888-1889, la Commission des pétitions a souligné d'une manière toute spéciale un vœu qui tendait à rendre obligatoires la vaccination et la revaccination. Le rapport, rédigé par M. le représentant De Clercq, prie le Gouvernement « d'aviser promptement

(1) Ainsi qu'il a été dit plus haut, le nombre des décès par la variole, en 1903, s'est élevé à 1,630.

et énergiquement aux moyens de réaliser l'œuvre de préservation sociale que les pétitionnaires ont en vue ».

Signalons enfin qu'une proposition de loi a été déposée, en séance du 9 décembre 1902, par MM. Terwagne, Branquart et Delbastée. A la vérité, la majorité de la section centrale s'est prononcée contre ce projet. Mais il résulte de la note formulée au nom de la minorité, que 23 membres seulement ont pris part aux travaux des sections et que, si trois sections s'étaient prononcées contre l'obligation par 8 voix contre 3, trois autres sections l'avaient admise par 10 voix contre 2, « et cela, ajoute le rédacteur de la note, avant que le taux de l'amende eût été abaissé ».

Ce qui démontre la nécessité de l'obligation légale de la vaccination, c'est incontestablement l'abaissement rapide et considérable de la mortalité par variole dans les pays où cette mesure a été appliquée.

Ce fait est de constatation générale et les statistiques sont concordantes à cet égard. Il serait aisé d'en donner de multiples exemples. Bornons-nous à signaler que, d'après une statistique dressée par l'Office sanitaire impérial allemand, pour les années 1889 à 1893, le nombre de décès à la suite de variole, par million d'habitants, était

En Russie, de	836.4
Espagne	638.0
Autriche	213.3
Belgique	252.9
Hongrie	275.1

Tandis qu'elle n'était

En Angleterre que de	13.6
Aux Pays-Bas	11.5
En Suisse	7.5
Allemagne	2.8
Suède	1.3
Écosse	0.5
Irlande	0.4

En Prusse, depuis la loi du 8 avril 1874, la mortalité par variole a brusquement diminué et elle est devenue excessivement minime; elle était par million d'habitants :

En 1872, de	262.37
1874	9.52
1875	3.60
1880	1.60
1885	1.40
1886	0.49

Au surplus, les tableaux ci-dessous, publiés par l'Office international d'hygiène, donnent pour les années 1900 à 1908 la mortalité par variole dans vingt-trois Etats.

Proportions pour 1000 habitants

ÉTATS	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Allemagne (1)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—
Australie	0.02	0.01	0.01	0.01	»	0.01	0.01	»	»
Autriche	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—
Belgique	0.03	0.04	0.09	0.23	0.09	0.03	0.00	0.00	—
Chili	—	—	—	0.13	0.53	2.61	1.04	0.26	0.12
Danemark (2)	»	0.00	»	»	0.00	»	—	—	—
Egypte (3)	0.15	0.02	0.10	0.19	0.08	0.04	0.20	0.09	—
Espagne	0.34	0.28	0.29	0.24	0.15	0.14	0.26	0.16	0.15
États-Unis d'Amérique	0.02	0.03	0.06	0.04	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00
Finlande	0.01	0.03	0.02	0.01	0.01	0.00	0.01	0.00	—
France	0.14	0.07	0.18	0.17	0.05	0.02	0.04	0.17	-
Grande-Bretagne et Irlande	0.00	0.01	0.06	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	—
Hongrie	0.04	0.04	0.01	0.01	0.02	0.02	0.01	0.00	0.00
Inde britannique	0.41	0.40	0.51	0.41	0.24	0.31	0.48	0.46	0.75
Italie	0.01	0.10	0.07	0.18	0.09	0.01	0.00	0.01	—
Japon	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—
Norvège	»	»	»	»	»	0.00	»	»	»
Pays-Bas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—
Roumanie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	»	0.00	»	»
Russie	0.08	0.07	0.30	0.25	0.33	0.35	0.28	0.25	—
Serbie	0.00	0.00	0.00	0.01	0.04	0.04	—	—	—
Suède	0.00	»	0.00	0.00	0.00	0.00	»	»	—
Suisse	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	—

Proportions pour 100 décès de toutes causes.

ÉTATS.	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Allemagne (1)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—
Australie	0.25	0.11	0.10	0.08	»	0.18	0.01	»	»
Autriche	0.05	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—
Belgique	0.15	0.14	0.54	1.37	0.54	0.20	0.03	0.04	—
Chili	—	—	—	0.51	1.86	8.07	3.17	0.89	0.40
Danemark (2)	»	0.03	»	»	0.00	»	—	—	—
Égypte (3)	—	—	—	0.32	0.52	0.24	0.12	0.57	0.34
Espagne	1.21	1.01	1.14	0.99	0.58	0.55	—	—	—
États-Unis d'Amérique	0.11	0.21	0.41	0.26	0.13	0.05	0.01	0.01	0.01
Finlande	0.08	0.18	0.14	0.07	0.07	0.03	0.05	0.04	—
France	0.58	0.35	0.90	0.84	0.26	0.10	0.19	0.81	—
Grande-Bretagne et Irlande	0.01	0.08	0.37	0.12	0.10	0.02	0.00	0.00	—
Hongrie	0.15	0.17	0.06	0.04	0.09	0.08	0.04	0.03	0.02
Inde britanique	1.05	1.35	1.62	1.18	0.74	0.87	1.39	1.23	1.97
Italie	0.04	0.48	0.34	0.83	0.45	0.07	0.02	0.06	—
Japon	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.02	—
Norvège	»	»	»	»	»	0.00	»	»	»
Pays-Bas	0.00	0.00	0.00	0.02	0.01	0.01	—	—	—
Roumanie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	»	0.00	»	»
Russie	0.06	0.25	1.21	0.96	1.22	1.24	1.02	0.94	—
Serbie	0.00	0.02	0.00	0.05	0.22	0.17	0.11	»	—
Suède	0.00	»	0.00	0.00	0.00	0,00	»	0.00	—
Suisse	0.04	0.06	0.00	0.00	0.00	0.05	0.02	0.01	—

Nota. — Les guillemets indiquent *l'absence de décès.*

(1) Pour les années 1900 à 1903 les proportions se réfèrent à dix États confédérés, représentant 94 p. c. de la population de l'Allemagne; pour les années 1904 et 1905 à 23, et, pour les années 1906 et 1907, à 24, sur les 26 États de l'Empire (manquent le Mecklembourg Schwerin et le Mecklembourg-Strelitz).

(2) Non compris les îles Feroë et l'Islande; les proportions ne se réfèrent qu'à la population urbaine.

(3) Principales villes d'Égypte.

Dans tout l'empire d'Allemagne, pendant l'année 1903, on n'a constaté que 0.34 décès par million d'habitants, tandis qu'en Belgique, la même année, la proportion s'est élevée à 250, soit environ 700 fois davantage.

Par contre, en Angleterre et dans les cantons suisses où la vaccination a cessé d'être légalement obligatoire, on signale une recrudescence de la maladie.

Ces données paraîtront sans doute décisives et de nature à justifier le principe de l'obligation.

D'ailleurs, limitée aux mineurs d'âge, cette contrainte légale apparaît comme une mesure de protection à leur égard : elle les garantit contre l'indifférence et les préjugés de certains parents et elle protège ceux d'entre eux, qui approchent de leur majorité, contre leur propre insouciance.

C'est, du reste, dans cet esprit, que sont conçues la plupart des lois étrangères sur la matière.

En *Angleterre*, le père, ou celui qui le remplace, doit faire présenter tout enfant, endéans les six mois après la naissance, au vaccinateur officiel du district pour le faire vacciner, à moins que l'opération n'ait été déjà pratiquée par un autre médecin (*Act* de 1867).

L'enfant vacciné doit être représenté la semaine suivante, afin de permettre de constater le résultat de l'opération.

En *Ecosse* et en *Irlande*, la législation se rapproche sensiblement de celle de l'Angleterre (*Act* de 1863).

En *Allemagne*, en vertu de la loi du 8 avril 1874, la vaccination doit être effectuée avant la fin de l'année suivant celle de la naissance, sauf lorsqu'il est reconnu par un médecin que l'enfant ne pourrait subir l'inoculation sans danger. Dans ce cas, l'enfant doit être vacciné ultérieurement, lorsque la cause du danger a pris fin.

La revaccination est également obligatoire pour les élèves des institutions publiques ou privées, dans le courant de l'année où ils atteignent leur douzième année, à moins qu'un certificat médical n'établisse qu'ils ont eu la variole dans les cinq dernières années ou qu'ils ont été revaccinés avec succès pendant cette période.

Tout enfant vacciné doit être représenté huit jours après à la visite de contrôle.

Si la vaccination n'a pas réussi, l'opération est recommencée l'année suivante.

En *France*, la loi du 15 février 1902 impose la vaccination au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année. Cette disposition de la loi du 15 février 1902 a été rendue applicable à l'*Algérie* par décret du 27 mai 1907.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième année (loi du 27 juin 1906).

En temps d'épidémie, les conseils communaux ont le droit de décréter d'urgence la revaccination obligatoire pour les habitants des quartiers contaminés ou menacés.

S'il est établi par un certificat médical, ou s'il est constaté par le médecin-vaccinateur qu'un sujet ne peut être vacciné à cause de son état de santé, l'opération est retardée jusqu'à ce que les causes, qui motivent l'ajournement de la vaccination, aient disparu.

Au *Danemark*, tous les enfants doivent être vaccinés avant l'âge de 7 ans. La revaccination est obligatoire en temps d'épidémie.

En *Suède*, les parents, ou, à leur défaut, les personnes responsables, sont tenus de faire vacciner leurs enfants avant l'accomplissement de leur deuxième année.

L'entrée dans les écoles et les établissements publics n'est accessible qu'à ceux qui ont été vaccinés avec succès ou ont eu la variole.

En *Hongrie*, l'obligation de la vaccination, prévue par la loi sanitaire de 1876, est maintenue par la loi de 1887, qui ordonne, en outre, la revaccination obligatoire et impose, lorsque la première inoculation est restée sans résultat, une nouvelle vaccination dans la seconde et éventuellement dans la troisième année de la vie.

Chaque enfant, au moment de son entrée dans une école primaire, est tenu de prouver qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a été atteint de la variole au cours des cinq dernières années.

Les élèves des écoles publiques ou privées doivent être revaccinés avant l'âge de 12 ans. Doivent de même être revaccinés, au moment de leur entrée en apprentissage, les enfants qui ne possèdent pas un certificat de revaccination, à moins qu'ils n'aient eu la variole au cours des cinq dernières années. Si la santé de l'enfant l'exige, un délai peut être accordé pour l'inoculation.

Les enfants vaccinés doivent être représentés six à huit jours après l'opération.

Si la variole prend, en certains lieux, un caractère épidémique, la revaccination des adultes en général, ou de certaines classes d'adultes, peut être ordonnée par l'autorité locale compétente, sous l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

En *Roumanie*, d'après la loi sanitaire du 14 juin 1893, la vaccination est obligatoire pour toute la population et la revaccination est obligatoire entre la 10e et la 15e année.

En *Serbie*, en vertu de la loi du 30 mars 1881, tout enfant doit être vacciné entre le troisième et le douzième mois après sa naissance et revacciné en quittant l'école primaire. Tout vacciné doit, huit jours après l'opération, se soumettre à une visite de contrôle.

Tout élève qui a terminé les cours de l'école primaire, tout conscrit de l'armée permanente ou de la milice nationale doit être revacciné.

En *Suisse*, dans les cantons où la vaccination est obligatoire, les enfants doivent, en général, être vaccinés après leur naissance. Quelques cantons ont, en outre, décrété la revaccination obligatoire.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 4 décembre 1872, complétée par celle du 17 juillet 1911 ne permet, en principe d'admettre les instituteurs ou élèves dans les écoles, que s'ils ont été atteints de variole, ou s'ils produisent

une déclaration médicale constatant qu'ils ont été vaccinés avec succès ou qu'ils ont été vaccinés plus d'une fois.

L'instruction étant obligatoire en Hollande, cette prescription de la loi de 1872 entraîne la vaccination obligatoire de toute la population.

En *Italie*, la loi du 22 décembre 1888 se borne à édicter le principe de l'obligation, en abandonnant au Gouvernement le soin de réglementer la matière, sur avis du Conseil supérieur de santé.

Au *Brésil*, la loi de 1904 proclame le principe de l'obligation de la vaccination et de la revaccination. Elle autorise le Gouvernement à régler la matière sur les bases suivantes : la vaccination est pratiquée à partir du sixième mois, excepté dans les cas constatés de maladie.

La revaccination aura lieu sept ans après la vaccination et sera renouvelée tous les sept ans.

Dans la *République Argentine*, la vaccination et la revaccination sont obligatoires au cours de la première et de la dixième année d'âge, en vertu de la loi du 4 septembre 1905.

Si l'inoculation n'a pas réussi, elle est renouvelée douze mois plus tard et, en cas de nouvel insuccès, l'année qui suit.

Dans les établissements d'enseignement, officiels ou subsidiés, on doit exiger de tout élève la preuve qu'il a été vacciné et, le cas échéant, revacciné.

Si, d'après certificat médical, la vaccination ne peut être pratiquée sans mettre en danger la vie ou la santé de l'intéressé, l'opération est retardée.

Toute personne, qui a eu la variole, est dispensée de la vaccination.

En temps d'épidémie de variole, le Département de l'hygiène peut ordonner la vaccination des adultes.

C'est dans le sens de la disposition de la loi française qu'est rédigé l'article 5 du projet de loi : il impose la vaccination au cours de la première année et la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année.

Il ne suffit pas d'une première inoculation : les revaccinations opérées avec succès sont nombreuses. D'après les statistiques récentes de l'Office vaccinogène, la proportion des revaccinations faites avec succès, avant qu'un espace de dix ans se soit écoulé depuis une inoculation antérieure, a été de 31 p. c. en 1905, de 21 p. c. en 1906, de 38 p. c. en 1907, de 29 p. c. en 1908, de 40 p. c. en 1909 et de 54 p. c. en 1910. Ces chiffres démontrent la nécessité de revaccinations périodiques pour conserver l'immunité acquise.

A la vérité, on pourrait objecter qu'il faudrait logiquement imposer la revaccination périodique aux majeurs. Le Gouvernement ne croit pas devoir aller jusque là. Il estime avoir concilié les intérêts de la santé publique et le respect de la liberté individuelle en mettant les mineurs à l'abri de la contagion.

S'il impose la vaccination à ces derniers, c'est, nous l'avons déjà dit, une mesure de protection en leur faveur. La variole frappe, du reste, davantage les individus qui n'ont pas atteint l'âge de 25 ans.

Au surplus, les majeurs peuvent aisément se garantir en se soumettant spontanément à la vaccination. Quant à ceux qui persistent dans leur indifférence, lorsque l'un d'eux est atteint, il constitue sans doute une source de contamination pour autrui, mais il n'y a de réel danger que pour ceux qui ont fait preuve de la même insouciance.

L'inanité des objections, que l'on peut élever contre la vaccination, a été trop souvent démontrée pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter longuement.

L'on a dit que la vaccination ne protège pas souverainement contre la variole, qu'elle est ou peut être la source de maladies diverses.

S'il est exact que la vaccination ne protège pas indéfiniment contre la variole, son efficacité est, nous l'avons déjà fait ressortir, incontestable.

D'autre part, la vaccination est une opération qui, dans les conditions où elle se pratique actuellement, n'expose à aucun danger.

L'obstacle le plus grave résidait autrefois dans la difficulté de se procurer le vaccin en quantité suffisante et dans les conditions satisfaisantes d'innocuité.

Cet obstacle a disparu depuis la fondation de l'Office vaccinogène de l'État, qui est à même de fournir la lymphe vaccinale en proportion dix fois supérieure à tous les besoins et qui a été installé, dans ses nouveaux locaux, de manière à la produire avec les garanties de pureté les plus absolues.

On a tenté d'attribuer à des causes générales la diminution de la variole dans les pays où la vaccination est obligatoire. Certes, les moyens ordinaires de prophylaxie, — l'isolement et la désinfection, — peuvent être des adjuvants précieux. Mais ces moyens ne sont pas comparables à celui qui résulte du pouvoir immunisant de l'inoculation vaccinale.

Une autre objection consiste à dire que l'obligation de la vaccine constitue une atteinte à la liberté. Nous avons déjà suffisamment, croyons-nous, répondu à cette objection.

Au surplus, il ne semble pas que l'obligation, telle qu'elle est limitée par le projet de loi, soit de nature à soulever une opposition quelque peu sérieuse de la part de nos populations : celles-ci sont, en fait, et sauf quelques très rares exceptions, gagnées à la cause de la vaccination. Pour dissiper les préjugés qui se constatent encore parfois de loin en loin dans certains centres, il suffira, on peut l'espérer, de l'exemple général et des moyens de persuasion que le Gouvernement mettra en œuvre pour faire ressortir les bienfaits et l'innocuité de la vaccination.

A la différence de la proposition déposée par M. le représentant Terwagne, mais conformément à plusieurs des lois étrangères sur la matière, le projet se borne à inscrire, dans la loi, le principe de l'obligation.

Il semble, en effet, préférable de laisser au Gouvernement le soin d'organiser, par un règlement d'administration générale, l'application de cette mesure.

Tel est également l'avis exprimé, à deux reprises, en 1899 et en 1910, par le Conseil supérieur d'hygiène publique.

Toutefois, dans son dernier rapport, ce conseil estime qu'il serait utile de compléter le texte qui lui avait été soumis, en prévoyant soit une exception en faveur des enfants qui ont eu la variole, soit des délais à l'égard de ceux qui, d'après un certificat médical, ne peuvent être vaccinés à cause de leur état de santé.

L'observation est fondée, mais il a paru plus expédient d'inscrire ces tempéraments, et d'autres analogues dont la pratique révélerait l'opportunité, dans le règlement à prendre pour l'exécution de l'article 5 : c'est ce que permettra la finale de l'alinéa premier de cet article.

Au cours des épidémies de variole, les commissions médicales ont toujours constaté qu'un grand nombre d'enfants non vaccinés étaient atteints de la maladie. Il faut donc se hâter de vacciner les nouveau-nés. Tenant compte cependant des circonstances, l'article 5 accorde un délai d'un an pour satisfaire à l'obligation légale de la vaccination.

On ne peut, avec quelque approximation, déterminer la durée de l'action préservatrice de l'inoculation vaccinale. D'après les statistiques de l'Office vaccinogène ci-dessus rapportées, les revaccinations opérées depuis moins de dix ans ont donné de 25 à 54 p. c. de succès. Eu égard à cette constatation, le projet de loi, à l'exemple de certaines législations étrangères, prescrit une première revaccination au cours de la onzième et une seconde revaccination au cours de la vingt-et-unième année. Il est, en tout cas, prudent de ne jamais attendre plus de 7 ou 8 ans avant de procéder à la revaccination.

D'après le texte de l'article 5, le père est personnellement tenu à l'exécution de la prescription légale en ce qui concerne la première inoculation vaccinale et la première revaccination.

Le mineur ne pourra donc être personnellement passible des peines prévues par l'article 51 du projet que pour la seconde revaccination.

A défaut de père, le projet engage la responsabilité de la mère, du tuteur ou de toute personne qui a la garde ou la responsabilité de l'enfant. On atteint ainsi les administrateurs des hospices, directeurs de pensionnats, etc.

Protection de l'enfance.

Art. 6 à 9.

L'une des principales causes de la mortalité, disions-nous dans la partie générale de cet exposé, résulte des décès d'enfants de moins d'un an.

Alors que, depuis nombre d'années, la proportion annuelle des décès présente une diminution quasi-ininterrompue et en tout cas très notable, ainsi que cela résulte du tableau de la page 7, le taux de la mortalité infantile

s'est maintenu à peu près à la même norme jusqu'en 1900 et n'a subi, depuis lors, qu'une faible régression.

La proportion des décès d'enfants de moins d'un an, par 100 naissances, qui était de 16.17 pour la période de 1876-1880, correspond respectivement pour les périodes quinquennales suivantes à 15.58, 16.30, 16.40, 15.70 et 14.77. Pour les années 1901 à 1909, elle est respectivement de 14.22, 14.39, 15.48, 15.17, 15.31, 15.31, 13.24, 14.72 et 13.75.

A l'étranger, d'après les aperçus statistiques internationaux de M. Gust. Sundbärg, la mortalité des enfants de moins d'un an, sur cent naissances, est :

De 9.7 en *Norvège*;
10.2 en *Suède*;
12.8 en *Écosse*;
13.5 en *Danemark*;
14.2 en *Finlande*;
14.9 en *Suisse*;
15.4 en *Angleterre*;
15.8 aux *Pays-Bas*;
16.2 en *France*;
16.8 dans le *Grand-Duché de Hesse*;
17.6 en *Italie*;
20.3 en *Prusse*;
21.7 dans le *Grand-Duché de Bade*;
25.6 en *Autriche*;
24.3 en *Wurtemberg*;
26.4 en *Bavière*;
26.8 en *Russie*;
27.3 en *Saxe*.

Les tableaux suivants donnent la moyenne annuelle des décès d'enfants de moins d'un an, en Belgique, ainsi que les proportions de cette moyenne dans l'ensemble des décès.

Moyenne annuelle des décès d'enfants de moins de 1 an (1).

AGE AU MOMENT DU DÉCÈS.	MOYENNES ANNUELLES. PÉRIODES. 1881 à 1885	1886 à 1890	1891 à 1895	1896 à 1900	1901 à 1905	ANNÉES. 1906	1907	1908	1909
Moins de 5 jours	2,028	1,919	2,056	1,997	1,957	1,887	1,864	1,924	1,871
5 à moins de 10 jours . .	1,278	1,279	1,320	1,365	1,305	1,255	1,180	1,223	1,069
10 — 20 — . .	2,450	2,493	2,697	2,703	2,582	2.484	2,097	2,260	2,054
20 — 30 — . .	1,872	1,757	1,911	1,860	1,694	1,671	1,455	1,551	1,405
1 — 2 mois . .	3,356	3,582	3,639	3,830	3,562	3,509	3,027	3,238	2,772
2 — 3 — . .	2,902	3,175	3,238	3,509	3,107	3,086	2,649	2,885	2,651
3 — 6 — . .	6,028	6,417	6,544	7,034	6,650	6,654	5,663	6,352	5,658
6 — 12 — . .	7,436	8,071	8,341	8,166	7,725	7,974	6,587	7,620	6,789

Proportions pour 1000 de chaque catégorie dans la totalité des décès.

AGE AU MOMENT DU DÉCÈS.	PROPORTIONS POUR 1,000. PÉRIODES. 1881 à 1885	1886 à 1890	1891 à 1895	1896 à 1900	1901 à 1905	ANNÉES. 1906	1907	1908	1909
Moins de 5 jours	17.21	15.79	16.28	16.62	16.53	15.87	16.16	15.77	15.91
5 à moins de 10 jours . .	10.84	10.53	10.45	11.36	11.02	10.55	10.23	9.90	9.09
10 — 20 — . .	20.79	20.52	21.36	22.49	21.81	20.89	18.18	18.53	17.47
20 — 30 — . .	15.88	14.46	15.13	15.48	14.31	14.05	12.62	12.72	11.95
1 — 2 mois . .	28.47	29.48	28.81	31.87	30.09	29.51	26.24	26.55	23.58
2 — 3 — . .	24.62	26.13	25.64	29.21	26.24	25.96	22.96	23.66	22.55
3 — 6 — . .	51.14	52.81	51.82	58.54	56.17	55.93	49.10	52.40	48.13
6 — 12 — . .	63.09	66.42	66.05	67.96	65.25	67.04	57.10	62.49	57.74

(1) Les mort-nés et autres enfants présentés sans vie à l'état civil ne sont pas compris dans ce relevé.

A cet égard, l'*Annuaire statistique* donne les renseignements suivants :

Mort-nés et enfants présentés sans vie.

Périodes.	Moyenne annuelle.	Proportion par 100 enfants vivants.
1841-1850	5,683	4.37
1851-1860	6,490	4.73
1861-1870	7,473	4.81
1871-1880	7,799	4.54
1881-1890	8,436	4.80
1891-1900	8,766	4.70
1901-1905	8,802	4.54
1906	8,504	4.56
1907	8,311	4.49
1908	8,566	4.66
1909	8,269	4.69

Il est intéressant de rechercher quelle est, dans ces décès, la proportion d'enfants légitimes et d'enfants naturels. L'*Annuaire statistique* de 1885 indique le nombre d'enfants légitimes ou illégitimes, âgés de moins de 5 ans, décédés au cours de l'année 1884. Nous avons, grâce à ce renseignement, pu dresser le tableau ci-dessous :

Années.	Naissances.		Décès en 1884 d'enfants.			Proportion par 100 naissances.	
	Légitimes.	Illégitimes.	Agés de	Légitimes	Illégitimes.	Légitimes.	Illégitimes.
1880	158,580	13,284	4 à 5 ans	1,424	65	0.89	0.48
1881	161,644	13,767	3 à 4 ans	2,019	91	1.25	0.66
1882	162,066	14,279	2 à 3 ans	3,282	190	2.02	1.33
1883	160,518	13,966	1 a 2 ans	6,980	573	4.34	4.10
1884	161,734	14,987	moins de 1 an	25,921	3,855	16.02	25.59

Il résulte de ce tableau que le nombre des enfants illégitimes, qui meurent avant d'avoir atteint la fin de leur première année de vie, est notablement supérieur à celui des enfants légitimes. Cette conclusion se trouve confirmée par les chiffres produits, pour la Belgique, par la *Statistique internationale du mouvement de la population* (1) :

Proportions annuelles des décédés de moins d'un an pour 1,000 enfants nés vivants.

Périodes.	Enfants légitimes.	Enfants illégitimes.
1871-1875. . . .	144	251
1876-1880. . . .	148	248
1881-1885. . . .	148	247
1886-1890. . . .	155	246
1891-1895. . . .	156	244
1896-1900. . . .	151	236

(1) A Bruxelles, d'après l'*Annuaire démographique de la ville*, la proportion des décès d'enfants de moins d'un an, pour 1,000 enfants nés vivants, a été la suivante durant ces dernières années :

Périodes.	Enfants légitimes.	Enfants illégitimes.
1891-1895. . . .	168.8	247.4
1896-1900. . . .	159.9	239.7
1901-1905. . . .	139.9	213.2
1906-1910. . . .	142.6	203.8

D'après les renseignements statistiques concernant la ville de Tournai, pendant les années 1869 à 1888, le nombre des naissances légitimes est de 16,536, celui des naissances illégitimes de 1,652; par contre, le nombre de décès d'enfants de moins d'un an, légitimes et illégitimes, est respectivement de 1,768 et de 345. SCHREVENS, « Étude sur la mortalité infantile en Belgique ». *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, 1891, page 151.

Le même phénomène se constate à l'Étranger. Le coefficient de mortalité des enfants illegitimes décédés avant un an dépasse celui des enfants légitimes dans une proportion qui varie de 40 à 100 p. c. environ du chiffre correspondant aux enfants légitimes (1).

La mortalité infantile diffère notablement de province à province et même d'arrondissement à arrondissement, ainsi qu'il résulte des tableaux suivants :

Décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances.

ARRONDISSEMENTS ADMINISTRATIFS.	1891-1900.	1901-1910.	ARRONDISSEMENTS ADMINISTRATIFS.	1891-1900.	1901-1910.
Ostende	252.5	249.7	Arlon	136.8	127.3
Furnes	243.1	217.6	Audenarde	134.9	114.4
Dixmude	236.5	220.0	Turnhout	134.6	126.9
Saint-Nicolas	231.5	209.0	Tournai	128.9	114.1
Roulers	227.9	229.2	Hasselt	126.6	110.5
Gand	220.1	201.7	Namur	125.3	102.8
Ypres	215.1	195.1	Louvain	125.1	115.7
Courtrai	201.4	182.7	Nivelles	120.5	102.8
Termonde	188.1	177.9	Virton	119.2	103.8
Anvers	186.7	162.8	Bastogne	118.4	95.5
Bruges	177.6	165.2	Mons	115.9	92.9
Bruxelles	167.8	141.8	Thuin	115.3	99.6
Eecloo	163.3	143.9	Soignies	113.9	99.2
Thielt	161.4	160.0	Neufchâteau	113.0	90.0
Malines	153.5	144.2	Marche	112.3	92.3
Maeseyck	145.5	147.3	Waremme	110.3	98.8
Tongres	144.1	129.8	Dinant	109.4	92.4
Liége	143.5	1 2.5	Ath	104.4	91.8
Verviers	141.9	119.0	Huy	103.6	92.8
Alost	141.1	138.4	Philippeville	97.9	80.7
Charleroi	140.2	126.4			

(1) *Statistique internationale du mouvement de la population*, Paris, 1907, p. 469.

Décès d'enfants de moins d'un an pour 1,000 naissances.

Provinces.	Période 1891-1900 Proportion.	Période 1901-1910 Proportion.
Flandre occidentale	205.5	197.2
Flandre orientale	191.0	175.4
Anvers	170.2	151.4
Brabant	152.7	130.7
Limbourg.	136.9	125.9
Liége	135.7	116.2
Hainaut	124.9	109.1
Luxembourg.	119.1	100.9
Namur	117.3	96.9

Pour la mortinatalité, on constate un phénomène inverse. Ce sont les centres industriels qui sont les plus éprouvés.

Pour la période de 1891 à 1900, l'*Annuaire statistique* renseigne que, sur 1,000 naissances, il y a eu dans le Hainaut 54.3 mort-nés, dans la province de Liége 49.6, dans celle de Namur 49 3, dans le Brabant 46.1, dans le Luxembourg 45.5, dans le Limbourg 42.8, dans la Flandre orientale 40.6, dans la province d'Anvers 40.3 et dans la Flandre occidentale 38.6.

Pour le royaume, la proportion moyenne est de 44.9. Dans toutes les provinces, le nombre des enfants mort-nés illégitimes l'emporte sur celui des légitimes. Dans l'ensemble du pays, la proportion est de 43.3 pour les légitimes et de 61.4 pour les illégitimes.

Toutes les données qui précèdent se rapportent à la mortalité. Nous ne possédons aucun renseignement statistique concernant la morbidité qui atteint les enfants du premier âge. Mais il n'est pas douteux que, dans les régions où la mortalité infantile est particulièrement élevée, les mêmes causes, et surtout les maladies transmissibles ainsi que les affections gastro-intestinales, exercent leur néfaste influence sur l'état de santé des jeunes enfants.

D'autre part, pour apprécier tous les côtés déplorables de la situation, il faut ajouter, au nombre des mort-nés et à celui des décès d'enfants de moins d'un an, le nombre d'enfants rachitiques et pré-tuberculeux, qui échappent à la mort avec des tares pour toute la vie, tares qu'ils propagent dans leur famille et qu'ils transmettent ultérieurement à leurs descendants.

Ce serait un tort, en effet, de considérer la mortalité infantile comme l'application d'une loi générale de sélection, ayant pour conséquence de supprimer les enfants moins bien doués physiquement, pour ne laisser sub-

sister que les plus robustes. « Une preuve indirecte, dit M. Jacquart (1), que la mortalité infantile n'agit pas à l'instar d'un instrument de sélection, c'est le fait constaté ailleurs et que j'ai constaté également pour la Flandre, que de nombreux décès parmi les nourrissons (enfants de moins d'un an) ne mettent pas les enfants en bas âge, de 1 à 5 ans par exemple, à l'abri d'une mortalité excessive... c'est le contraire qui est vrai généralement... la mortalité des enfants de 1 à 5 ans est plus forte, et de beaucoup, dans la plupart des villes flamandes où les décès de nourrissons sont plus nombreux, que dans les villes wallonnes où les décès des nourrissons sont moins fréquents (p. 54). »

A quelles causes est due cette forte mortalité infantile en Belgique?

M. Jacquart s'est attaché à les dégager, pour l'année 1900, en ce qui concerne les deux Flandres (1).

Les renseignements statistiques que nous possédons au sujet des causes de décès ne peuvent, — nous l'avons déjà fait remarquer, — être utilisés qu'avec la plus grande réserve.

Néanmoins les résultats auxquels M. Jacquart aboutit concordent généralement avec les constatations du corps médical, consignées dans les rapports des commissions médicales. On peut donc les admettre comme se rapprochant suffisamment de la réalité.

Du travail de M. Jacquart résultent les conclusions suivantes :

« Pour l'arrondissement d'Ostende, la moitié à peu près des décès d'enfants de moins de 1 an est due à l'entérite et un tiers aux maladies aiguës des voies respiratoires. L'action des maladies épidémiques y est moins forte que ces autres causes de mort, qui proviennent évidemment en grande partie d'une alimentation défectueuse et de la négligence avec laquelle on donne aux enfants les soins que réclame leur état (page 81). La mesure dans laquelle les conditions climatériques et hydrologiques exercent une influence sur la santé des enfants est difficile à déterminer, mais il n'est pas douteux que cette influence existe, comme semble l'indiquer la proportion des décès dus aux maladies aiguës des voies respiratoires.

» La mortalité élevée de l'arrondissement de Roulers est due principalement aux maladies épidémiques et à l'entérite. Il faut ajouter que la statistique y accuse 26 p. c. des cas de décès dus au défaut de viabilité, ce qui s'explique par la natalité excessivement élevée et le travail industriel des femmes dans cet arrondissement.

» Pour Furnes et Dixmude, les renseignements sur les causes de décès sont insuffisants pour permettre des inductions sérieuses. Remarquons que, dans ces arrondissements, le tiers des décès de moins de 1 an se produit dans le premier mois de vie et qu'ils sont dus très probablement à l'abandon de l'allaitement maternel.

» Pour l'arrondissement de Gand, plus de la moitié des décès de nourris-

---

(1) *La mortalité infantile dans les Flandres*, Bruxelles, 1907.

sons est due à l'entérite. Les maladies des voies respiratoires — autre symptôme de la négligence avec laquelle on soigne les enfants — y sont relativement fréquentes (p. 82). »

Dans l'arrondissement de Saint-Nicolas, « proportion énorme de morts causées par l'entérite : 60 p. c. du total des causes connues; dans l'arrondissement de Courtrai 13 p. c. seulement. En ce qui concerne les maladies des voies respiratoires, la proportion est de 22 p. c. pour Saint-Nicolas et de 13 seulement pour Courtrai (pp. 82-83). »

On ne peut, ajoute M. Jacquart, expliquer, d'une manière générale, par l'insuffisance des ressources, la mortalité si élevée des enfants de moins d'un an :

« La distribution géographique du phénomène de la mortalité infantile sur le territoire des Flandres, met à néant cette explication simpliste. Son aggravation marquée de l'est à l'ouest est indépendante du degré de prospérité matérielle des diverses régions. Le butin de la mort est beaucoup plus riche dans les familles aisées du Furnes-Ambacht que parmi les populations ouvrières du pays d'Alost (p. 127). »

Dans le Luxembourg, où les ressources n'abondent pas, le taux de la mortalité des enfants de moins d'un an ne s'est élevé qu'à 11.94 p. c. pour la période de 1896 à 1900 et à 10.09 p. c. pour la période de 1901 à 1910.

« D'ailleurs, ajoute M. Jacquart, si l'on jette un coup d'œil sur l'Europe entière, on constate que le taux de la mortalité infantile se rapproche le plus du niveau, que l'on doit considérer comme normal, dans les pays pauvres mais sains, du Nord et du Midi. On trouve, en effet, les chiffres les moins élevés : en *Irlande*, 9 par 100 naissances; en *Norvège*, 10; en *Suède*, 10; en *Danemark*, 13; en *Grèce*, 13; en *Finlande*, 14. Viennent ensuite les pays de haute culture : l'*Angleterre*, 15; la *France* et la *Belgique*, 16; l'*Italie*, 18; la *Suisse* et la *Roumanie*, 19; les *Pays-Bas* et la *Prusse*, 20; le *Grand-Duché de Bade*, 22; le *Wurtemberg* et l'*Autriche*, 25; la *Bavière*, 27; la *Saxe*, 28. Vient enfin la *Russie* avec 29 (p. 14). »

Sans toutefois méconnaître que la misère puisse exercer une influence directe sur la mortalité infantile, les causes principales en sont autres. Les autorités sanitaires et les publicistes signalent parmi les principales d'entre elles :

L'influence des conditions climatériques et topographiques, la mauvaise qualité des eaux alimentaires, le taux de la natalité, les conditions physiologiques des nouveau-nés, les conditions économiques de vie des populations et l'organisation du travail industriel, l'insalubrité des logements, le degré de culture intellectuelle et morale et les mœurs locales, l'insuffisance de l'enseignement de l'hygiène, l'ignorance des mères en matière d'hygiène infantile, notamment en ce qui concerne l'alimentation rationnelle des jeunes enfants et les précautions à prendre pour mettre ceux-ci à l'abri des maladies des voies respiratoires, le manque de soins, les négligences coupables de certaines mères et des personnes chez lesquelles les enfants sont mis en garde.

Plusieurs de ces causes, surtout les dernières d'entre elles, agissent principalement sur la vie des enfants illégitimes. Peut-être faut-il ajouter, en ce qui concerne ces enfants, les conséquences ultimes de manœuvres abortives exercées durant la vie fœtale.

S'il est quelques-unes des causes précitées,—telle l'influence des conditions climatériques, à l'égard desquelles l'homme est désarmé,—pour la plupart et pour les plus meurtrières d'entre elles une énergique intervention des pouvoirs publics et de l'initiative privée peut entraîner les résultats les plus encourageants : on remarque, en effet, que la mortalité infantile décroît progressivement dans tous les pays où la lutte est systématiquement engagée et à mesure que les notions de l'hygiène infantile sont davantage répandues au sein des masses. Ce fait est d'autant plus compréhensible que la majeure partie des décès d'enfants de moins d'un an est due à la gastro-entérite, conséquence de leur alimentation défectueuse.

En Belgique même, bien qu'il soit prématuré de porter un jugement, ne peut-on espérer que la diminution de la mortalité infantile, qui se constate actuellement, soit due aux efforts déployés de toutes parts dans ces dernières années?

Le tableau ci-dessous permet d'apprécier la décroissance de la mortalité des enfants de moins d'un an dans la plupart des pays d'Europe, notamment au *Danemark*, en *Norvège*, en *Suède*, en *Finlande*, en *Suisse*, en *Bavière*, en *Saxe*, dans le *Wurtemberg* et le *Grand-Duché de Bade*, aux *Pays-Bas*, en *France* et en *Italie*.

Proportions annuelles moyennes de décédés de moins de 1 an pour 1,000 enfants nés vivants (1).

PÉRIODES.	Angleterre.	Écosse.	Irlande.	Danemark.	Norvège.	Suède.	Finlande.	Russie.	Autriche.	Hongrie.	Suisse.	Prusse.	Bavière.	Saxe.	Wurtemberg.	Bade.	Pays-Bas.	France.	Italie.	Roumanie.	Belgique.
1801—1805.	—	—	—	—	—	186	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1806—1810.	—	—	—	—	—	211	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	187	—	—	—
1811—1815.	—	—	—	—	—	192	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	185	—	—	—
1816—1820.	—	—	—	—	—	176	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	171	—	—	—
1821—1825.	—	—	—	—	—	159	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	144	—	—	—
1826—1830.	—	—	—	—	—	176	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	163	—	—	—
1831—1835.	—	—	—	—	—	167	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	183	—	—	—
1836—1840.	—	—	—	144	140	166	—	—	—	—	—	—	295	—	—	—	—	166	—	—	—
1841—1845.	—	—	—	136	118	154	—	—	—	—	—	—	296	—	—	—	—	155	—	—	149
1846—1850.	—	—	—	148	112	153	—	—	—	—	—	—	299	—	—	—	190	162	—	—	152
1851—1855.	156	—	—	134	105	149	—	—	—	—	—	—	308	253	—	—	190	166	—	—	152
1856—1860.	152	119	—	136	101	143	—	—	244	—	—	—	313	256	—	—	205	179	—	—	158
1861—1865.	151	120	—	137	106	136	—	—	258	—	—	—	332	270	—	—	197	179	—	—	165
1866—1870.	157	122	95	132	113	142	212	—	254	—	—	—	321	264	—	—	201	177	—	—	142
1871—1875.	153	127	95	137	108	134	170	269	264	—	198	—	320	287	329	278	210	178	—	191	151
1876—1880.	145	118	99	139	101	126	163	264	249	—	188	205	298	—	302	245	197	166	209	205	155
1881—1885.	139	118	94	134	99	116	161	267	252	—	171	207	287	282	280	234	181	167	195	179	156
1886—1890.	145	121	95	136	96	105	144	264	248	—	159	208	280	282	257	225	175	166	195	195	163
1891—1895.	150	126	102	139	98	103	143	275	245	250	155	204	272	280	254	222	165	170	184	219	164
1896—1900.	156	129	106	132	96	100	139	261	226	219	143	201	257	265	233	212	151	158	168	—	158
1901—1905.	138	—	98	119	—	—	130	—	—	212	134	190	240	246	217	202	136	139	167	—	148

(1) *Statistique internationale du mouvement de la population*. Paris, Imprimerie nationale, 1907.

Ce qui rend d'autant plus urgente la nécessité de se préoccuper de la protection de l'enfance, c'est la diminution de la natalité accusée par la statistique (voir tableau de la page 9).

« Il est opportun, disait M. le représentant Cousot, dans son rapport au sujet de la proposition de loi de M. Delbastée concernant l'assurance des enfants, de mettre en relief les deux facteurs — natalité en déficit, mortalité infantile considérable — qui règlent la marche de la population. De ces considérations apparaîtra plus urgente et plus légitime, plus impérieuse aussi, toute mesure d'hygiène sociale qui, restreignant les vides que fait la mortalité infantile, apportera un contrepoids au déficit croissant des naissances contre lequel, dans notre situation morale, il semble que nous sommes impuissants. Aux vies rares, on opposera la vie longue. Au fléchissement de la fécondité, on opposera les progrès de l'hygiène et de la morale qui épargnent les vies et leur assurent une plus longue durée. »

Nous venons de faire allusion aux efforts déployés dans ces dernières années. Donnons en un rapide aperçu.

En 1905, fut créée la « Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge », à laquelle S. A. R. la princesse Albert de Belgique accorda son haut patronage, faveur que, devenue Reine des Belges, S. M. daigna confirmer.

Cette ligue s'est livrée à une active propagande, notamment par la distribution de brochures intitulées : *Instructions aux mères*, et par voie de conférences.

Elle a organisé, en 1907, à Bruxelles, un congrès international des « gouttes de lait », fondé une école de puériculture et travaillé à la création de consultations de nourrissons.

Deux autres associations, la « Ligue de l'éducation familiale », fondée en 1899, et la « Société belge de pédotechnie », contribuent également à répandre les notions relatives à l'hygiène infantile, par la voie de conférences et par leur organe respectif : *La Revue de l'Education familiale* et le *Bulletin de la Société belge de pédotechnie*.

La première consultation de nourrissons a été fondée, en Belgique, en 1897. Bientôt après, d'autres œuvres semblables ont vu le jour et, à l'heure actuelle, 14 institutions de l'espèce fonctionnent dans l'agglomération bruxelloise et 4 autres dans la province de Brabant, 4 dans la Flandre occidentale, 2 dans la Flandre orientale, 1 dans la province d'Anvers, 6 dans le Hainaut, 4 dans la ville de Liége et 4 encore dans la province de ce nom.

Quelques consultations ont été instituées par des administrations locales. La plupart sont dues à l'initiative privée, mais souvent la commune leur alloue une subvention ou tout au moins met un local à leur disposition.

Il existe une cinquantaine de crèches dans le royaume, dont 17 dans l'agglomération bruxelloise, 2 à Louvain, 6 dans la province d'Anvers, 11 dans la province de Liége, 8 à Gand, 4 dans la province de Hainaut, et

une respectivement dans la Flandre occidentale et dans la province de Namur.

Les crèches de la ville de Liége sont des établissements communaux. Les autres crèches sont, en général, des œuvres privées, subsidiées par les communes.

Mentionnons encore l'existence de 3 crèches dues à l'intervention patronale : la crèche De Naeyer, à Willebroeck, la crèche Cockerill, à Seraing et la crèche Warocqué, à Mariemont.

De nombreuses administrations communales distribuent aux jeunes mariés des tracts contenant des indications appropriées concernant l'art d'élever les jeunes enfants.

Le Conseil communal de Gand a, par arrêté du 21 mars 1905, interdit l'emploi des biberons à long tube pour l'allaitement des enfants.

En 1907, des conférences sur l'hygiène infantile ont été organisées, à titre d'essai, par le Gouvernement, dans deux ressorts de commission médicale où la mortalité infantile est particulièrement élevée. Le succès qu'ont obtenu ces conférences a décidé le Gouvernement à en étendre progressivement le nombre et, depuis lors, des conférences sont annuellement organisées dans tous les arrondissements où la proportion des décès d'enfants de moins d'un an dépasse la moyenne du royaume.

L'enseignement de l'hygiène a été développé dans ces dernières années, spécialement les notions d'hygiène infantile, qui sont inculquées aux filles, âgées de plus de 14 ans, dans les écoles ménagères agricoles ainsi que dans quelques écoles professionnelles. Au cours d'une de ses dernières sessions, le Conseil supérieur de l'enseignement technique a proposé l'introduction de l'hygiène infantile dans les programmes des écoles ménagères des villes et des centres urbains.

Le programme pour les examens de sage-femme, approuvé par l'arrêté royal du 1er juillet 1908, comprend actuellement les notions essentielles de l'hygiène de la première enfance.

En vue de compléter, notamment sous ce rapport, l'éducation professionnelle des sages-femmes antérieurement diplômées, le Gouvernement, par circulaire du 4 juillet 1908, a invité les provinces à organiser, avec le concours des commissions médicales, des conférences pour les sages-femmes.

Pour montrer le prix qu'il attachait à leur institution, il a promis d'intervenir à concurrence de moitié dans la dépense.

Les provinces d'Anvers, de Brabant, de la Flandre occidentale, de la Flandre orientale, de Limbourg et de Liége ont répondu à cet appel.

En vertu de la loi du 4 août 1890, un règlement sur la vente du lait a été édicté, par arrêté royal du 18 novembre 1894 et modifié par arrêtés du 31 octobre 1898 et du 9 janvier 1899.

Afin d'établir une surveillance plus active et pour ainsi dire permanente

du commerce du lait, le Gouvernement a décidé, en 1909, de faciliter l'institution de services communaux d'inspection des denrées alimentaires, en prenant à sa charge les frais d'analyse des échantillons prélevés. Vingt-quatre communes ont, jusqu'à ce jour, répondu à l'appel du Gouvernement. En outre, ce système de contrôle est en voie d'organisation dans une quinzaine d'autres localités.

La loi du 26 décembre 1906 proclame la nullité de toute clause d'assurance ayant pour objet le payement d'une certaine somme d'argent en cas de décès d'enfants de moins de 5 ans ou en cas de naissance d'enfants mort-nés.

Elle punit, en outre, d'une amende de 26 à 500 francs, tout assureur qui a participé à la conclusion ou à l'exécution de pareil contrat d'assurance.

Signalons encore la loi du 13 décembre 1889 qui protège indirectement la vie et la santé de l'enfant. Elle a permis au Gouvernement de limiter d'une manière générale le travail des femmes âgées de moins de 21 ans, d'édicter certaines mesures protectrices en faveur de celles d'entre elles occupées à des besognes insalubres et d'interdire l'emploi des femmes à des travaux excédant leurs forces ou qu'il y aurait du danger à leur laisser effectuer.

Cette loi, qui défend d'employer des femmes de moins de 21 ans dans les travaux souterrains des mines, minières et carrières, a été complétée par celle du 5 juin 1911, en vertu de laquelle les femmes majeures ne pourront plus être employées aux travaux de fond dans un avenir rapproché.

D'autre part, la loi du 10 août 1911 interdit le travail de nuit à toutes les femmes, sans distinction d'âge, dans les entreprises industrielles où sont employées plus de dix ouvriers et ouvrières et, en général, dans tous les établissements soumis à la loi précitée du 13 décembre 1889.

Cette dernière loi interdit encore le travail des femmes, même majeures, pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement.

Mais, pour faire produire à cette disposition tous ses effets, il serait désirable de travailler à l'institution de mutualités maternelles, ayant pour but d'allouer aux affiliées une partie de leur salaire pendant la période des couches et de leur assurer ainsi qu'aux nouveau-nés les soins médicaux nécessaires.

La solution du problème de la mortalité infantile exige le concours de l'initiative privée, des administrations locales et du pouvoir central.

Pour ce qui le concerne, le Gouvernement est résolu à persévérer dans la voie dans laquelle il est entré, en vue de propager les notions de l'hygiène infantile par l'enseignement, par des conférences spéciales sur la matière et, comme le consacre l'article 9 du projet de loi, par l'allocation de subsides aux consultations de nourrissons et autres œuvres similaires.

Les pouvoirs qui lui seraient octroyés par l'article premier du projet de loi, lui permettront de combattre les affections épidémiques qui atteignent particulièrement l'enfance. Les dispositions des articles 2, 3 et 5 concourront également à ce but.

En vertu de l'article 1er, il lui sera encore possible d'intervenir pour assurer la salubrité des locaux, tels que maternités, maisons d'accouchement, crèches, garderies, pouponnières, etc., dans lesquels les enfants sont reçus en garde ou en nourrice.

Les articles 11 et 12 auront notamment pour effet de prévenir les infanticides résultant soit de manœuvres directes, soit du manque de soins.

Les enquêtes sanitaires, organisées en vertu du premier alinéa de l'article 21, porteront naturellement sur les communes où la mortalité infantile est élevée, puisque cette mortalité influence si fortement la mortalité générale.

Enfin, le Gouvernement propose, par les articles 6 à 8 du projet, de combler une importante lacune de notre législation, en assurant la surveillance et la protection des enfants mis en garde ou en nourrice hors du domicile de leurs parents ou tuteurs.

Les autorités sanitaires n'ont cessé de faire ressortir l'effrayante mortalité qui frappe ces enfants : dans leurs rapports, elles signalent fréquemment la manière déplorable dont ces petits êtres sont traités par des nourriciers mercenaires qui, le plus souvent, ne possèdent pas les premières notions indispensables à l'exercice de leur profession. En 1907, on a constaté, pour deux garderies établies à proximité de la capitale, que dans l'une 29 enfants sur 53, dans l'autre 28 enfants sur 29 avaient succombé en l'espace de quelques mois.

Ainsi que le faisait remarquer M. le baron de Royer de Dour, commissaire de l'arrondissement de Bruxelles, « des locaux sordides, un manque absolu de soins et d'élémentaire propreté, une nourriture détestable, tout y est réuni pour provoquer des accidents mortels ».

Emue par ces faits, la Ligue pour la protection de l'enfance du premier âge a, dans son assemblée générale de 1907, adopté à l'unanimité la résolution suivante :

« La Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge, estimant qu'il est de son devoir d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur une situation anormale et périlleuse au plus haut point, émet le vœu que, dans le plus bref délai possible, la législature soit saisie d'un projet de loi organisant une surveillance officielle des enfants au-dessous de trois ans mis en nourrice ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur légal. »

En *France,* la loi du 23 décembre 1874, concernant la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons, contient, comme principales dispositions, les suivantes :

Tout enfant, âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

Cette surveillance est confiée aux préfets, assistés d'un comité ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures à prendre. Des commissions lo-

cales peuvent être instituées par le préfet dans les parties du département où l'utilité en sera reconnue, pour concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants. En outre, un ou plusieurs médecins peuvent être chargés de l'inspection médicale des enfants en nourrice ou en garde.

Est soumise à la surveillance instituée par la loi toute personne ayant un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, placés chez elle moyennant salaire, ainsi que les bureaux de placement et tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants.

Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire, est tenue d'en faire la déclaration à la mairie.

Celle qui veut se procurer un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, doit se munir préalablement des certificats exigés par les règlements pour indiquer son état civil et justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde.

Toute personne qui désire se placer comme nourrice, est obligée d'avoir un certificat du maire, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme.

Un règlement d'administration publique détermine le mode d'organisation du service de surveillance et règle les mesures d'exécution de la loi.

En *Hongrie*, d'après la loi du 3 avril 1876, organique de l'hygiène publique, toute personne qui veut se charger d'allaiter des nouveau-nés ou de garder chez elle des enfants pour les soigner, doit en faire la déclaration aux autorités de la commune. Celles-ci ne peuvent donner l'autorisation qu'après avoir fait constater, par un médecin, que l'état de santé de la nourrice est satisfaisant et que les locaux où seront placés les enfants sont conformes aux préceptes de l'hygiène. Dans le cas contraire, elles refusent l'autorisation et transmettent rapport à ce sujet au conseil d'hygiène, qui statue.

Une femme ne peut allaiter plus d'un nourrisson à la fois.

Les autorités communales doivent inscrire dans un registre le nom des enfants mis en nourrice dans leur localité.

Le médecin communal et, là où il n'y en a pas, un membre des autorités locales à ce désigné, doit contrôler, par des inspections fréquentes, la conduite des nourrices, l'alimentation des enfants, leur état de santé et faire rapport aux autorités.

Toute personne astreinte à soigner un enfant, soit en vertu d'une disposition légale, soit par suite d'une convention librement consentie, a l'obligation, sous peine d'amende et même d'emprisonnement, d'appeler un médecin au plus tôt, si l'enfant malade est âgé de moins de sept ans.

En *Suède*, la loi du 6 juin 1902 impose à la commission d'hygiène et à l'autorité locale, et subsidiairement à une commission spécialement nommée à cet effet, la charge de surveiller les nourrissons ainsi que les enfants de moins de 7 ans qui, moyennant salaire, sont élevés par d'autres personnes que les parents, beaux-parents, aïeux ou tuteurs légaux.

Les personnes qui reçoivent des enfants en nourrice ou en garde doivent en informer l'autorité locale.

Celle-ci, de même que la commission spéciale chargée de la surveillance des enfants, peut retirer les enfants de chez les personnes inaptes à les bien élever; elle peut de même défendre à ces personnes de recevoir d'autres enfants.

A moins d'autorisation spéciale, une personne ne peut garder à la fois plus de deux enfants âgés de moins d'un an.

En *Norvège*, la loi du 29 avril 1905 règle la surveillance à exercer par les commissions d'hygiène sur les nourrissons et les enfants plus âgés qui sont confiés à des mercenaires.

Les communes peuvent décider que seules sont admises à recevoir, moyennant salaire, des enfants en nourrice ou en garde, les personnes qui en auront obtenu l'autorisation de la commission d'hygiène. Dans chaque cas, cette commission doit rechercher si les garanties offertes sont suffisantes. Dans l'affirmative, une personne de la localité, homme ou femme, est chargée d'exercer une surveillance sur la manière dont l'enfant est élevé. A Christiania, des inspectrices ont été spécialement désignées pour exercer cette surveillance.

Si la commission d'hygiène juge qu'un enfant n'est pas suffisamment bien soigné, elle peut le reprendre et le confier à une autre personne.

En *Espagne*, la loi du 12 août 1904 règle la protection des enfants âgés de moins de 10 ans et spécialement la surveillance des nourrissons confiés à des mercenaires ou gardés dans une crèche, une école, un atelier, un asile, etc.

Les parents qui confient l'allaitement ou la garde de leurs enfants à une personne ne vivant pas sous leur toit, doivent en faire la déclaration à l'autorité.

Toute femme, qui veut être nourrice, doit présenter à l'autorité un document renfermant l'indication : de son état civil, de son état de santé, de sa conduite et de ses conditions physiques, de l'autorisation maritale, si elle est mariée, et de la naissance de son enfant, afin que l'on connaisse si elle l'a eu depuis plus de six mois et moins de dix; dans ce cas, le certificat doit aussi constater que cet enfant est bien nourri par une autre femme.

Les nourrices, qui ne vivent pas dans la famille de leur nourrisson, sont visitées périodiquement par des médecins-inspecteurs,

Des commissions locales sont chargées de surveiller d'une façon périodique les enfants mis en nourrice, de s'assurer que les nourrices tiennent les documents précités qui leur sont nécessaires pour exercer leur emploi, de veiller à la stricte observation des dispositions sanitaires et du bon ordre intérieur dans tout ce qui est relatif à la vie des enfants âgés de moins de 10 ans recueillis dans les crèches, asiles, ateliers, etc.

La loi prévoit la publication d'un règlement d'exécution, dont l'élaboration est confiée au conseil supérieur de la protection de l'enfance.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 27 juin 1906 donne au Grand-Duc le droit de déterminer, par un règlement d'administration publique, les prescriptions concernant la protection des enfants du premier

âge. Ce règlement, approuvé par arrêté du 7 septembre 1907 et complété par des instructions ministérielles du 18 novembre de la même année, s'inspire, dans la plupart de ses dispositions, de la législation française.

En *Angleterre*, le *Children Act* de 1908 renforce les prescriptions antérieurement édictées par l'*Act* de 1897, lequel avait remplacé l'*Infant Life protection Act*, de 1872. La loi de 1908, applicable également à l'Irlande, comprend les dispositions suivantes :

Toute personne qui entreprend, moyennant salaire, et en dehors de l'habitation des parents, la garde d'enfants âgés de moins de 7 ans, doit en aviser l'autorité locale.

De même, information du départ ou du décès de ces enfants doit être adressée à l'autorité.

Tout décès est suivi d'une enquête, sauf en cas de production d'un certificat spécifiant la cause du décès et émanant du médecin qui a soigné l'enfant pendant sa dernière maladie.

L'autorité locale a l'obligation de charger des personnes, de l'un ou de l'autre sexe, de visiter de temps à autre les enfants reçus en nourrice ou en garde, en vue de s'assurer de la manière dont ils sont traités et de donner les avis et conseils nécessaires pour bien les élever.

L'autorité locale a le droit de fixer le nombre maximum d'enfants qui peuvent être reçus dans une même maison. Sur réquisition d'un visiteur, elle a le pouvoir de retirer les enfants qui se trouvent dans un local surpeuplé, dangereux ou insalubre ou qui sont gardés par une personne qui a contrevenu à la loi ou qui est jugée inapte à élever des enfants pour cause de négligence, d'ignorance, d'intempérance, d'immoralité ou de conduite criminelle.

En *Suisse*, les cantons de Bâle-Ville, Genève, Neuchâtel, Saint-Gall, Vaud et Zurich ont édicté des dispositions qui placent sous la surveillance des autorités sanitaires les jeunes enfants placés en pension ou en nourrice.

Des prescriptions analogues existent encore dans plusieurs législations d'Amérique : *Ontario*, loi du 13 avril 1897; *Massachusetts*, loi du 25 avril 1900, et d'Australie : *Tasmanie*, loi du 13 août 1891.

Au *Portugal*, un projet de loi sur la protection de l'enfance est soumis au Parlement.

S'inspirant des principes qui ont dicté les dispositions des législations étrangères dont nous venons de donner la brève analyse, les articles 6 à 8 du projet organisent la surveillance des enfants mis en garde ou en nourrice, moyennant salaire, hors du domicile de leurs parents ou tuteurs.

Art. 6.

Nul ne peut recevoir en nourrice ou en garde, moyennant salaire, des enfants âgés de moins de 7 ans, sans une autorisation du Collège échevinal, qui ne l'accordera qu'après s'être assuré que le requérant offre toutes les garanties désirables.

La décision du Collège, qui est toujours révocable, indique les conditions auxquelles l'autorisation est subordonnée et mentionne notamment le nombre des enfants qui peuvent être reçus eu égard aux locaux et au personnel de garde.

Il est ouvert aux inspecteurs d'hygiène ainsi qu'aux intéressés un recours auprès de la députation permanente du conseil provincial contre les décisions du collège échevinal.

L'article 6 subordonne à une autorisation du Collège échevinal l'acceptation en nourrice ou en garde, moyennant salaire, des enfants âgés de moins de 7 ans.

Ce que vise cette disposition, à l'exemple de la législation étrangère, c'est, en fait, l'exercice de la profession de nourrice et celle de gardien d'enfants, en dehors du domicile ou de la résidence des parents.

Les termes, par lesquels débute l'article 6, sont fort généraux : ils ne font aucune distinction en ce qui concerne le mode d'alimentation des nourrissons : que l'allaitement soit naturel, artificiel ou mixte, peu importe du moment que l'enfant se trouve élevé ou gardé, moyennant salaire, dans une habitation autre que le foyer familial.

Ils ne font pas davantage de distinction entre la garde temporaire, intermittente des enfants et leur garde permanente : ils s'appliquent donc également aux crèches, pouponnières et autres institutions similaires où l'enfant n'est reçu que pendant une partie de la journée.

Mais il faut, en toute hypothèse, que la garde de l'enfant ne soit consentie que « moyennant salaire », sans que l'on puisse établir de distinction d'après la nature ou l'importance de la rémunération.

En France, un mouvement assez intense s'est dessiné dans ces dernières années pour élargir davantage la portée de la loi. On voudrait supprimer du texte de celle-ci les mots : « moyennant salaire » ou, tout au moins, étendre l'application de la loi à tout enfant en nourrice hors du domicile paternel, ainsi qu'aux enfants qui bénéficient des secours de l'assistance publique.

Il ne semble cependant pas que les situations puissent être assimilées. Il serait excessif, par exemple, de soumettre à l'application de la loi un enfant élevé, en dehors de la maison paternelle, par sa grand'mère, une tante ou une autre parente.

D'autre part, les enfants recueillis par les administrations hospitalières doivent normalement être surveillés par ces administrations, lesquelles, du reste, dépendent de l'autorité communale.

Quant aux œuvres qui, dans un but de charité, s'établiraient pour la garde des enfants en bas âge, sans réclamer de rémunération quelconque de ce chef, elles seront soumises à la surveillance des inspecteurs d'hygiène, en vertu de l'article 29 du projet.

La résolution de la *Ligue nationale belge* pour la protection de l'enfance, dont nous avons donné le texte ci-dessus, ne vise d'ailleurs que les mercenaires : cela résulte des considérants qui l'accompagnent.

Jusqu'à quel âge convient-il de continuer la protection spéciale de l'autorité sur les enfants élevés hors de la garde de leurs parents?

La *loi française* et l'arrêté *luxembourgeois* le fixent à 2 ans. Par contre, en *Angleterre* et en *Suède*, l'âge est de 7 ans et en *Espagne* il est de 10 ans.

Le tableau suivant indique les moyennes de décès par âge, en dessous de 10 ans, en Belgique :

Moyennes annuelles de décès par âge en dessous de 10 ans.

AGE AU MOMENT DU DÉCÈS.	1841 à 1850	1851 à 1860	1861 à (1) 1870	1871 à (1) 1880	1881 à 1890	1891 à 1900	1901 à 1905	1906	1907	1908	1909
Moins d'un an.	19,528	21,294	25,851	23,860	28,025	30,006	28,581	28,520	24,522	27,055	24,269
De 1 à 2 ans.	7,686	8,169			7,392	6,772	5,903	5,861	5,038	5,825	5,468
De 2 à 3 —	3,980	3,540	18,576	21,006	3,396	2,959	2,408	2,217	2,092	2,292	2,285
De 3 à 4 —	2,535	2,218			2,113	1,874	1,512	1,390	1,352	1,465	1,468
De 4 à 5 —	1,782	1,561			1,505	1,325	1,069	1,049	1,024	1,051	1,088
De 5 à 6 —	1,350	1,180			1,060	954	807	799	735	874	786
De 6 à 7 —	1,103	955			750	690	566	572	600	642	569
De 7 à 8 —	960	808	5,417	4,306	598	545	469	412	462	501	518
De 8 à 9 —	844	697			479	438	384	388	383	396	438
De 9 à 10 —	807	634			459	395	351	338	341	331	355

Si la léthalité est fort élevée durant la première année de la vie, elle reste anormale pendant les quelques années suivantes et il semble que cette mortalité excessive puisse être attribuée à certaines des causes qui atteignent la première enfance.

Elle se constate, en effet, spécialement dans les régions où la mortalité des enfants de moins de 1 an est la plus forte. C'est ainsi que les décès d'enfants de 1 à 5 ans sont beaucoup plus nombreux dans les villes flamandes, où la mortalité des enfants de moins de 1 an est plus élevée, que dans les villes wallonnes, où les décès d'enfants de cet âge sont moins fréquents.

Dans le vœu qu'elle a émis en 1907 et que nous avons reproduit plus haut (p. 64), la *Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance* ne réclame l'organisation de la surveillance officielle que pour les enfants au-dessous de 3 ans.

Il nous a néanmoins paru justifié d'étendre davantage cette limite, de la reculer jusqu'à l'âge de7 ans, de manière à dépasser quelque peu l'âge minimum d'entrée à l'école primaire, fixé à 6 ans par l'arrêté royal du 31 juillet 1897.

De cette manière, les enfants en garde hors du foyer paternel, ne seront,

(1) De 1867 à 1878, les relevés des décès ont été dressés non d'après l'âge réel au moment du décès, mais d'après l'année de la naissance. Les chiffres donnés pour les périodes 1861 à 1870 et 1871 à 1880 ne correspondent donc pas exactement aux libellés de la première colonne.

en général, soustraits à la protection spéciale instituée par les articles 6 à 8 du projet de loi, que pour retomber sous la surveillance de l'inspection médicale scolaire organisée en vertu de l'article 23 du même projet.

L'autorisation doit émaner du Collège échevinal de la résidence de la nourrice ou du gardien, puisque c'est ce Collège qui est appelé à inspecter les locaux et à surveiller les enfants qui y seront reçus.

En cas de changement de commune, une nouvelle autorisation devra être sollicitée du Collège échevinal de la localité d'arrivée.

En cas de cession d'un établissement, l'autorisation, personnelle de sa nature, vient à cesser : une autorisation devra être obtenue par le nouvel occupant.

L'enquête du Collège portera, d'une part, sur la moralité du requérant et sur ses aptitudes professionnelles, d'autre part, sur la salubrité des locaux.

Les conditions auxquelles sera subordonnée l'autorisation, viseront tout naturellement l'entretien en bon état de ces locaux, les précautions à prendre pour protéger la santé des enfants, la surveillance à exercer sur le personnel de garde, etc.

L'autorisation du Collège échevinal pourra toujours être retirée : cette révocabilité constitue une sanction suffisante de l'observation des prescriptions qui seront imposées aux intéressés. Elle ne fait, du reste, pas obstacle à l'application des peines prévues par l'article 31, en cas d'inobservation des dispositions réglementaires édictées en vertu de l'article 35, pour l'exécution des articles 6 à 8 du projet.

D'autre part, un droit d'appel est ouvert aux intéressés ainsi qu'à l'inspecteur d'hygiène contre toute décision du Collège échevinal : cette stipulation est de nature à éviter tout excès de rigueur comme toute marque de faiblesse de la part des autorités locales.

Art. 7.

Les nourrices et gardiens visés à l'article 6 doivent, endéans les vingt-quatre heures de la réception ou du départ d'un enfant, en donner avis au bourgmestre.

Il est tenu, à l'administration communale, un registre spécial pour y consigner les déclarations prescrites par l'alinéa précédent.

Actuellement, les enfants reçus en nourrice ou en garde continuent à être domiciliés dans la commune du domicile de leur père ou tuteur. Ils ne peuvent être considérés comme ayant une seconde résidence et, par conséquent, ils ne sont pas inscrits aux registres de la population de la commune où ils séjournent effectivement.

L'article 7 vient combler cette lacune en prescrivant la tenue d'un registre spécial, qui facilitera la surveillance à exercer par le Collège échevinal et par l'inspection d'hygiène.

Il oblige, d'autre part, les nourrices et les gardiens à informer l'administration communale de l'arrivée et du départ de tout enfant.

En cas de décès, la déclaration devra en être faite conformément aux prescriptions de l'article 78 du code civil. Il sera utile d'en faire mention sur le registre prescrit par l'article 7 : ce point, ainsi que tous les autres relatifs à l'application des articles 6 à 8, seront réglés en vertu de l'article 35 du projet de loi.

ART. 8.

Les enfants âgés de moins de sept ans, mis en nourrice ou en garde moyennant salaire, sont placés sous la surveillance du collège échevinal.

Le conseil communal désigne un médecin chargé de les visiter périodiquement et au moins une fois par mois, et de s'assurer qu'ils reçoivent tous les soins nécessaires.

Après chaque inspection, le médecin adresse au collège un rapport dont copie est transmise à l'inspecteur d'hygiène de la circonscription.

De même que dans plusieurs lois étrangères, le projet confie la surveillance des enfants en nourrice ou en garde à l'autorité locale, assistée, à cet effet, d'un médecin.

Il a paru nécessaire d'indiquer, dans la loi, que le médecin devra visiter les enfants au moins une fois par mois. Le Collège pourra faire ou prescrire au médecin de faire des visites plus fréquentes : celles-ci auront particulièrement leur raison d'être, par exemple, à l'arrivée d'un nourrisson ou en cas de maladie ou de décès d'un enfant, ou bien encore lorsqu'une épidémie infantile règne dans la localité.

A la suite de chacune de ses visites, le médecin adressera un rapport au collège et copie de ce rapport devra être transmise à l'inspecteur d'hygiène de la circonscription : ce dernier sera ainsi davantage en mesure de veiller à l'application des dispositions des articles 6 à 8 du projet.

ART. 9.

Des subventions sont accordées, dans les conditions à déterminer par arrêté royal, aux consultations de nourrissons et autres œuvres, publiques ou privées, de protection de la première enfance.

Un crédit pour la protection de l'enfance du premier âge a été, pour la première fois, inscrit au budget de l'exercice 1906.

Ce crédit, qui s'élevait primitivement à 2.000 francs, a été successivement porté à 5,000 francs en 1908, à 10,000 francs en 1910 et à 25,000 francs en 1911.

Il est destiné à encourager la propagande des sociétés qui s'occupent de la protection de la première enfance, à organiser des conférences sur l'hygiène infantile et à subsidier les consultations de nourrissons.

Les conférences sur l'hygiène infantile sont données par des médecins, désignés par la commission médicale provinciale. En 1910, leur nombre a été de 270.

D'après les dites commissions, ces conférences ont, en général, obtenu un très grand succès.

La circulaire du 17 février 1908 indique les conditions auxquelles est subordonnée l'intervention de l'État en faveur des consultations de nourrissons :

« Les principes généraux, dit cette circulaire, qui guident les pouvoirs publics en matière d'assistance veulent que la distribution des secours aux indigents rentre dans le rôle propre des bureaux de bienfaisance. Il appartient donc aux administrations locales de participer aux dépenses faites par les consultations de nourrissons, notamment en vue de leur permettre de distribuer des aliments, et principalement du lait, aux mères et aux petits enfants pauvres.

» Mon département ne peut subsidier les consultations de nourrissons qu'en raison de la propagande qu'elles font pour diffuser les notions de l'hygiène infantile et plus particulièrement de leurs efforts pour combattre l'ignorance et les préjugés concernant l'alimentation des nouveau-nés. Mais il ne doit intervenir qu'à bon escient, c'est-à-dire en faveur des œuvres ayant un service médical sérieusement organisé.

» Au surplus, il est désirable, afin que les consultations produisent le maximum d'effet utile, qu'il y ait de l'unité dans leur action et que les progrès réalisés dans le fonctionnement de l'une d'elles soient immédiatement appliqués dans les autres.

» J'ai donc décidé... que des subsides ne seront accordés qu'aux consultations qui se soumettront à l'inspection de mon département.

» Les demandes de subsides devront être accompagnées : 1° du compte des recettes et dépenses de l'année écoulée ; 2° d'un rapport sur l'activité déployée et les résultats obtenus pendant l'exercice précédent... »

Dans la suite, il a été stipulé que, pour recevoir un subside sur les fonds de l'État, les consultations devaient instituer un comité de dames chargées de visiter les nouveau-nés à domicile, afin de s'assurer comment les mères mettent en pratique les utiles conseils qu'elles reçoivent et de contribuer, par une propagande plus active, à la vulgarisation des notions de l'hygiène infantile.

Les résultats obtenus au cours de ces dernières années sont des plus encourageants.

« Dans ce domaine, qui appartient essentiellement à la liberté des familles et à l'initiative privée, dit le Conseil supérieur d'hygiène, l'intervention officielle par des subventions est la seule qui soit pratique et légitime. » Aussi le Gouvernement, conformément à l'avis dudit Conseil, propose-t-il de consacrer, par une disposition spéciale de la loi sanitaire, le principe de l'octroi de subsides aux consultations de nourrissons et autres œuvres, publiques ou privées, de protection de la première enfance.

Les conditions auxquelles seront subordonnés ces subsides, seraient déterminées par arrêté royal, en tenant compte de l'expérience acquise au cours de ces dernières années et de manière à établir l'égalité de toutes les œuvres devant l'intervention de l'Etat.

Prophylaxie de la tuberculose.

Art. 10.

Des subventions sont accordées, dans les conditions à déterminer par arrêté royal, aux dispensaires anti-tuberculeux et autres œuvres, publiques ou privées, de prophylaxie de la tuberculose.

De toutes les maladies transmissibles qui affectent l'état sanitaire des populations, la tuberculose est, sans contredit, la plus meurtrière.

A la vérité, les données statistiques que nous possédons ne permettent pas d'évaluer, d'une manière suffisamment précise, le nombre de ses victimes. Pour cette affection, plus que pour les autres maladies, les statistiques obituaires ne peuvent être tenues pour exactes : un seul point est certain, c'est que les chiffres qu'elles accusent sont inférieurs à la réalité. Quant à la morbidité, elle échappe à tout contrôle.

Le tableau qui suit résume les renseignements contenus dans l'*Annuaire statistique* au sujet des décès causés par la tuberculose ainsi que par les autres maladies chroniques de la poitrine en Belgique :

Périodes ou années.	Phtisie.	Affections tuberculeuses.			Totaux.	Proportions pour 100 décès.
1851—1860	15,256	859			16,115	15.84
1861—1869	13,765	1,750			15,515	13.83
	Phtisie.	Autres maladies chroniques de la poitrine.				
1870	18,413				18,413	15.52
1871—1880	17,642				17,642	14.65
1881—1890	17,434				17,434	14.57
1891—1900	9,870	7,427			17,297	14.04
1901	9,186	6,525			15,711	13.53
1902	9,077	6,527			15,604	13.08
	Tuberculose des poumons.	Tuberculose des méninges.	Autres(1) tuberculoses.	Bronchites chroniques.		
1903	7,586	655	1,441	4,418	14,100	11.98
1904	7,716	700	1,458	4,070	13,944	11.68
1905	7,701	797	1,376	4,023	13,897	11.74
1906	7,647	627	1,351	3,794	13,419	11.30
1907	7,377	624	1,432	3,862	13,295	11.52
1908	7,463	713	1,435	3,874	13,485	11.06
1909	7,590	715	1,297	3,462	13,064	11.11

(1) Comprend la tuberculose du larynx, la tuberculose abdominale, le mal de Pott, l'abcès froid et par congestion, les tumeurs blanches, la tuberculose d'autres organes et la tuberculose généralisée.

En ce qui concerne l'Étranger, le tableau suivant a été dressé par l'Office international d'hygiène au moyen des documents statistiques des divers pays intéressés.

Décès par tuberculose. — Statistique comparée.

Proportions par 1.000 habitants (*a*).

ÉTATS	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Allemagne (1)	*2,06*	*1,93*	*1,87*	*1,87*	*1,82*	*1,79*	*1,60*	*1,57*	»
Australie	*0,91*	*0,92*	*0,91*	*0,90*	*0,88*	*0,80*	*0,78*	*0,74*	*0,76*
Autriche	*3,54*	*3,34*	*3,37*	*3,36*	*3,31*	*3,59*	*3,14*	»	»
Belgique	*1,36*	*1,35*	*1,31*	1,12	1,36	1,37	1,32	1,28	»
Chili	—	—	—	*2,45*	*2,78*	*2,01*	*2,71*	*2,34*	*2,59*
Danemark (2)	2,15	2,07	2,00	1,94	2,03	2,07	»	»	»
Égypte	—	1,91	2,08	1,92	1,95	1,84	1,68	1,77	1,88
Espagne	1,98	2,02	1,93	1,87	1,99	1,87	1,88	»	»
États-Unis d'Amérique	2,01	1,96	1,84	1,89	2,01	1,93	1,84	1,83	1,73
Finlande	*2,97*	*2,82*	*2,92*	*2,87*	*2,99*	*3,11*	*2,73*	*2,80*	»
France	3,48	3,25	3,27	3,25	3,25	3,22	3,28	3,38	»
Grande-Bretagne et Irlande	*1,46*	*1,38*	*1,34*	*1,32*	*1,36*	*1,26*	*1,26*	*1,24*	»
Hongrie	*3,78*	*3,65*	*3.83*	*3,87*	*3,89*	*4,41*	*3,87*	*3,86*	*3,70*
Italie	1,86	1,71	1,59	1,60	1,59	1,61	1,60	1,62	»
Japon	*1,32*	*1,36*	*1,43*	*1,44*	*1,46*	*1,59*	*1,55*	*1,53*	»
Norvège	*2,89*	*2,53*	*2,49*	*2,58*	*2,54*	*2,61*	»	»	»
Pays-Bas	—	1,93	1,87	1,88	1,84	1,79	1,77	»	»
Russie (3)	0,21	0,22	»	»	»	»	»	»	»
Serbie	*2,58*	*2,43*	*2,65*	*2,77*	*2,76*	*3,32*	»	»	»
Suède	3,00	3,04	2,95	2,87	2,99	3,03	2,65	2,60	»
Suisse	2,72	2,65	2,61	2,64	2,67	2,57	2,53	2,50	»

Proportions pour 100 décès de toutes causes (*a*).

ÉTATS	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Allemagne (1)	*8,80*	*8,78*	*9,06*	*8,79*	*9,17*	*8,92*	*8,82*	*8,73*	»
Australie	*7,75*	*7,63*	*7,36*	*7,47*	*8,06*	*7,46*	*7,33*	*6,88*	*7,00*
Autriche	*13,99*	*13,93*	*13,65*	*14,14*	*13,98*	*14,36*	*14,01*	»	»
Belgique	*7,06*	*7,91*	*7,60*	6,61	8,10	8,34	8,09	8,17	»
Chili	—	—	—	*9,09*	*9,68*	*6,22*	*8,24*	*7,91*	*8,21*
Danemark (2)	13,69	12,66	13,66	12,78	13,20	12,78	»	»	»
Égypte	—	—	—	6,17	5,28	5,51	5,07	4,95	5,89
Espagne	6,87	7,31	7,43	7,49	7,72	7,26	»	»	»
États-Unis d'Amérique	11,46	11,88	11,58	11,72	12,11	11,97	11,47	11,15	11,32
Finlande	*13,83*	*13,73*	*15,86*	*16,09*	*16,90*	*16.00*	*15,45*	*15,64*	»
France	14,79	14,43	15,88	16,25	16,08	15,96	15,91	16,00	»
Grande-Bretagne et Irlande	*7,96*	*8,09*	*8,19*	*8,35*	*8,26*	*8,14*	*8,09*	*8,11*	»
Hongrie	*14,06*	*14,38*	*14,25*	*14,85*	*15,71*	*15,88*	*15,49*	*15,23*	14,90
Italie	7,84	7,79	7,24	7,20	7,90	7,80	8,07	8,18	»
Japon	*6,58*	*6,67*	*6,85*	*7,25*	*6,32*	*7,28*	*7,84*	*7,37*	»
Norvège	*13,99*	*13,02*	*13,63*	*13,37*	*13,82*	*15,76*	*14,54*	*14,20*	»
Pays-Bas	9,18	7,97	8.14	8,47	8,12	8.86	9,04	8,88	»
Russie (3)	0,75	0,81	(11,33)	(12,26)	(12,79)	(11,60)	(11.84)	(11,04)	»
Serbie	*11,02*	*11,57*	*11,91*	*12,03*	*13,14*	*13.70*	*11,94*	»	»
Suède	19,22	19,82	20,78	20,01	20,07	19,02	19,82	19,45	»
Suisse	14,11	14,73	15,20	15,03	15,06	15,18	15,05	14,89	»

(*a*) NOTA. — Les chiffres en italique correspondent à la *tuberculose pulmonaire* seulement.

(1) Pour les années 1900 à 1903 les proportions se réfèrent à dix États confédérés, représentant 94 p. c. de la population de l'Allemagne, pour les années 1904 et 1905, à 23 et, pour les années 1906 et 1907, à 24, sur les vingt-six États de l'Empire (*Manquent le Mecklembourg-Schwerin et le Mecklembourg-Strelitz*).

(2) Non compris les îles Feroé et l'Islande; les proportions ne se réfèrent qu'à la population urbaine.

(3) Les proportions concernant les années 1900 et 1901 se réfèrent à la Russie d'Europe, la Sibérie, le Caucase et l'Asie centrale; à un petit nombre de villes de la Russie d'Europe et à celles de la Pologne, de 1902 à 1907.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces renseignements statistiques, l'on admet communément que la mortalité par tuberculose pulmonaire est depuis trente ou quarante ans en voie de recul dans la généralité des pays.

Les causes de cette régression sont multiples. Parmi les plus importantes, on peut signaler l'assainissement des habitations et des agglomérations, l'augmentation du bien-être, l'amélioration des conditions du travail industriel, la vulgarisation des préceptes de l'hygiène et spécialement des notions relatives à la prophylaxie de la tuberculose, la diminution de l'abus des boissons alcooliques, enfin les mesures prises à l'égard des tuberculeux en vue, d'une part, de les soigner, de les éduquer, de les guérir, d'autre part, de mettre leurs proches à l'abri de l'infection.

La législation étrangère ne contient que peu de dispositions ayant directement trait à la prophylaxie de la tuberculose.

En *Norvège*, la loi du 8 mai 1900 prescrit la déclaration des cas de tuberculose, astreint le malade et son entourage à suivre les prescriptions qui seront données par le médecin traitant afin d'éviter la contagion, impose la désinfection en cas de décès ou de départ du malade.

Les commissions sanitaires sont autorisées à défendre aux tuberculeux de prendre part à la préparation des aliments, d'entrer en service comme nourrices ou bonnes d'enfants, de vendre le lait provenant de vaches soignées par des tuberculeux.

Le Roi, de son côté, peut édicter des mesures pour prévenir la contagion dans les locaux où se forment de grands rassemblements de personnes.

Au *Danemark*, la loi du 14 avril 1905 impose aux médecins l'envoi d'un rapport sur les cas de tuberculose des poumons ou du larynx qu'ils ont à soigner. Elle prescrit la désinfection en cas de décès ou de départ d'un malade tuberculeux.

Les commissions de santé ont le droit de déterminer les précautions à prendre par les tuberculeux, pour éviter la contagion, sans toutefois pouvoir les obliger à abandonner leur profession ou cesser la vie commune entre conjoints. Elles peuvent également défendre aux femmes atteintes de tuberculose d'être nourrices mercenaires.

La loi édicte encore des prescriptions détaillées concernant les écoles et les hospices d'indigents et de vieillards ; elle prévoit enfin le traitement, aux frais de l'Etat, dans un hôpital pour tuberculeux, des militaires reconnus atteints de la maladie.

Une autre loi de la même date autorise l'Etat à subventionner les établissements destinés au traitement de la tuberculose, qui se soumettent à l'inspection gouvernementale.

Dans le *Grand-duché de Luxembourg*, la loi du 27 juin 1906, qui impose aux communes l'obligation d'édicter des dispositions pour combattre la propagation des maladies transmissibles, a été, par arrêté du 21 août 1908, rendue applicable à la tuberculose pulmonaire ou laryngée suivie de décès.

En *France*, la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire a été rendue

facultative, en vertu du décret du 10 février 1903. Le même décret prévoit la désinfection « après entente avec les intéressés ».

En *Suisse*, quelques cantons, notamment ceux de Lucerne et de Berne, ont pris des mesures contre la tuberculose; celles-ci comprennent la déclaration obligatoire soit des cas de décès par tuberculose, soit des cas de tuberculose dangereux pour l'entourage du malade.

Au *Portugal*, la déclaration est également obligatoire.

Il en est de même dans l'*État de New-York*.

En *Angleterre*, depuis 1911, un règlement du *Local Government Board* prescrit à tout médecin d'hôpital, de dispensaire ou d'institution similaire, de déclarer tout cas de tuberculose pulmonaire qu'il constate parmi les malades internés ou soignés dans l'établissement. Les Conseils peuvent, en suite de cette déclaration, prendre des mesures de désinfection et fournir au malade l'assistance nécessaire pour diminuer les risques de la contagion.

En *Écosse*, les municipalités sont autorisées à rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose ouverte et à prescrire l'isolement des malades.

Nombreux et complexes sont les problèmes qui se rattachent au traitement des tuberculeux et à la prophylaxie de la tuberculose.

D'une manière permanente dans ces dernières années, ils ont été étudiés par les savants, les associations, les instituts de tous les pays, — exposés tant dans les revues générales de médecine et d'hygiène que dans les publications spéciales, — discutés enfin dans les congrès, les conférences et les assemblées scientifiques.

En ce qui concerne l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre la tuberculose, la question a été spécialement examinée au *Congrès international d'hygiène et de démographie*, qui s'est réuni à Bruxelles, en 1903. Les débats se sont terminés par l'adoption des conclusions suivantes d'ordre général, qui ont rencontré l'unanimité des suffrages :

« 1° La prophylaxie antituberculeuse incombe plus particulièrement aux pouvoirs publics au moyen d'une application rigoureuse des lois et d'une réglementation concernant la salubrité des habitations; au moyen des mesures de police sanitaire prescrites par les lois; au moyen d'une législation sévère sur le surmenage et la durée du travail des ouvriers; au moyen, enfin, d'une extension des réglementations communales, cantonales ou régionales, s'inspirant des nécessités locales, professionnelles ou mutualistes;

» 2° En ce qui concerne l'assistance aux tuberculeux par les sanatoria, dispensaires, cures d'air, asiles, etc., l'État doit favoriser et aider dans la plus large mesure l'essor de l'initiative privée et des groupements sociaux (départements, provinces, communes, associations philanthropiques et ouvrières, mutualités, etc.) et leur permettre de répandre leurs bienfaits selon l'esprit social et les besoins propres à chaque nation;

» 3° Que l'État encourage, par tous les moyens dont il dispose, notamment les sociétés d'habitations à bon marché, les sociétés coopératives de consommation et les ligues contre l'alcoolisme. »

Parmi les nombreux vœux adoptés par le *Congrès international de la tuberculose*, tenu à Paris en 1905, nous relevons les suivants, qui ont plus spécialement trait à l'intervention des gouvernements :

»4e vœu.—Le Congrès déclare qu'il est non seulement indispensable d'éviter la contagion d'homme à homme, mais encore nécessaire de poursuivre la prophylaxie de la tuberculose bovine et de continuer à prendre des mesures administratives et hygiéniques contre la propagation possible de cette dernière tuberculose à notre espèce.

»9e vœu. — 1° On peut différer d'appréciation sur le degré d'utilité ou de nécessité des dispensaires, des sanatoriums, selon les institutions, les mœurs et les ressources de chaque pays, mais le principe doit en être reconnu ;

» 2° Il est bien entendu que dispensaires et sanatoriums constituent un moyen de lutte qui ne peut rien avoir d'exclusif ni de prédominant...

» 10e vœu. — Une statistique générale des décès par tuberculose ne peut être établie qu'au moyen d'une statistique générale des causes de décès...

» 11e vœu. — Il est désirable que la déclaration de la tuberculose ouverte soit généralisée...

» Des règlements administratifs et, s'il y a lieu, des dispositions législatives permettant d'assurer la pratique de la désinfection doivent être promulgués dans le plus bref délai.

» 13e vœu. — Le problème de l'habitation salubre dominera toujours la prophylaxie de la tuberculose.

» 16e vœu. — Que la loi donne à l'autorité publique le droit et les moyens d'exproprier tout immeuble dangereux pour la santé des habitants, en tenant compte, pour l'évaluation de l'indemnité, de la valeur sanitaire de l'immeuble. »

De son côté, le *Congrès international de la tuberculose*, réuni à Washington, en 1908, a voté les résolutions suivantes :

« L'attention des gouvernements des divers Etats et du gouvernement central doit être dirigée sur l'importance d'édicter des lois spéciales obligeant les médecins à déclarer aux autorités sanitaires tous les cas de tuberculose dont ils ont connaissance et imposant l'enregistrement de ces cas, pour que les autorités sanitaires puissent prendre des mesures propres à prévenir la propagation de la maladie.

» Il faut continuer de prévenir, par tous les efforts possibles, la transmission de la tuberculose de l'homme à l'homme, cette contagion représentant la source la plus importante de la maladie.

» Il faut continuer de prendre les mesures nécessaires contre la tuberculose bovine et de reconnaître la possibilité de la contagion de l'homme par cette forme de la maladie.

» Il faut vivement recommander au public et à tous les gouvernements :

» L'établissement d'hôpitaux pour le traitement des cas avancés de tuberculose ;

» La construction de sanatoria pour les cas de tuberculose guérissables;

» L'établissement de dispensaires et de galeries de cure de jour et de nuit

pour les tuberculeux ambulatoires, qui ne peuvent pas entrer dans les hôpitaux ou sanatoria.

» Le Congrès approuve toute législation bien comprise pour régler le travail dans les fabriques et ateliers, pour abolir le travail prématuré et dangereux pour la santé des femmes et des enfants, et pour obtenir des habitations hygiéniques propres à augmenter la résistance du peuple contre la tuberculose et d'autres maladies. »

De multiples dispositions, conformes aux vœux ci-dessus reproduits, se trouvent déjà insérées dans notre législation.

L'assainissement des agglomérations a été l'un des objets qui ont le plus préoccupé les pouvoirs publics depuis les débuts de notre indépendance nationale. Les lois du 1er juillet 1858 et du 15 novembre 1867, sur l'expropriation par zones, ont, dans cet ordre d'idées, considérablement facilité les efforts des administrations locales.

Indépendamment des grands travaux d'assainissement qui ont été exécutés par l'Etat, celui-ci a encouragé l'initiative des communes par l'allocation de subsides affectés à l'établissement et à la réfection de chemins vicinaux, à l'amélioration du régime des cours d'eau, à la construction d'hôpitaux et de lazarets, à la réalisation de travaux d'hygiène de toute nature, principalement de distributions d'eau potable, de bains populaires, d'égouts, d'abattoirs, de cimetières, etc., etc.

Jusqu'à ce jour, les mesures à prescrire pour assurer la salubrité des habitations ont été exclusivement du domaine des autorités communales.

Toutefois, la loi du 9 août 1889, sur les habitations ouvrières, a institué des comités de patronage chargés notamment d'étudier tout ce qui concerne la salubrité des maisons habitées par les classes laborieuses et l'hygiène des localités où elles sont tout spécialement établies.

Cette loi et les mesures qui ont été prises pour son application ont puissamment contribué à l'amélioration du logement des classes laborieuses.

En matière de police sanitaire, le gouvernement a renforcé l'organisation sanitaire, doublé le nombre des commissions médicales provinciales, institué l'inspection d'hygiène, alloué des subsides aux provinces et aux communes pour l'établissement de services publics de désinfection.

Par les encouragements donnés aux organismes de protection de l'enfance et de propagande contre la tuberculose, il a contribué à la vulgarisation des notions d'hygiène au sein des populations.

Les diverses lois sociales qui ont été votées au cours de ces dernières années, ont notablement relevé le sort des classes ouvrières.

Toute une série de mesures importantes ont été prises en vue d'améliorer les conditions du travail industriel, spécialement :

La loi du 15 juin 1896 sur les règlements d'atelier, celle du 2 juillet 1899 concernant la sécurité et la santé des ouvriers et celle du 5 juin 1911 qui permet au Gouvernement d'édicter les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité des ouvriers des mines, minières et carrières; la loi du 17 juillet 1905 sur le repos dominical; la loi du 25 juin 1905 prescrivant de mettre des sièges à la disposition des employées de magasin; la loi du

31 décembre 1909 qui fixe la durée du travail dans les mines; la loi du 13 décembre 1889 concernant le travail des femmes, des adolescents et des enfants; celle du 5 juin 1911 qui interdit d'employer aux travaux de fond, dans les mines, les femmes, même majeures, et les garçons âgés de moins de 14 ans; celle du 5 août 1911, qui interdit le travail de nuit aux femmes sans distinction d'âge; la loi du 30 avril 1909 concernant le logement des ouvriers employés dans les briqueteries et sur les chantiers.

La loi du 4 août 1890 a permis au Gouvernement d'exercer une surveillance permanente sur la fabrication et le commerce des denrées alimentaires et, par des règlements visant la plupart de ces denrées, d'assurer la salubrité des comestibles exposés en vente.

Un service d'inspection des viandes destinées à la consommation publique a été organisé, dans toute l'étendue du royaume, par l'arrêté royal du 9 février 1891. Grâce à ce service, nos populations ont été, dans une large mesure, mises à l'abri de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme.

Le Gouvernement intervient par voie de subsides dans la construction d'hôpitaux ou de pavillons pour tuberculeux dépendant d'hospices civils, ainsi que dans l'établissement et le fonctionnement des dispensaires et autres œuvres antituberculeuses.

Il accorde également des subventions aux associations contre l'alcoolisme.

Mais l'on ne peut tout attendre de l'intervention de l'État. Celui-ci n'étant, dans notre organisation décentralisée « qu'un élément, qu'une partie de la société politique, n'a pas à usurper le rôle de celle-ci, n'a pas à s'arroger la mission de procurer tout ce qu'elle doit procurer, à se donner pour tâche de fournir toute l'assistance dont elle est débitrice » (Orban, *Droit constitutionnel*, I, p. 213). Mais il lui revient de chercher autant que possible à faciliter la mission des autres pouvoirs et à seconder les efforts de l'initiative privée.

Il en est surtout ainsi dans la lutte contre la tuberculose, qui, pour être engagée avec chance de succès, requiert la collaboration de toutes les forces vives de la société. Aussi, a-t-on vu, au cours de ces dernières années, un mouvement énergique se produire au sein de toutes les nations civilisées contre ce fléau redoutable, auquel les Américains ont donné le nom de *White plague*.

En Belgique, une « Ligue nationale contre la tuberculose » s'est fondée, en 1898, à l'initiative de la Société royale de médecine publique.

Elle obtint le haut patronage de LL. AA. RR. le Prince et la Princesse Albert, et cette marque toute spéciale de sollicitude lui fut confirmée après l'accession de Leurs Majestés au trône de Belgique.

Cette ligue s'est donné la mission de combattre la tuberculose humaine à l'aide de tous les moyens, notamment par la voie de publications et de conférences, par l'étude des mesures préventives à recommander aux pouvoirs publics, aux associations et au public en général, par la création de sanatoriums et de dispensaires antituberculeux.

La ligue est divisée en sections provinciales qui toutes, sous la direction d'un comité central, concourent au but scientifique et humanitaire qu'elle s'est proposé. Elle publie un bulletin périodique « *La Revue belge de la tuberculose* » et un rapport annuel qui permet de juger de l'activité de ses diverses sections et d'apprécier les résultats marquants obtenus par les dispensaires antituberculeux qu'elle a fondés.

Un second organisme de propagande et d'éducation populaire s'est constitué, à Liége, en 1899, sous la dénomination d'Œuvre liégeoise des tuberculeux. Cette œuvre possède le premier dispensaire antituberculeux qui ait été fondé en Belgique : sa création remonte à l'année 1901.

Vingt-cinq autres dispensaires ont, depuis lors, été successivement établis dans les divers centres du pays, et plusieurs nouveaux dispensaires sont en voie de formation.

Les dispensaires actuellement existants sont les suivants :

Province d'Anvers : 2 dispensaires à Anvers, 1 à Berchem, 1 à Malines;

Province de Brabant : un dispensaire respectivement à Bruxelles, Schaerbeek, Ixelles et Louvain;

Flandre occidentale : un dispensaire à Bruges;

Flandre orientale : un dispensaire à Gand, à Alost et à Lokeren;

Hainaut : un dispensaire à Mons, Charleroi, Ath et Tournai;

Province de Liége : un dispensaire à Liége, à Huy, à Verviers et à Waremme;

Limbourg : un dispensaire à St-Trond.

Luxembourg : un dispensaire à Arlon;

Province de Namur : un dispensaire à Namur, à Dinant, à Gembloux et à Tamines.

Une cure d'air, réservée aux hommes, a été annexée au dispensaire de Mons, dans le cours de l'année 1901.

Des installations analogues ont été créées par le dispensaire de Bruges pour les hommes et par celui de Verviers pour les femmes.

Une œuvre des enfants tuberculeux et rachitiques de l'arrondissement de Verviers a été constituée à Dison et un comité local fonctionne à Roulers.

La section anversoise de la Ligue a installé à Wenduyne une villa maritime, destinée aux enfants prétuberculeux.

Le premier sanatorium, établi en Belgique, fut érigé à Bockryck (Limbourg). Cet établissement a cessé de fonctionner.

Un second sanatorium a été, en 1901, construit à Mont-sur-Meuse.

Des sanatoriums populaires ont, depuis lors, été établis à Borgoumont, à La Hulpe, à Brecht-St-Antoine, à Beverloo, à Alsemberg et à Magnée. Sauf ce dernier, tous sont exclusivement réservés aux hommes.

Si la plupart des dispensaires antituberculeux sont des œuvres dues à l'initiative privée, l'assistance des pouvoirs publics ne leur a pas fait défaut.

Des subsides pour frais de premier établissement ont été accordés à certains d'entre eux par le Ministère de la justice, qui a la bienfaisance publique dans ses attributions.

Des subventions annuelles leur sont, d'autre part, allouées par le Gouvernement, sur les crédits de l'administration du service de santé et de l'hygiène, ainsi que par les provinces et par un grand nombre de communes et enfin par quelques administrations hospitalières.

Les pouvoirs publics contribuent encore, par d'autres moyens, à la lutte contre la tuberculose.

Le Département de la Guerre a construit, à Beverloo, un sanatorium destiné aux militaires.

La province d'Anvers a créé l'un des dispensaires d'Anvers et celui de Berchem. Elle a réuni les médecins de chaque canton en « cercles » subsidiés par elle et auxquels ont été adjointes d'autres personnes; ces cercles sont autant d'organismes de propagande qui travaillent à la prophylaxie de la tuberculose et au soulagement des malades indigents. Ils procèdent à la désinfection gratuite de tout logement délaissé par un tuberculeux.

La province de Liége a, en 1903, créé le sanatorium de Borgoumont. Elle vient, d'autre part, d'achever la construction du sanatorium pour femmes de Magnée.

Grâce à la générosité de deux philanthropes, Mme Joostens et feu G. Brugmann, les hospices civils d'Anvers possèdent le sanatorium de Brecht et les hospices de Bruxelles ont construit le sanatorium d'Alsemberg.

Dès 1901, deux pavillons spéciaux pour tuberculeux ont été établis par les hospices civils de Namur.

De semblables pavillons ont, depuis lors, été construits aux hôpitaux de St-Trond, de St-Josse-ten-Noode, d'Ixelles, d'Anvers, d'Ath, de Louvain.

Le conseil communal de Liége, désireux de parer à l'absence d'installations hospitalières permettant d'assurer l'isolement des tuberculeux parvenus aux derniers stades de la maladie, a, depuis 1907, mis à la disposition de l'Œuvre liégeoise des tuberculeux un crédit de 10,000 francs, destiné à subvenir aux frais nécessités par un essai d'isolement à domicile de cette catégorie de malades.

Signalons enfin que le dispensaire d'Ixelles a été fondé par la commune de ce nom.

De multiples dispositions du projet de loi, par là même qu'elles tendent à l'amélioration de la santé publique en général, contribueront à lutter contre la tuberculose.

Il en est notamment ainsi des mesures prises en vue de la protection de l'enfance, de l'organisation de l'inspection médicale scolaire, des prescriptions qui seront édictées pour la prophylaxie de certaines maladies transmissibles, telles la rougeole et la coqueluche, qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, de l'exécution d'office de travaux d'assainissement, de la réorganisation des services sanitaires, de l'établissement de services provinciaux et communaux de désinfection, etc., etc.

Les travaux publiés dans ces dernières années ont fait ressortir l'importance de l'assainissement des logements insalubres dans la lutte contre la tuberculose : l'article 1er donne au Gouvernement le droit d'édicter des prescriptions générales à ce sujet.

Ce même article permettra de prendre des règlements qui viseront directement la prophylaxie de la tuberculose.

L'institution d'un service d'inspection d'hygiène, d'une part, de bureaux communaux d'hygiène, d'autre part, assureront l'efficacité de ces diverses dispositions.

Malgré l'intérêt qui s'attache à la découverte de tous les cas de tuberculose, il ne semble pas qu'il soit opportun d'y arriver par la voie de l'obligation : pareille mesure ne manquerait pas, à l'heure actuelle, d'inquiéter les familles, d'éveiller leurs susceptibilités, de mettre les médecins traitants dans une situation équivoque et, enfin, de faire naître un mouvement d'opposition qui irait à l'encontre du but poursuivi et nuirait à l'action des organismes qui s'efforcent d'arriver, avec la plus grande discrétion possible, au dépistage des tuberculeux.

Aussi la plupart des nations se sont-elles jusqu'à ce jour abstenues d'inscrire la tuberculose parmi les maladies sujettes à déclaration et si quelques-unes ont, au cours de ces dernières années, décrété cette mesure, encore ne l'ont-elles généralement fait qu'avec une certaine hésitation et en la limitant à certains cas nettement spécifiés.

Il est permis d'espérer que, grâce à l'éducation du public, grâce à l'action des dispensaires et autres œuvres analogues, la déclaration des cas de tuberculose entrera progressivement dans les mœurs.

Ce sont, au surplus, les services que ces organismes peuvent rendre dans la diffusion des préceptes de l'hygiène et dans la prophylaxie de la tuberculose qui ont, en 1904, décidé le Gouvernement à inscrire, pour cet objet, un crédit au budget de l'administration du Service de santé et de l'hygiène.

Ce crédit, qui était primitivement de 10,000 francs, a été successivement augmenté. Il est actuellement de 27,000 francs.

Une majoration importante se trouve proposée au budget de l'exercice 1912. Si les Chambres législatives l'admettent, le crédit sera, dès cette année, porté au chiffre de 60,000 francs.

Le Gouvernement propose, en cette matière comme pour la protection de l'enfance, de consacrer définitivement cette intervention de l'État par un texte légal, qui prévoit en même temps la fixation, par arrêté royal, des conditions auxquelles sera subordonné l'octroi des subsides de l'État.

Constatation des naissances et des décès.

Art. 11.

L'article 55 du Code civil est modifié comme suit :

« Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu.

» Un médecin, désigné par l'autorité communale, se transportera au domicile de la mère, pour vérifier la naissance et le sexe de l'enfant. »

L'article 55 du Code civil est conçu comme il suit :

« Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état-civil du lieu : l'enfant lui sera présenté. »

La présentation de l'enfant a été imposée en vue d'éviter de graves abus. En l'absence de cette formalité, l'officier de l'état civil pourrait porter comme récemment né un enfant dont la naissance remonte à un temps déjà éloigné ; il pourrait inscrire comme mâle un enfant du sexe féminin ou inversement ; il pourrait inscrire comme vivant un enfant mort-né, ce qui, en cas de décès de la mère au cours de l'accouchement, pourrait avoir pour conséquence de frustrer les héritiers de celle-ci (De Brouckere et Tielemans, *Répertoire*, p. 200; *Pandectes*, v° Acte de naissance, n° 74; voir également *Belgique judiciaire*, 1855, p. 113).

Malgré les termes impératifs dans lesquels est conçue la finale de l'article 55, cette disposition n'est pas observée.

On entend généralement la prescription du Code en ce sens que l'enfant doit être présenté à la maison communale. Mais le transport des nouveau-nés peut offrir parfois des inconvénients, voire même des dangers. Sans doute, des auteurs estiment-ils qu'en cas de péril imminent, l'officier de l'état civil a le devoir de se transporter dans la maison où se trouve l'enfant. Le décret du 20 septembre 1792 lui en faisait une obligation formelle, mais le Code civil, qui règle actuellement la matière, ne contient rien à ce sujet. Aussi, trop souvent, l'officier de l'état-civil, principalement dans les communes rurales, se contente-t-il des déclarations des témoins.

Au *Portugal*, le Code civil qui prévoit également la présentation de l'enfant à l'autorité, complète cette disposition par la suivante : « En cas de maladie du nouveau-né, ou dans toute autre circonstance grave dans laquelle il y aurait danger à le porter à l'officier de l'état civil, celui-ci sera tenu de se transporter dans l'endroit où sera le nouveau-né et d'y dresser l'acte de naissance » (art. 2459).

Aux *Pays-Bas*, l'obligation de présenter tout nouveau-né a été supprimée, par la raison que cette prescription n'était pas observée. Le Code civil de 1838 permet cependant à l'officier de l'état civil d'exiger que l'enfant lui soit présenté.

Le *Code italien* maintient la nécessité de la présentation de l'enfant à la municipalité. Toutefois, il ajoute : « L'officier de l'état civil peut, dans des circonstances graves, dispenser de la présentation du nouveau-né en s'assurant autrement de la réalité de la naissance » (art. 371).

En *Allemagne*, la loi du 6 février 1875 stipule, en son article 21, que « l'officier de l'état civil est tenu de s'assurer, suivant les circonstances, de l'exactitude de la déclaration, s'il a sujet de la révoquer en doute ».

En vue d'éviter les inconvénients de la présentation de l'enfant et de prévenir les abus que l'article 55 du Code civil a voulu empêcher, la ville de Bruxelles a, par un règlement du 8 décembre 1846, prescrit la présentation de l'enfant à un médecin envoyé à domicile par l'autorité communale.

Cette manière de procéder s'est peu à peu étendue à d'autres localités, soit par voie règlementaire, soit par une simple décision de l'échevin de l'état civil : elle est actuellement en usage dans la plupart des communes d'une certaine importance. Elle s'est également implantée en France, dès 1846 à Lyon, et à partir de 1869 à Paris.

Dans son avant-projet de revision du Code civil, Laurent propose de consacrer cette réforme et de la rendre applicable à tout le royaume.

De son côté, la Commission de révision du Code civil a proposé d'ajouter au texte actuel de l'article 55 un alinéa qui en modifie complètement la portée :

« S'il en est requis, l'officier de l'état civil ou la personne qu'il délègue à cet effet, est tenu de se transporter au domicile de la mère, pour vérifier la naissance et le sexe de l'enfant. »

D'après ce texte, l'échevin de l'état civil serait tenu en fait de vérifier la naissance par lui-même ou par un délégué. Ce système offrirait certainement plus de garanties que le régime actuel. Mais il laisse encore à désirer, parce qu'il n'impose pas l'intervention d'un médecin.

A diverses reprises, notamment en 1894 et 1895, l'Académie royale de médecine et le Conseil supérieur d'hygiène ont réclamé l'organisation, dans toute l'étendue du royaume, d'un service de vérification *médicale* des naissances.

Dans sa séance du 30 juin 1910, le Conseil a de nouveau insisté pour que cette réforme fût inscrite dans le projet de loi sanitaire.

La Commission de révision du Code civil, sans en faire la proposition, n'a pas caché ses préférences en faveur de ce régime :

« Déjà actuellement, dit le Rapport, dans beaucoup d'endroits — notamment dans les grandes villes — la vérification des naissances est confiée à un médecin, désigné par l'autorité communale. C'est un excellent usage et il est à désirer qu'il se répande de plus en plus, personne ne pouvant, aussi bien qu'un homme de l'art, vérifier si un enfant est nouveau-né et fixer avec certitude le sexe auquel il appartient.

» Les avantages de ce mode de procéder sont si considérables, qu'il avait

été un instant question de le rendre obligatoire, mais on a dû reculer devant les difficultés d'exécution. Il y a, en effet, encore aujourd'hui, bon nombre de localités où les médecins font défaut. On ne les trouve pas sur les lieux mêmes, les plus rapprochés habitent parfois à d'assez grandes distances et dans des endroits avec lesquels les communications sont difficiles... »

L'on ne peut plus, à l'heure actuelle, invoquer les mêmes difficultés d'exécution.

Le nombre des médecins établis dans les diverses régions du pays est suffisant pour que l'application de la loi ne soulève pas de grands obstacles. Et, du reste, les articles 8, 11, 12 et 23 du projet, relatifs à la vérification des naissances et des décès, à la surveillance des enfants en garde ou en nourrice, à l'inspection médicale scolaire, sont de nature à favoriser encore leur établissement dans les campagnes.

Aussi le Gouvernement, donnant suite aux vœux que nous venons de rappeler, propose-t-il de supprimer la partie finale de l'article 53 du code civil et de compléter cet article par une disposition nouvelle, ainsi conçue :

« Un médecin, désigné par l'autorité communale, se transportera au domicile de la mère, pour vérifier la naissance et le sexe de l'enfant. »

Le choix du médecin qui sera chargé de constater la naissance appartiendra donc au Conseil communal. En effet, l'article 93 de la loi communale, qui prévoit la nomination, par l'officier de l'état civil, d'employés salariés par la commune, est exclusivement applicable aux employés chargés de la rédaction des actes et de la tenue des registres (*Revue de l'Administration*, 1890, p. 413; dépêche ministérielle du 5 novembre 1891, *Bulletin du Ministère de l'Intérieur*, 1891, II, p. 150).

Il n'en résulte toutefois nullement l'obligation, pour l'autorité communale, de ne désigner qu'un seul médecin-vérificateur. Il lui sera loisible, si elle le juge préférable, de s'en rapporter au certificat du médecin qui a assisté à l'accouchement et de ne désigner de médecin-vérificateur que pour le cas où l'accouchement s'est effectué sans le secours d'un médecin et celui où le médecin-accoucheur n'a pas délivré l'attestation requise.

Mais, en toute hypothèse, l'intervention du médecin pour certifier la naissance et le sexe d'un nouveau-né aura pour effet d'engager sa responsabilité en ce qui concerne cette double constatation.

De même que Laurent et la Commission de revision du Code civil, dans leur avant-projet, l'article 11 impose au délégué de l'autorité communale l'obligation de se rendre « à domicile ». Ce terme ne doit pas être pris dans le sens restrictif que lui donne l'article 102 du Code civil. Ce sera le plus souvent au domicile de la mère que le médecin devra se rendre, mais, par suite de circonstances spéciales, il pourra devoir se transporter soit au lieu de l'accouchement, soit à l'endroit où l'enfant se trouve actuellement et qui sera renseigné par la personne obligée de faire la déclaration de naissance.

ART. 12.

L'article 77 du Code civil est modifié comme suit :

« *Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil qui ne pourra la délivrer qu'après vérification médicale du décès; hors les cas prévus par les règlements de police, l'inhumation ne peut avoir lieu endéans les vingt-quatre heures suivant le décès.*

L'article 77 du Code civil est ainsi conçu :

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès hors les cas prévus par les règlements de police. »

Cette prescription impose à l'échevin de l'état civil le devoir de s'assurer par lui-même du décès, en se transportant auprès de la personne décédée.

En fait, les choses ne se passent pas ainsi. Dans les communes d'une certaine importance, ou tout au moins dans la plupart d'entre elles, ce magistrat, au lieu de procéder personnellement à la constatation du décès, charge de ce soin un médecin.

Dans les autres communes, c'est-à-dire dans la grande majorité d'entre elles, les officiers de l'état civil n'observent guère ou pas du tout la prescription du Code civil : le fait est trop patent pour qu'il soit nécessaire d'en administrer la preuve. Parfois l'administration communale envoie sur place un agent de la commune ; le plus souvent, elle se contente de la déclaration des parents ou de voisins, dont la présence est nécessaire pour la rédaction de l'acte de décès.

L'obligation imposée par l'article 77 du code civil a pour but de s'assurer de la réalité du décès, en d'autres termes, d'empêcher les inhumations précipitées; elle doit encore permettre de constater les signes ou indices de mort violente qui pourraient être découverts, et par conséquent, de prévenir les attentats contre la vie des citoyens. Mais l'officier de l'état civil, à moins qu'il soit médecin, ne possède pas les connaissances nécessaires pour faire les constatations qu'on réclame de lui.

L'absence, dans la grande majorité des communes, d'un service de vérification des décès sérieusement organisé est de nature à faciliter l'accomplissement de crimes ou de fraudes. « Il est incontestable, disait l'Académie de médecine en 1891, que bien des cas de mort violente, et spécialement d'infanticides, passent inaperçus... La latitude de quarante-huit heures laissée aux parents pour déclarer leurs enfants à l'état civil fait considérer comme mort-nés ceux qui sont décédés pendant cette période et ouvre également la porte aux infanticides, soit volontaires, soit par négligence. »

Déjà, en 1842, l'Académie avait voté cette résolution : « Aucune inhuma-

tion ne pourrait avoir lieu sans une déclaration de l'officier de l'état civil, délivrée sur le vu d'une déclaration écrite d'un médecin ou d'un chirurgien qui aurait vérifié le décès. »

En 1880, la savante compagnie renouvela ses instances et, en 1891, elle émit de nouveau l'avis qu'il y avait « urgence d'organiser ce service dans tout le pays, en nommant des médecins-vérificateurs des décès dans chaque commune ou dans certains groupes de communes limitrophes ».

L'Académie a, depuis lors exprimé, à plusieurs reprises, le même sentiment.

« Singulière anomalie! disait-elle en 1895. On ne peut colloquer un fou sans procéder aux formalités les plus compliquées, aux expertises réitérées, et l'on a raison. Mais les morts sont presque toujours mis en terre sans visite médicale, sans l'examen le plus superficiel! D'où vient cette anomalie, effrayante peut-on dire, quand on y réfléchit! »

De leur côté, le Conseil supérieur d'hygiène et les Commissions médicales n'ont cessé, depuis de longues années, de réclamer l'organisation dans tout le royaume d'un service de vérification médicale des décès. Notamment, dans l'avis qu'il a émis au sujet de l'avant-projet de loi sanitaire, le Conseil s'est rallié sans réserve à la disposition de l'article 12 du projet.

La Société royale de médecine publique, en 1879, et la Société de médecine légale, en 1894, se sont également prononcées en faveur de l'organisation de la vérification médicale des décès.

Dans son avant-projet de revision du Code civil, Laurent proposait le texte suivant :

« Immédiatement après que le décès aura été déclaré, le médecin désigné à cet effet par le Collège vérifiera la mort. Il constatera, dans le bulletin de vérification, les prénoms, nom, âge et profession du défunt, le lieu, le jour et l'heure du décès... »

Le principe de cette réforme, qui a pour objet d'étendre à tout le royaume le système actuellement suivi dans les villes et communes importantes, se trouve consacré par l'article 12 du projet. Celui-ci, en effet, remplace, dans le texte de l'article 77 actuel du Code civil, les mots « après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès » par ceux-ci : « après vérification médicale du décès ».

Cette intervention d'un médecin compétent rentrait déjà dans les intentions des rédacteurs du Code civil ; ils n'y avaient renoncé qu'en raison des difficultés qu'aurait pu présenter la constatation des décès, par un médecin, dans les communes rurales, par suite du nombre restreint des praticiens habitant la campagne et de l'insuffisance des voies de communication.

Cette double difficulté n'existe plus à l'heure actuelle en Belgique. Spécialement les médecins exerçant dans la partie rurale du pays sont en nombre suffisamment élevé et, nous l'avons déjà signalé, certaines prescriptions du projet de loi sont de nature à faciliter encore leur établissement dans les campagnes.

Laurent proposait, en toute hypothèse, la désignation d'un médecin-vérificateur par le Collège échevinal, et n'admettait pas la déclaration du médecin traitant : « Comme il s'agit, disait-il, d'une obligation de la plus haute importance et dont l'inexécution peut entraîner une responsabilité pénale et civile, il est préférable, me semble-t-il, de commissionner un médecin pour la vérification ; c'est une garantie de plus et, en cette matière, il ne saurait y en avoir trop. Dans les communes rurales, le médecin traitant sera régulièrement le médecin commissionné, ce qui facilitera l'exécution de la loi. »

Le projet de loi n'impose pas au conseil communal la nomination d'un médecin-vérificateur des décès. Dans la généralité des cas, il en sera ainsi en fait. Mais il a paru préférable de laisser l'autorité locale juge d'apprécier, d'après les circonstances, s'il convient, soit de désigner un vérificateur officiel, soit de se contenter du certificat du médecin traitant ou du médecin de la famille : cette latitude est de nature à faciliter l'exécution, dans la partie rurale du pays, de la disposition proposée.

Le certificat médical devra, en toute hypothèse, affirmer la réalité du décès et l'absence de signes de mort violente.

En *France*, la situation est la même que celle qui existe actuellement en Belgique.

En *Autriche*, en vertu des lois du 30 avril 1870 et du 23 juin 1892, relatives à l'organisation sanitaire, les communes doivent prendre les mesures nécessaires pour la vérification des décès et la constatation de leurs causes.

A défaut de médecin, l'autorité locale peut charger de ce soin une personne compétente.

En *Hongrie*, l'inspection des cadavres est obligatoire, et personne ne peut être enterré avant que l'inspecteur assermenté, désigné par l'autorité, ait délivré le certificat de décès.

En dehors des médecins diplômés, d'autres personnes peuvent être employées comme inspecteurs mortuaires, si, après avoir suivi un cours d'études, elles ont subi l'examen avec succès. L'instruction des inspecteurs mortuaires incombe au médecin communal, et, à défaut de ce dernier, au médecin de district.

De même en *Bavière*, à défaut de médecin, on a nommé des inspecteurs de décès qui doivent être deux pour examiner un cadavre. Ils sont payés par la famille.

Ce système d'inspecteurs non médecins n'a toutefois pas donné de bons résultats.

En *Italie*, la vérification des décès est obligatoire et partout confiée à des médecins.

Il en est de même au *Danemark*, depuis 1832.

En *Roumanie*, dans les villes qui n'ont pas de médecin spécialement chargé de la vérification des décès, cette formalité est remplie par le médecin communal.

Art. 13.

La déclaration des causes de décès est obligatoire pour le médecin qui a, en dernier lieu, donné ses soins au défunt ou qui a constaté le décès.

Le Gouvernement règle l'organisation du service de déclaration des causes de décès, de manière à assurer le secret médical.

La vérification des décès est destinée à constater le fait de la mort, mais non la cause de celle-ci.

La connaissance des *causes de décès* offre cependant un intérêt capital.

Elle procure notamment aux autorités sanitaires, aux savants et aux corps scientifiques les éléments d'études utiles au point de vue démographique, nosologique et hygiénique.

Aussi n'est-il pas étonnant que, même en l'absence de dispositions légales, le Gouvernement se soit, depuis longtemps déjà, préoccupé d'organiser la statistique des causes de décès.

Par circulaire du 13 décembre 1850, le Ministre de l'intérieur a prescrit la formation, par commune, à partir du 1er janvier 1851, d'un tableau indiquant, outre les nom et prénoms, le sexe, l'âge, l'état civil et la profession du décédé, ainsi que la date du décès et la mention de la maladie ou de l'accident qui a occasionné la mort.

L'organisation de ce service d'information a été successivement améliorée par diverses instructions, notamment par celles du 19 septembre 1866 et du 11 novembre 1887. L'administration s'est principalement attachée à introduire une nomenclature uniforme et systématique des maladies et à obtenir la désignation, non seulement de la maladie ou de l'accident qui a occasionné la mort, mais encore des accidents et des maladies qui ont précédé ou sont venus compliquer la maladie qui a amené le décès.

En vertu des instructions ministérielles précitées, un bulletin, dont le modèle se trouve ci-dessous reproduit doit être rempli pour chaque décès par les soins du médecin ou, à défaut, par toute autre personne.

Bulletin de déclaration des causes de décès.
(*Moniteur belge* du 30 sept. 1866, n° 273.)

PROVINCE

COMMUNE

L nommé . . . . . .
est décédé le . . . . . *à* . . . *heures du* . . . .
section . . . *n°* . . . , *rue* . . . . . .

Maladie ou accident principal (à inscrire dans le registre des causes de décès).	
Maladie (ou accident) qui a précédé, suivi ou accompagné (compliqué) celle désignée ci-dessus.	
Cause et durée de l'accident ou maladie principale.	
Profession du défunt.	
Observations.	

Date de la présente déclaration :

Signature et qualité du déclarant :

Au moyen des bulletins qui leur ont été transmis, les administrations communales doivent annuellement dresser un tableau des décès conforme à un modèle déterminé. Dans ce tableau, toute cause de décès par maladie qui n'a pas été déclarée par une personne de l'art ou dont la nature n'est pas nettement établie, doit être classée sous la rubrique : Décès par cause inconnue.

Depuis le début du service organisé à l'initiative de l'administration de l'hygiène, c'est-à-dire depuis 1851, la statistique générale des causes des décès, formée au moyen des tableaux dressés par les communes, a été régulièrement publiée tous les ans, d'abord dans les *Documents statistiques* émanés de ce département, ensuite, depuis 1870, dans l'*Annuaire statistique*.

Nous en avons donné un résumé, pour les années 1876 à 1900, dans la partie générale du présent exposé des motifs (page 10) et nous avons signalé, à ce moment, que les données, au moyen desquelles ces statistiques sont élaborées, ne sont pas suffisamment certaines pour qu'on puisse en faire état sans réserve.

« Si la vérification des décès laisse à désirer, disait l'Académie de médecine en 1890, la constatation des causes de décès est plus défectueuse encore. »

« Toutes les commissions (médicales), ajoutait-elle en 1902, sont unanimes à déclarer que, telles qu'elles sont faites actuellement, les statistiques des décès sont absolument fausses et dénuées de toute valeur, ce qui est

d'autant plus dangereux que, par leur cachet officiel, elles semblent devoir être sérieuses et pouvoir être considérées comme exactes. »

Aussi l'Académie a-t-elle en maintes circonstances, notamment en 1842 et en 1880, exprimé le vœu de voir organiser, dans toutes les communes, un service de déclaration et de vérification des causes des décès.

Le Conseil supérieur d'hygiène s'est, à différentes reprises également, prononcé dans le même sens. Dans l'avis qu'il a donné, en 1910, au sujet de l'avant-projet de loi sanitaire, il estime que la loi doit formellement rendre la déclaration obligatoire pour le médecin. L'alinéa premier de l'article 12 consacre ce principe.

Le second alinéa charge le Gouvernement de régler l'organisation du service.

Les raisons qui, actuellement, faussent les statistiques sont multiples :

Un grand nombre de malades succombent sans l'assistance d'un médecin ;

Des praticiens négligent d'indiquer les causes de décès de leurs malades ; d'autres encore, par respect du secret médical, renseignent des causes fictives.

En l'absence de renseignements exacts de la part du médecin traitant, le médecin de l'état civil et *a fortiori* l'officier de l'état civil ou ses employés ne sont pas toujours à même de diagnostiquer la cause du décès; ils doivent s'en rapporter aux déclarations imprécises et incomplètes de la famille.

Dans de telles conditions, on comprend sur quelles bases fragiles et incertaines est organisé le service actuel. Une réforme s'impose, car d'une statistique nosologique sérieuse dépend la solution de nombreux et importants problèmes.

« Lorsque, disaient, en 1902, MM. les professeurs Putzeys et Van Ermengem, dans un rapport au gouvernement au sujet de la question, lorsque la statistique des causes de décès repose sur des bases certaines, elle a une utilité de premier ordre et mérite d'être considérée comme l'un des fondements de l'hygiène sociale. Elle doit être, en effet, mise à contribution chaque fois que surgit un problème intéressant la santé publique, et c'est grâce à elle que l'on réussit à déterminer avec précision l'étendue des pertes que les maladies évitables infligent aux communautés, et, par suite, la nature des mesures qu'il convient de leur opposer. Les causes de la mortalité étant connues, il devient possible, en effet, de la réduire dans une certaine mesure. »

Le Conseil supérieur d'hygiène avait déjà, en 1892, exprimé la même manière de voir : « Si, disait-il, au lieu d'être insuffisante et boiteuse, la statistique était bien dressée, elle pourrait donner la mesure exacte de la situation sanitaire et elle permettrait de déterminer les points vers lesquels doivent tendre les efforts des administrations. »

De même l'Académie de médecine en 1905 : « Il importe de ne pas oublier que la statistique constitue actuellement le criterium essentiel de la valeur de nos progrès hygiéniques et aujourd'hui que les réformes en matière d'hygiène sont au premier plan des préoccupations sociales, il est hautement désirable que ce criterium offre toutes les garanties d'exactitude que la science est en droit d'en exiger. »

« Pour être digne de confiance, ajoutaient MM. Putzeys et Van Ermengem,

la statistique médicale doit être édifiée avec des matériaux dont la valeur ne puisse être suspectée... La méthode la plus rigoureuse serait celle qui enregistrerait les déclarations des médecins traitants. »

L'intervention de ceux-ci est, en effet, seule à même de donner à la statistique des causes de décès la précision désirable.

Mais on ne pourrait obtenir leur collaboration sans réserve qu'en écartant une grave objection qui se présente immédiatement à l'esprit : le respect du secret médical.

Nous avons déjà abordé l'examen de cette question au cours de l'exposé de l'article 3 (p. 36).

Mais, contrairement à la conclusion à laquelle nous avons abouti en ce qui concerne la déclaration des cas de maladies contagieuses, la cause des décès, la cause principale et les causes secondaires ou concomitantes, tous ces détails du diagnostic du médecin font très souvent partie des faits que ce dernier n'a appris que par l'exercice de sa profession et dont la divulgation pourrait être parfois de nature à faire tort à la mémoire du défunt et aux intérêts de sa famille.

Dès lors, le médecin a le devoir moral de les taire d'une façon absolue.

Il ne suffit pas, à nos yeux, de dire ici, comme nous l'avons dit plus haut (p. 29 et 36), que la déclaration du médecin n'est pas une divulgation, puisqu'elle sera faite à un agent, médecin lui-même peut-être, astreint, par ses fonctions et par sa qualité, à l'observation de la loi du silence. Cette thèse peut, certes, être défendue. Mais son évidence n'est pas telle qu'elle suffise à calmer les justes susceptibilités du corps médical.

Pour que les données statistiques recueillies soient l'expression de la situation réelle, le médecin doit avoir la certitude que ses indications ne pourront, par une cause volontaire ou accidentelle, rendre public ou permettre à un fonctionnaire ou praticien de connaître ce qu'il a le devoir de garder caché. Si cette certitude lui fait défaut, le médecin ne fournira, dans certains cas, que des renseignements imprécis, incomplets ou fictifs.

Il sera possible de lever ses légitimes scrupules, en prévoyant, pour la déclaration de chaque décès, un double bulletin, dont un sous pli fermé, et en adoptant pour le dépouillement des bulletins confidentiels et la publication des données statistiques, certaines mesures de précaution.

Le premier des bulletins renseignerait le nom et la résidence de la personne décédée. Le second, celui qui serait remis sous pli fermé, ne porterait pas de nom, mais indiquerait le sexe et l'âge du défunt, son état civil et sa profession, ainsi que la nature de la maladie.

Des bulletins analogues ont déjà été mis à la disposition du corps médical par les administrations communales de Tournai, de Mons et de Gand.

A deux reprises, en 1879 et en 1906, la Société royale de médecine publique s'est, en assemblée générale, ralliée à pareil système.

Pour le dépouillement, une distinction devra être faite entre les cités populeuses et les localités de moindre importance.

Pour les premières, il n'y a aucun inconvénient à ce que le dépouillement se fasse par commune. Pour les secondes, les bulletins d'une même région,

d'un même canton, par exemple, devraient, au préalable, être mélangés.

Les mêmes principes trouvent leur application en ce qui concerne la publication. Et encore ajouterons-nous que la publication de statistiques mensuelles ou hebdomadaires pourrait offrir parfois quelque danger : il faudra donc, si on l'organise, éviter les inconvénients qui en pourraient résulter.

Aussi le second alinéa de l'article 13 prévoit-il expressément que les règles à édicter par le Gouvernement pour l'organisation du service de la déclaration des causes de décès devront être formulées de manière à assurer le secret médical.

Il semble, d'ailleurs, peu pratique d'insérer, dans la loi elle-même, les dispositions qui seront arrêtées dans ce but. Ces dispositions porteront, en effet, sur de multiples points de détail et envisageront les situations diverses qui se présenteront. Celles qui seront arrêtées devront encore pouvoir être aisément complétées et modifiées à mesure que l'expérience en aura fait ressortir la nécessité ou l'utilité.

En l'absence de médecin traitant, la déclaration sera demandée au médecin chargé de la vérification du décès. Cette déclaration offre moins de garantie d'exactitude, mais cependant, par l'examen du cadavre et les explications de l'entourage, le médecin-vérificateur parviendra le plus souvent à pouvoir établir un diagnostic suffisamment précis.

Si des erreurs sont à redouter de ce chef, elles ne semblent néanmoins pas pouvoir affecter gravement l'ensemble des résultats statistiques.

En *Suisse*, la loi fédérale de 1874, concernant l'état civil et la tenue des registres qui s'y rapportent, prescrit que la cause des décès doit, autant que possible, être attestée par le médecin. Dans la plupart des cantons, la déclaration a été rendue obligatoire pour le médecin traitant, qui est en même temps le vérificateur des décès dans sa clientèle.

Depuis 1891, en vue d'obtenir une plus grande exactitude dans l'indication des causes de décès, on a introduit le système de la double déclaration.

La déclaration confidentielle, ne mentionnant pas le nom du décédé, donne à son sujet des renseignements très détaillés. Elle est transmise par l'officier de l'état civil au bureau fédéral de statistique.

Les médecins remplissent gratuitement la carte confidentielle, mais reçoivent, en échange, le bulletin hebdomadaire, démographique et sanitaire.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 1er juin 1865, en son article 5, prescrit aux médecins de signer, au décès de chacun de leurs malades, une déclaration de décès destinée à l'officier de l'état civil. Ils indiquent, en même temps, d'après leur conviction et aussi exactement que possible, la cause de la mort.

De même, la déclaration des causes de décès est imposée au médecin traitant en *Suède*, en vertu de la loi du 4 novembre 1859, en *Angleterre* et en *Irlande*, depuis 1874, en *Autriche*, depuis 1875, en *Italie*, en vertu de la loi du 22 décembre 1888, en *Bavière*, en vertu d'une décision ministérielle

du 15 décembre 1898. Elle l'est également dans le Grand-Duché de *Bade* et dans plusieurs États d'Allemagne.

En *Autriche*, à défaut de médecin traitant, la cause du décès est déclarée par le vérificateur des décès.

En *Hongrie*, pour dresser la statistique de la mortalité, le bureau central de statistique se sert des données fournies par les officiers de l'état civil qui, de leur côté, se basent sur les certificats de décès délivrés par les inspecteurs mortuaires.

Protection des eaux souterraines utilisées pour l'alimentation

Art. 14 à 19.

Dans le domaine étendu où s'exerce l'activité des pouvoirs publics, il n'est point d'œuvre plus directement, plus immédiatement profitable à la santé des populations et qui revête à un plus haut degré un caractère d'utilité générale, que l'établissement de distributions d'eau alimentaire : toujours, l'expérience le prouve, la création d'un pareil service est suivie sans délai d'une amélioration sensible des conditions hygiéniques de la localité, de la disparition de certaines maladies contagieuses qui y régnaient à l'état endémique et d'une réduction du taux de la mortalité. Aussi ne s'étonnera-t-on point de ce que l'État, les provinces et les communes consacrent chaque année des sommes considérables à des travaux qui ont pour objet l'alimentation de nos villes et de nos campagnes en eau potable : en ne tenant compte que des entreprises dans lesquelles le Trésor public est intervenu par voie de subside, on peut estimer à près de 25 millions la somme qui a été dépensée dans ce but au cours de la dernière période décennale.

Il y a progression constante dans l'importance de ces dépenses, et l'on ne pourra que se féliciter de l'ensemble de la situation le jour — prochain, il faut l'espérer, — où l'on sera arrivé à doter d'eau alimentaire la partie basse du pays.

Il est cependant un autre aspect de la question qui se présente à nos yeux de manière moins rassurante.

Les installations de distributions d'eau ont toutes, comme point de départ obligé, une prise d'eau effectuée soit en rivière, soit à l'émergence d'une source, soit enfin au sein même du sous-sol, dans les couches aquifères que l'on y rencontre. Le premier mode d'alimentation est absolument exceptionnel en Belgique; l'immense majorité des services publics d'eau potable y sont tributaires de ressources fournies par les nappes souterraines.

Ces ressources sont l'élément vital de la distribution; sans elles, celle-ci n'est plus rien; viennent-elles à diminuer, à tarir, ou sont-elles atteintes dans la qualité des eaux qu'elles fournissent, le service est compromis, parfois anéanti, et la santé des populations alimentées en danger; le capital engagé dans l'entreprise est englouti ou tout au moins de rendement nul, à moins que l'adduction d'eau nouvelle puisse être réalisée.

Aucune disposition légale ne met ces installations sanitaires, d'utilité publique au premier chef, à l'abri d'éventualités aussi redoutables.

Dans la situation présente de notre législation, nombre de travaux de captage, effectués souvent à grands frais par les communes, ont une valeur absolument précaire; ils sont, en fait, à la merci du caprice, ou de la mauvaise volonté, ou encore de l'intérêt des propriétaires des terrains voisins. Il faut, en effet, considérer généralement comme illusoire, à raison des dépenses qu'il entraînerait, le remède qui consisterait à exproprier et à faire entrer dans le domaine communal tout ou partie du bassin hydrographique dont la prise d'eau est tributaire.

Une commune, qui a capté une source dans un terrain lui appartenant, ne peut se croire à l'abri de toute surprise. S'il plaît à un propriétaire, dont le terrain est situé en amont de cette source, de creuser dans son bien une tranchée, un puits intéressant la couche aquifère qui nourrit la venue d'eau communale, de laisser ensuite s'écouler les eaux ainsi mises à jour ou de les exhaurer, nul ne peut s'y opposer. Par ce seul fait, absolument légal, le débit de la source d'aval peut se trouver considérablement réduit, voire même annulé, sans que la commune, dont les sacrifices se trouvent de la sorte faits en pure perte, ait le moindre recours contre l'auteur du mal! Et qu'on ne dise pas que c'est là pure hypothèse, que jamais ce cas ne se rencontrera en pratique : la situation s'est présentée à deux reprises au cours de ces dernières années, une fois dans le Brabant wallon, une autre fois dans le Hainaut.

D'autres éventualités, tout aussi désastreuses pour le service public d'eau alimentaire, peuvent être signalées : le propriétaire d'amont établit dans son bien une fosse d'aisance, une citerne à purin, un dépôt de fumier; s'il construit l'ouvrage sans précautions spéciales, il est toujours à craindre que la fosse, la citerne, l'aire du dépôt ne soit pas étanche; les liquides qui s'y accumulent s'infiltreront donc dans le sol, et si celui-ci ne présente pas des conditions de continuité très particulière, ils iront rejoindre la nappe aquifère sans avoir subi ni épuration, ni modification, se mêleront aux eaux souterraines, puis seront captées et distribuées avec elles aux habitants de la localité alimentée par la prise d'eau. Qu'un cas de typhus ou de choléra survienne alors dans la propriété d'amont et toute la population tributaire de la distribution sera gravement menacée. Ici encore le propriétaire a usé de son droit et bien que l'exercice de celui-ci compromette ou ruine une œuvre d'utilité publique, aucune autorité, aucun pouvoir ne peut efficacement intervenir.

Cet état d'impuissance des communes à protéger, à défendre la distribution d'eau qu'elles ont établie dans l'intérêt de la santé publique, est grave. S'il n'a point, jusqu'ici, attiré davantage l'attention publique, c'est sans aucun doute que la science hydrologique, qui seule peut donner conscience du danger, en est encore à ses débuts et que ses notions n'ont pas encore pénétré dans les masses.

Il importe de ne pas tarder davantage à se préoccuper d'une situation qui peut être grosse de menaces et qui a d'ailleurs paru, à l'étranger, assez sérieuse pour justifier l'adoption de mesures spéciales dans plusieurs pays.

En *Italie*, la loi du 22 décembre 1888, sur l'hygiène publique, coordonnée le 1er août 1907, érige en délit punissable le fait de contaminer ou de corrompre l'eau des fontaines, puits, citernes, aqueducs ou réservoirs d'eau potable. En outre, le coupable est tenu de supporter les dépenses nécessaires pour réparer les dégâts, sans préjudice des peines plus graves comminées par le Code pénal dans le cas où il y aurait dommage causé à la santé de quelqu'un.

Dans le *Wurtemberg*, en vertu de la loi du 1er décembre 1900 sur le régime des eaux, le propriétaire d'un fond a, en principe, le droit d'y établir des citernes, d'y creuser des puits; toutefois, ce droit peut, dans l'intérêt général, être restreint par l'Autorité administrative, lorsqu'il doit résulter de son exercice un préjudice grave pour le public.

En *France*, la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, prévoit, en son article 10, l'établissement, par voie de servitude, autour des sources utilisées pour l'alimentation d'une commune, d'un périmètre de protection contre la pollution de la nappe d'eau; il est interdit d'épandre, sur les terrains compris dans le périmètre, des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet.

Ces dispositions sont applicables aux puits et galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

La loi prévoit l'allocation éventuelle d'une indemnité aux propriétaires des terrains grevés de la servitude.

Un projet de loi, récemment soumis aux Chambres par le Gouvernement, relativement aux mesures à prendre contre la pollution et en vue de la conservation des eaux, stipule qu'aucune évacuation, aucun déversement des matières ne pourra être effectué dans le sol, dans des excavations naturelles ou artificielles, dans des puits ou forages, qu'après que des dispositions convenables auront été prises pour ne pas compromettre l'utilisation des eaux souterraines et ne pas nuire à la salubrité. Ces dispositions devront être reconnues acceptables par un arrêté du préfet.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 27 juin 1906, concernant la protection de la santé publique, contient une prescription analogue à celle de la loi française précitée.

Les dispositions proposées par les articles 14 et suivants du projet de loi ont une portée plus étendue que celles actuellement en vigueur en Italie et en France : elles instituent des mesures de protection à la fois pour le *volume* des eaux dont une commune s'est assuré la possession, et pour la *pureté* de la nappe aquifère dans laquelle le captage est effectué, alors que la loi italienne et la loi française visent uniquement ce dernier point.

Elles tendent à donner au Gouvernement le pouvoir d'établir, autour des ouvrages de captage reconnus d'utilité publique, une zone protectrice dans laquelle l'exécution de certains travaux, à préciser dans chaque cas particulier, sera soumise à une autorisation préalable, que l'on entourera des réserves et conditions jugées nécessaires pour empêcher que le travail en projet ne puisse avoir pour résultat de réduire le débit du captage ou

d'altérer les qualités de l'eau qu'il fournit; elles créent donc, à charge des propriétés englobées dans cette zone, une servitude d'un genre spécial : les ouvrages de certaines catégories ne pourront plus être exécutés que moyennant une autorisation.

Avant d'entamer l'examen détaillé des dispositions du projet, il paraît opportun de rencontrer deux objections qui se présentent immédiatement à l'esprit.

Le projet crée, à charge de certaines propriétés, une servitude nouvelle. Ne convient-il pas de prévoir une indemnité au profit des propriétaires des immeubles grevés de cette servitude?

La question de principe s'est posée naguère à l'occasion de la loi du 2 avril 1873 sur les servitudes militaires; elle a été exposée de façon remarquable par M. Drubbel, membre de la Chambre des Représentants, dans le rapport qu'il a rédigé au nom de la Section centrale chargée de l'examen du projet de loi. Nous ne pourrions mieux faire que d'extraire de ce document les citations les plus intéressantes :

« On ne saurait prétendre avec fondement, dit M. Drubbel, qu'il y a, même théoriquement, obligation juridique à désintéresser tous ceux qui peuvent souffrir par ce qu'on appelle assez improprement « servitude d'utilité publique. »

» Les charges, que parfois le législateur est dans la nécessité d'imposer à la propriété, ne constituent pas toujours une véritable atteinte au droit.

» Sans doute, la propriété est une nécessité sociale, ou plutôt la base matérielle de la société; sans doute la société doit, si elle ne veut périr, porter au maintien du droit de propriété la plus jalouse sollicitude; c'est un droit que le législateur ne crée point lui-même, qu'il est obligé, au contraire, de reconnaître et de respecter. Mais il est certain et incontestable aussi qu'il appartient au législateur d'organiser ce droit, d'en régler l'usage et l'exercice pour le coordonner avec l'exercice d'une multitude d'autres droits et avec les exigences de l'intérêt public.

» Ainsi que l'a fait observer avec raison un éminent magistrat, le droit de propriété, qui assimile le pouvoir d'une personne sur une chose au pouvoir qu'elle a sur elle-même, ne peut avoir plus d'étendue pour celui auquel il appartient, que n'en a pour lui son droit de liberté individuelle; en d'autres termes, un propriétaire ne peut avoir, à ce titre, plus de pouvoir sur sa chose qu'il n'en a sur sa personne; et de même que la loi, gardienne de l'ordre et de la sûreté publique, peut, dans certaines conditions, ordonner ou défendre certains actes personnels à tout individu qui se trouverait dans ces conditions et limiter ainsi la liberté de sa personne; de même, elle peut, dans des conditions également déterminées d'avance, ordonner ou défendre certains actes sur les choses qui se trouveraient dans ces conditions, et limiter ainsi la liberté d'en user et d'en disposer, sans qu'on puisse voir dans ces dispositions une atteinte au domaine de propriété.

» Aussi, le Code civil, tout en proclamant, dans l'article 545, que nul ne peut être privé de sa propriété si ce n'est pour cause d'utilité publique et

moyennant une juste et préalable indemnité — principe que notre pacte fondamental s'est approprié et a mis hors des atteintes mêmes du législateur — n'en dispose pas moins en même temps, article 544, que la jouissance de la propriété est soumise aux restrictions à établir par la loi ou par les règlements, et qu'au nombre de ces restrictions sont les servitudes légales, servitudes dérivant, aux termes de l'article 639, ou de la situation des lieux ou des obligations imposées par la loi.

« Il existe une foule de cas où l'exercice du droit de propriété est limité et restreint par la loi :

« Les alignements dans les villes et les communes. Les plantations le long des routes. L'obligation de laisser et de souffrir le chemin de halage le long des fleuves et rivières navigables. La défense de faire des constructions à une certaine distance dans le voisinage des forêts nationales; de bâtir ou de creuser des puits à une certaine distance des cimetières ; de faire des constructions ou des plantations à une certaine distance des chemins de fer, etc.»

Et plus loin, M. Drubbel ajoute :

« A mes yeux, proclamer que tout sacrifice individuel au profit de tous doit être nécessairement et toujours dédommagé par la généralité, c'est bien moins consacrer un prétendu droit naturel que méconnaître les conditions essentielles de l'ordre social et de l'existence des nations; ce serait en tout cas modifier le régime normal de la propriété en Belgique, supprimer la disposition restrictive de l'article 544 du Code civil, bouleverser notre législation dont cette disposition est l'un des principes fondamentaux et ouvrir la porte à une multitude de demandes d'indemnités injustifiables; ce serait enfin gratifier les propriétaires actuels qui ne possèdent leurs biens qu'en vertu de titres conformes aux principes du Code civil. »

Les considérations qui précèdent sont absolument fondées. Elles établissent formellement, qu'en droit strict, la création d'une servitude d'utilité publique ne donne pas ouverture à indemnité.

Si la législature s'est parfois écartée de ce principe, ce n'a été que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque la servitude imposait un sacrifice particulièrement lourd et que des considérations, non de droit, mais d'équité, justifiaient l'octroi de compensations.

En est-il ainsi dans l'espèce actuelle? Il ne paraît pas : nous verrons plus loin, en effet, par l'analyse des textes, combien sera légère, dans la très grande majorité des cas, la restriction qui serait apportée à l'exercice du droit de propriété à l'intérieur du périmètre de la zone de protection. On n'en saurait donner de meilleure preuve que celle-ci : la restriction proposée existe depuis 1889 en pleine ville de Spa, pour toute une partie du territoire entourant la source minérale dite *Le Pouhon*, sans qu'il y ait jamais eu de protestation; en fait, dit un rapport officiel récent de l'Administration des mines, les charges imposées de ce chef aux propriétaires sont nulles.

Il est donc loin de s'agir d'une servitude exceptionnelle, constituant comme un démembrement du droit de propriété et qui justifierait une dérogation aux principes du droit, que nous venons de rappeler.

Dans un autre ordre d'idées, on pourrait faire remarquer que l'étendue et la portée exactes des servitudes d'utilité publique qui existent actuellement sont précisées dans la loi-même. D'après le texte du projet, au contraire, il appartiendra au Gouvernement de désigner les parcelles qui seront grevées et de déterminer dans quelles mesures l'exercice du droit de propriété sera réglementé. N'est-ce point là un pouvoir excessif qui lui sera conféré?

Rien, en droit, ne paraît s'opposer à ce que la détermination des immeubles qui seront grevés de la servitude, soit faite en vertu de la loi par le Gouvernement, en tenant compte dans chaque cas des circonstances particulières.

Assurément, il eût été préférable, pour éviter au Gouvernement le reproche de tomber dans l'arbitraire, de déterminer, dans le texte de la loi, l'étendue des zones de protection et la nature des travaux dont l'exécution devra faire l'objet d'une autorisation préalable; mais c'est là chose impossible. Il n'en est pas ici comme pour les servitudes militaires, forestières, de halage, de chemins de fer, etc., où l'on sait exactement d'avance ce qu'il faut interdire et jusqu'à quelle distance de l'ouvrage à protéger il est nécessaire de prescrire cette interdiction.

Les précautions à prendre pour mettre une couche d'eau alimentaire à l'abri de toute cause de contamination ou d'appauvrissement varieront extrêmement d'un endroit à l'autre selon la nature du sous-sol, l'épaisseur du manteau protecteur qui le recouvre, et, d'une manière générale, les circonstances spéciales afférentes à la nappe aquifère envisagée; il faut donc bien s'en remettre au pouvoir exécutif du soin de les préciser, dans chaque cas particulier.

On remarquera, au surplus, que les articles 14 et suivants entourent l'exercice du droit accordé au Gouvernement d'un maximum de garanties : l'enquête préalable, l'intervention de la députation permanente, sans compter le contrôle de l'opinion publique, empêcheront de manière efficace tout acte entaché d'arbitraire ou qui lèserait injustement et gravement les intérêts d'un particulier. On peut donc avoir, à cet égard, de complets apaisements.

Si les nouvelles dispositions proposées permettront, dans un très grand nombre de cas, d'assurer aux ouvrages de captage une protection efficace, ce serait se faire illusion, — il n'est peut-être pas superflu de le faire remarquer, — que de croire qu'elles suffiront, partout et toujours, pour mettre une couche aquifère quelconque à l'abri de toute cause de pollution : il est telles de ces couches qui sont, de par leur situation même, exposées de façon permanente à être contaminées par des eaux de surface et dont il est impossible de délimiter, même approximativement, le bassin d'alimentation. Ce ne sont point des mesures réglementaires, quelles qu'elles soient, qui pourraient remédier à un vice aussi essentiel et leur donner une sécurité qu'elles ne sauraient d'aucune façon présenter.

ART. 14.

Lorsqu'un ouvrage de captage de sources ou d'eaux souterraines, utilisé pour l'alimentation d'un service public de distribution d'eau, est reconnu d'utilité publique par le Gouvernement, celui-ci peut, par arrêté royal, subordonner à une autorisation préalable l'exécution, dans un périmètre qu'il déterminera, de tout ouvrage dont l'existence pourrait avoir pour résultat de réduire le débit du captage ou d'altérer les qualités de l'eau qu'il fournit.

Le périmètre de protection ainsi délimité et la nomenclature des ouvrages dont l'exécution est soumise à autorisation préalable, peuvent être modifiés ultérieurement par un nouvel arrêté royal.

L'article 14 ne vise que les ouvrages de captage des sources ou d'eaux souterraines ; les mesures qu'il édicte ne sont pas applicables aux distributions alimentées par des eaux de surface ou de rivière ; la pollution des eaux courantes est prohibée par des dispositions légales que l'article 22 du projet tend d'ailleurs à renforcer.

Seuls les ouvrages de l'espèce utilisés pour l'alimentation d'un service public de distribution d'eau pourront être placés sous le régime de protection que le projet propose d'instaurer.

Un puits public isolé, une source captée, mais dont le débit n'est pas distribué aux habitants au moyen d'une canalisation, ne seront donc pas protégés par la loi ; il serait excessif de prévoir la création d'une zone de protection autour de chaque puits public ou de chaque source utilisée pour l'alimentation. Il faut réserver cette mesure d'exception aux installations de quelque importance qui, toujours, comporteront un système de distribution.

Les captages alimentant des services particuliers d'eau potable échapperont également au nouveau régime ; ces services font généralement l'objet d'une exploitation commerciale ; il appartient à ceux qui les gèrent, d'assurer à leurs frais la pureté des eaux qu'ils vendent.

Il faudra, en outre, pour que la zone de protection puisse être établie, que la prise d'eau ait été reconnue d'utilité publique par le Gouvernement.

Pour faire saisir la portée et les conséquences de cette disposition, il importe de bien indiquer comment les choses se passeront ; à cet effet, une distinction s'impose entre les distributions d'eau actuellement existantes et celles qui seront établies dans l'avenir.

Parmi les premières, il en est beaucoup qui ont fait l'objet d'une déclaration d'utilité publique : notamment celles pour lesquelles il a fallu prévoir une expropriation judiciaire, ou celles qui ont nécessité pareille déclaration à l'effet de permettre la pose de conduites sous la voirie de communes non intéressées dans l'entreprise. Le Gouvernement s'assurera si ces services d'eau répondent encore aux prescriptions de l'hygiène et, dans l'affirmative, il pourra leur accorder le bénéfice de la législation nouvelle.

D'autres réseaux d'alimentation ont été créés sans qu'un décret d'utilité publique ait dû intervenir; le pouvoir central aura à rechercher dans quelle mesure ils méritent, par la qualité de l'eau qu'ils distribuent et par la valeur des installations qu'ils comportent, d'être placés sous le régime de protection institué par le projet. Si les résultats de son enquête sont favorables, il reconnaîtra, par un arrêté royal, le caractère d'utilité publique du service, qui répondra ainsi à la condition mise par l'article 14 à l'établissement d'une zone protectrice. S'ils sont défavorables, il s'efforcera par tous moyens, comme il le fait déjà à présent, d'amener la commune à remédier à la situation, soit en améliorant le captage, soit en recourant à d'autres sources. La seule persuasion lui permettra le plus souvent d'aboutir; mais s'il n'en était pas ainsi et si le mal était suffisamment grave pour affecter sérieusement la santé publique, l'article 21 du projet de loi lui donnerait le moyen d'agir d'office.

Pour ce qui concerne les services existants, il est donc formellement entendu que des servitudes ne seront créées à leur profit que si le Gouvernement a, au sujet de leur valeur, de complets apaisements.

Quant à ceux qui seront établis postérieurement à la mise en vigueur de la loi, on peut avancer qu'en fait ils seront tous soumis, en projet, à l'examen du Gouvernement : aucun d'eux ne saurait être mis sur pied sans l'intervention soit pécuniaire, soit administrative du pouvoir central. Celui-ci, dès maintenant, n'accorde son concours qu'à bon escient et après s'être assuré, par tous moyens, de la valeur technique et du caractère hygiénique de l'entreprise; aucun projet douteux ou sujet à critique sur des points essentiels, et notamment en ce qui concerne les travaux de captage, ne reçoit son approbation. Plus encore que par le passé, il aura dans l'avenir son attention fixée sur ce point primordial; il mettra les communes en demeure de justifier, par des rapports scientifiques, l'origine et les qualités des eaux qu'elles veulent utiliser; il leur demandera d'appuyer leur projet d'une documentation géologique et hydrologique aussi précise que possible, justifiant le tracé du périmètre de la zone de protection qu'il leur paraîtra nécessaire de ménager.

Quand il aura acquis de la sorte la conviction que le travail, qui lui est soumis, est complètement satisfaisant, il le décrétera d'utilité publique et poursuivra ensuite la procédure instituée par la loi nouvelle.

Bénéficieront donc seules de celle-ci les prises d'eau alimentaire qui auront une réelle valeur et qu'il sera reconnu utile et nécessaire d'entourer d'un périmètre de protection : il peut se faire, en effet, que, de par la nature du sous-sol et l'allure de la nappe souterraine, pareille mesure soit superflue. Dans d'autres cas, au contraire, nous l'avons déjà fait remarquer, les circonstances locales seront telles que toute mesure de protection serait inefficace en raison de la composition des terrains dans lesquels se trouve la couche aquifère; il ne restera alors qu'à abandonner celle-ci et à rechercher d'autres eaux alimentaires.

Le Gouvernement usera donc, ou non, selon les cas, du pouvoir que la loi lui confère.

L'arrêté royal, qui interviendra, déterminera, à la fois les limites de la zone protectrice et la nature des ouvrages dont l'exécution, à l'intérieur de cette zone, sera subordonnée à une autorisation préalable.

Il n'est peut-être pas superflu de faire remarquer, pour le premier point, que tous les terrains compris dans le périmètre de protection ne seront pas nécessairement frappés de servitude; il se peut que les caractéristiques de la nappe souterraine permettent d'en exempter certaines parcelles; s'il en est ainsi, l'arrêté le dira.

Quant au second point, faisons remarquer tout d'abord que, contrairement à la disposition de la loi française, tout ce qui a pour objet la culture du sol, comme par exemple l'épandage des engrais, échappe à la réglementation : le texte le dit clairement; ce ne sont pas là, en effet, des *ouvrages*. Si la culture normale de certaines parcelles de terrain constitue un danger pour la source, le possesseur de celle-ci aura l'obligation de les acquérir, soit à l'amiable, soit par voie d'expropriation.

Quels seront les ouvrages qui devront faire l'objet d'une demande en autorisation?

Tous ceux dont l'existence pourrait ou réduire le débit, ou contaminer les eaux. Il est impossible de préciser davantage dans le texte même de la loi : en raison des circonstances locales, c'est en effet une question d'espèce; ce qui devra, ici, faire l'objet d'une autorisation spéciale, pourra, ailleurs, être librement permis. On précisera dans chaque cas, lors de l'enquête, puis, dans l'arrêté royal.

En fait, le nombre de ces ouvrages sera restreint; il s'agira toujours de puits, de sondages, de forages, de galeries souterraines, de fouilles, d'excavations et d'autres travaux de même nature.

On remarquera, ce point est essentiel, que l'article 14 ne porte nullement défense d'exécuter ces ouvrages. Au contraire, tous ces travaux restent permis en principe; si leur réalisation est subordonnée à une autorisation préalable, c'est surtout dans le but de réserver aux pouvoirs publics la possibilité de mettre à leur exécution telles réserves et conditions qui leur paraissent nécessaires pour conserver à la prise d'eau protégée sa valeur et son débit. Très rares seront les cas où l'autorisation devra être refusée; ce n'est guère que lorsque l'ouvrage en projet aurait pour conséquence d'appauvrir la nappe aquifère que cette extrémité se présentera. Et encore l'autorité publique devra-t-elle se montrer circonspecte et avoir grand soin d'éviter, en pareille matière, tout ce qui pourrait ressembler à une expropriation déguisée : si elle doit réprimer impitoyablement toute tentative ayant pour but unique ou principal de détourner les eaux souterraines sans nécessité évidente pour son auteur, elle doit se garder de toute interdiction qui pourrait léser gravement les propriétaires des terrains frappés de servitude, en les mettant dans l'impossibilité de tirer de leurs biens le parti qu'ils peuvent légitimement escompter.

Mais, objectera-t-on, n'est-il pas à craindre que, interprétée de la sorte, la loi nouvelle ne soit inefficace, puisque l'on en arriverait à autoriser, par

esprit d'équité, certains travaux dont l'exécution compromettrait l'existence même de la prise d'eau? En aucune façon, car il restera toujours à la commune, propriétaire de celle-ci, la ressource d'acquérir ou d'exproprier, dans ces cas exceptionnels, la parcelle de terrain dont la mise en valeur par le propriétaire serait, pour son service de distribution, une cause de danger. Tous les intérêts seront ainsi sauvegardés.

L'expérience, ou des découvertes nouvelles, peuvent établir dans la suite des temps la nécessité d'étendre ou la possibilité de restreindre l'étendue de la zone de protection; il est donc nécessaire de permettre de modifier après coup le périmètre primitivement arrêté. C'est l'objet du second alinéa de l'article 14.

ART. 15.

Les arrêtés royaux, dont il est question à l'article précédent, sont pris après une enquête qui se tiendra dans les formes déterminées par les articles 3, 4, 5 et 6 de la loi du 27 mai 1870 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique; le plan sur lequel portera cette enquête renseignera le tracé du périmètre de protection de l'ouvrage de captage et, d'après les indications cadastrales, les limites des parcelles de terrain qui y sont comprises ainsi que les noms des propriétaires de ces parcelles; il spécifiera la nature des travaux dont l'exécution sera subordonnée à autorisation préalable.

Le dossier de l'enquête est soumis à la Députation permanente qui émet son avis par délibération motivée.

L'article 15 détermine les formalités à remplir avant que n'intervienne l'arrêté royal prévu à l'article précédent; elles ont pour but de mettre les propriétaires, dont les biens vont être englobés dans la zone de protection, en situation de se renseigner sur les intentions de l'administration et sur l'importance des restrictions qui seront apportées à l'exercice de leurs droits; elles leur permettront de formuler en temps utile leurs observations.

A cet effet, une enquête sera ouverte, dans les formes prévues par la loi du 27 mai 1870 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique; cette procédure a fait ses preuves, et l'on ne voit pas de motifs pour la modifier. Les documents sur lesquels portera cette enquête renseigneront chacun sur la nature exacte de la servitude qui grèvera sa propriété; nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer les raisons pour lesquelles il n'était pas possible de définir cette servitude dans la loi; nous n'y reviendrons donc pas.

L'avis motivé qu'aura à formuler la députation permanente sur le dossier de l'enquête constitue une garantie de plus pour les intéressés.

ART. 16.

Les demandes d'autorisation prévue à l'article 14 sont adressées à la Députation permanente du Conseil provincial. Celle-ci, après avoir entendu le propriétaire de l'ouvrage de captage, statue, sous les réserves et conditions qu'elle

juge utile de prescrire, endéans les deux mois de la réception de la demande au gouvernement provincial.

La date de cette réception est portée à la connaissance du demandeur par lettre recommandée à la poste.

A défaut par la Députation de statuer dans le délai fixé au premier paragraphe, l'autorisation sollicitée sera considérée comme étant accordée.

Aux termes de l'article 16, qui s'inspire de la loi du 31 juillet 1889 déclarant d'utilité publique la source du Pouhon, à Spa, c'est la députation permanente qui délivre les autorisations prévues à l'article 14. Ce collège, éclairé par les avis de son service technique, est mieux à même que quiconque de se prononcer sûrement, de préciser les conditions moyennant lesquelles un ouvrage donné peut être considéré comme inoffensif pour le captage qu'il s'agit de mettre à l'abri; le propriétaire de celui-ci sera d'ailleurs appelé à faire connaître les observations que lui suggéreraient les travaux projetés dans le périmètre de protection de sa prise d'eau : c'est là chose toute naturelle.

Art. 17.

La Députation permanente et, à son défaut, le Roi pourront ordonner, et au besoin assurer d'office, l'abandon et la destruction d'ouvrages dont la construction aurait été autorisée ou dont l'établissement n'aurait pas dû, aux termes de l'arrêté royal prévu à l'article 14, faire l'objet d'une autorisation, s'il est démontré, soit en cours d'exécution, soit après leur achèvement, qu'ils sont de nature à réduire le débit du captage ou à altérer les qualités de l'eau qu'il fournit.

L'indemnité qui pourrait être due de ce chef ne peut excéder le montant des pertes matérielles qu'a éprouvées le propriétaire du terrain et le prix des travaux devenus inutiles, augmentés de la somme nécessaire pour le rétablissement des lieux dans leur état primitif; elle est réglée à l'amiable ou par les tribunaux; elle est à la charge du propriétaire de l'ouvrage de captage.

Les dispositions de l'article 17 sont également empruntées, dans leur principe, à la loi précitée du 31 juillet 1889.

Elles se justifient par la difficulté, où l'on se trouvera toujours, de décider *a priori* avec une certitude absolue, si un ouvrage donné sera absolument sans répercussion sur le régime des eaux souterraines. La Députation peut se tromper; ses prévisions, si bien établies qu'elles soient, peuvent être déjouées par les faits; l'arrêté royal qui a énuméré les ouvrages sujets à autorisation peut être reconnu, par la suite, insuffisant et incomplet. Il faut dans l'intérêt public pouvoir réparer l'erreur, que celle-ci soit constatée au cours des travaux ou après leur achèvement. Le seul moyen est de faire disparaître la cause du mal.

Mais il va de soi que le propriétaire, qui a mis la main à l'œuvre de bonne foi, doit être indemnisé pour les dépenses qu'il a faites et pour celles qu'on

lui prescrira, sans que toutefois il doive tirer profit ou bénéfice de la mesure prise à son égard.

L'intéressé peut se refuser à obtempérer aux ordres qui lui seront donnés, il est donc nécessaire de prévoir des mesures d'office.

Art. 18.

Les décisions rendues par la Députation permanente en exécution des articles 16 et 17 sont notifiées aux intéressés par lettre recommandée à la poste.

Elles peuvent faire l'objet d'un recours au Roi; ce recours doit être exercé, à peine de nullité, dans le délai de quinze jours à dater de la notification; il est suspensif des travaux qui en font l'objet.

Les intéressés auxquels fait allusion le premier alinéa de l'article 18 sont, d'une part, le demandeur en autorisation, d'autre part, le propriétaire de l'ouvrage de captage.

Le recours au Roi, prévu au second alinéa, constitue une garantie indispensable en pareille matière contre les abus possibles. Il est ouvert à tous ceux qui ont un intérêt à défendre en l'occurrence; il pourra être exercé notamment :

1° Par le demandeur, à qui une députation permanente aura refusé l'autorisation sollicitée, ou à qui ce collège l'a accordée sous des conditions qu'il juge inacceptables, ou à qui, enfin, l'abandon des travaux commencés a été prescrit.

2° Par le propriétaire de l'ouvrage de captage, s'il estime qu'on a donné une autorisation à tort ou que les mesures de précaution imposées par la Députation sont insuffisantes;

3° Par le Gouverneur, s'il juge que la députation a autorisé à tort et si le propriétaire de la prise d'eau, faisant preuve d'insouciance, n'interjette pas appel.

L'intervention du pouvoir central est donc réservée dans toutes les éventualités possibles.

Art. 19.

Les décisions prévues aux articles 16 et 17 sont rendues par arrêté royal pour les parcelles de terrain situées en dehors de la province où se trouve l'ouvrage de captage.

Une Députation permanente n'est compétente que dans sa province; elle ne pourrait donc statuer pour les parcelles se trouvant hors de sa juridiction.

D'autre part, remettre le soin d'appliquer les articles 16 et 17 à une Députation désintéressée dans la question — comme le serait celle d'une province où ne se trouve pas la prise d'eau — offrirait bien peu de garanties.

Le mieux est donc, dans cette occurrence, de réserver la décision au pouvoir central.

Protection des eaux minérales.

Art. 20.

Les dispositions des articles 14 à 19 de la présente loi sont applicables, sur avis conforme de l'Académie de médecine, aux eaux minérales ou thermales appartenant aux communes.

Il n'existe pas, en Belgique, de législation générale tendant à mettre les eaux minérales et thermales à l'abri des entreprises qui pourraient modifier leur régime ou altérer leurs qualités. Seule, la source minérale dite le *Pouhon*, à Spa, bénéficie d'une exception au droit commun : une loi du 31 juillet 1889, dont il a été fait mention plus haut, l'a décrétée d'utilité publique et l'a entourée d'un périmètre de protection à l'intérieur duquel la recherche et l'exploitation des eaux minérales sont interdites, tandis que l'exécution de sondages, de puits, de travaux souterrains, de fouilles dont la profondeur excède deux mètres, est soumise à une autorisation de la Députation permanente. Nos autres richesses aquifères minérales ou thermales sont en fait à la merci des propriétaires des terrains sous lesquels elles circulent.

Cette situation précaire n'a pas manqué de retenir l'attention des intéressés : une proposition de loi étendant à toutes les sources minérales de Spa le régime de faveur institué en 1889 au profit du Pouhon a été déposée le 5 juin 1907, au Sénat, par M. E. Peltzer. La ville d'Ostende, de son côté, est depuis longtemps en instance pour obtenir des pouvoirs publics une protection efficace pour une nappe artésienne qui fournit une eau minérale intéressante; pareil avantage est également réclamé pour les eaux thermales de Chaudfontaine, ainsi que pour la source de Harre, dans le Luxembourg.

Il ne se comprendrait guère que ces démarches multiples laissent indifférents le Gouvernement et la Législature : la question mérite assurément examen; elle touche aux intérêts vitaux de nos stations balnéaires; elle présente également une réelle importance, si on l'envisage au point de vue de l'hygiène et de la médecine.

Aussi a-t-elle été étudiée et, ajoutons-le, résolue dans la plupart des pays étrangers : en *Espagne*, les décrets de 1874 et 1876 règlent tout ce qui a trait à la propriété, l'aménagement, la conservation et l'exploitation de ces sources, en les assimilant à une richesse nationale; en *Autriche*, la loi sur les mines leur est applicable; en *Allemagne*, si aucune loi d'empire ne les vise, la législation de la *Prusse*, de la *Saxe*, de la *Bavière*, du *Wurtemberg*, et, ailleurs, des règlements locaux, permettent aux autorités d'en assurer la sauvegarde.

En *France*, la loi du 14 juillet 1856, sur la conservation et l'aménagement des sources d'eaux minérales, porte que ces sources peuvent être déclarées d'intérêt public.

Un périmètre de protection peut leur être assigné et ce périmètre peut être modifié si de nouvelles circonstances en font reconnaître la nécessité.

Aucun sondage, aucun travail souterrain ne peut être pratiqué dans le périmètre de protection sans autorisation préalable. Une déclaration préalable au préfet peut être imposée, par le décret qui fixe le périmètre, pour les fouilles, tranchées, extraction de matériaux, fondation de maisons, caves ou autres travaux à ciel ouvert.

Tous ces travaux, même ceux commencés en vertu d'une autorisation régulière, de même que les sondages ou travaux souterrains entrepris en dehors du périmètre, peuvent, à la demande du propriétaire de la source, être interdits par le préfet, s'il est constaté qu'ils ont pour effet d'altérer ou de diminuer la source.

Une indemnité est prévue à charge du propriétaire de la source en réparation des dommages occasionnés par suite de suspension, d'interdiction ou de destruction de ces travaux. Elle ne peut excéder le montant des pertes matérielles éprouvées par le propriétaire du terrain et le prix des travaux devenus inutiles, augmentés de la somme nécessaire pour le rétablissement des lieux dans leur état primitif.

D'autres dispositions de la loi envisagent les travaux de captage et d'aménagement à effectuer par le propriétaire de la source dans son terrain ou dans le terrain d'autrui, à l'intérieur du périmètre de protection, pour la conservation, la conduite et la distribution de la source déclarée d'utilité publique. Dans ce cas également, il doit indemniser les propriétaires des terrains, des dommages causés.

En *Hongrie*, la loi du 8 avril 1876 prévoit, pour les eaux minérales reconnues d'utilité publique par le Gouvernement, l'établissement, à la demande des propriétaires, d'une zone de protection, déterminée par les conditions locales.

Dans les limites de cette zone, il est interdit de creuser ou de forer le terrain sans l'autorisation préalable de l'autorité compétente; celle-ci ne peut l'accorder qu'à la condition qu'il n'en résulte aucun dommage ni pour la qualité, ni pour la quantité des eaux. Si la source ainsi protégée est menacée par des travaux, même autorisés, ceux-ci sont suspendus à la requête des intéressés.

Sont également interdits les travaux qui pourraient causer une altération essentielle des couches de terrain avoisinant les sources protégées.

Dans le *Wurtemberg*, la loi du 1er décembre 1900, sur le régime des eaux, interdit aux particuliers de porter atteinte, par des fouilles, à l'écoulement des sources d'eau minérale d'un usage public.

En *Prusse*, les sources d'eaux minérales et thermales reconnues d'utilité publique, en vertu de la loi du 14 mai 1908, peuvent être protégées dans une zone à déterminer. A l'intérieur de celle-ci, il est interdit d'exécuter, sans autorisation préalable, des travaux de forage ou autres de nature à modifier la configuration du sol ou à affecter le rendement ou la disposition naturelle de la source.

S'il apparaît qu'un travail, autorisé ou non, met la source en danger, le

propriétaire de celle-ci peut obtenir un arrêté interdisant le travail ou ordonnant la remise des lieux en leur état primitif.

Lorsque l'autorisation d'effectuer des travaux est refusée ou n'est accordée que moyennant des conditions onéreuses, le propriétaire de la source doit indemniser le propriétaire du terrain, à moins qu'il n'apparaisse que le travail a été entrepris uniquement dans le but d'obtenir une indemnité, ou dans celui de mettre à jour une nouvelle source de nature à compromettre le débit de la source protégée, ou, enfin, lorsque le travail est déjà interdit en vertu de la législation antérieurement en vigueur.

La Belgique se trouve, en cette matière, fort en retard par rapport aux nations voisines et la loi sanitaire offre une occasion toute indiquée de combler cette lacune de notre législation.

Le problème comporte, semble-t-il, deux solutions : on peut, ou bien régler la question par une loi générale, applicable à toutes les sources minérales ou thermales dont la valeur serait dûment établie, ou bien légiférer pour chaque cas particulier, comme on l'a fait en 1889 au sujet du Pouhon.

Il semble plus logique, à l'exemple de ce qui s'est fait à l'Étranger, de recourir au premier moyen et d'étendre, aux eaux minérales et thermales, le bénéfice des dispositions qui sont destinées, d'après nos propositions, à protéger, dans leur qualité et dans leur quantité, les eaux souterraines utilisées pour l'alimentation publique.

Les considérations émises plus haut établissent, pensons-nous, que ces dispositions seront efficaces, tout en réduisant au strict minimum les sujétions auxquelles seront astreints les propriétaires des terrains englobés dans le périmètre protecteur. Il ne nous paraît pas nécessaire d'y revenir.

D'après le texte du projet, le Gouvernement ne pourra agir que sur l'avis conforme de l'Académie de médecine. L'intervention obligatoire de ce corps savant empêchera les abus et mettra obstacle à ce qu'il soit fait application de l'article 20 à des sources qui n'auraient pas une valeur suffisante au point de vue médical.

Les eaux minérales ou thermales qui sont la propriété de particuliers ou de sociétés privées ne pourront être placées sous le régime nouveau que la loi institue : ici, comme pour les eaux alimentaires, il a paru qu'il incombe au propriétaire, qui tire profit de son bien, d'en assurer à ses frais la protection.

Il est, du reste, à remarquer que, dans les pays étrangers, où la loi protège les eaux minérales ou thermales appartenant aux particuliers, elle astreint l'ouverture des établissements thermaux à des formalités diverses et leur exploitation à une surveillance spéciale de l'autorité : l'administration des sources, leur captation, l'expédition des eaux, la garantie de leurs qualités, tous ces points sont d'ordinaire étroitement réglementés.

Il en est ainsi notamment en France, non seulement depuis la loi du 14 juillet 1856, mais également en vertu des dispositions existant antérieurement sur la matière.

Certaines de ces dispositions, les arrêtés du 29 floréal an VII, 3 floréal an VIII et 6 nivôse an XI, ont été rendues exécutoires en Belgique et aucun texte ne les a abrogées. En fait, elles sont inappliquées et il ne semble pas qu'il y ait intérêt à les remettre en vigueur ou à édicter de nouvelles dispositions de l'espèce.

Faisons remarquer d'ailleurs qu'en ce qui concerne la mise en vente des eaux de table ou médicinales, aussi bien naturelles qu'artificielles, le Gouvernement puiserait, le cas échéant, dans les dispositions de la loi du 4 août 1890, relative à la police des denrées alimentaires et des substances médicamenteuses, les pouvoirs nécessaires pour réprimer les abus qui viendraient à être constatés.

Exécution d'office de travaux d'assainissement.

Art. 21.

Lorsque, durant les cinq dernières années, la moyenne des décès dans une commune a dépassé le taux de la mortalité moyenne du royaume, le Ministre qui a l'administration du service de santé et de l'hygiène dans ses attributions, charge une commission de procéder à une enquête sur la situation sanitaire de la commune. La commission est composée de trois délégués du comité régional de salubrité publique, du bourgmestre de la commune ou de son délégué et de l'inspecteur d'hygiène de la circonscription.

Si l'enquête établit la nécessité de travaux d'assainissement ou d'installations sanitaires, le Ministre invite le conseil communal de la localité ou des localités intéressées à délibérer sur leur exécution.

Si, dans les six mois, le conseil communal n'a pas déféré à cette invitation ou si les mesures qu'il projette paraissent insuffisantes, le Gouvernement fait procéder à une nouvelle enquête par les soins du Conseil supérieur d'hygiène.

Si cette seconde enquête confirme les résultats de la première, le conseil communal est mis en demeure de dresser le projet et de procéder à l'exécution des travaux jugés nécessaires.

S'il ne s'est pas conformé à cette réquisition endéans les délais qui lui ont été fixés ou si les divers conseils communaux intéressés ne se mettent pas d'accord sur la nature des travaux, leur mode d'exécution ou la répartition de la dépense, le Gouvernement, sur avis conforme de la Députation permanente, peut décider l'exécution d'office des travaux. La Députation permanente est chargée des mesures d'exécution; elle fait dresser et elle approuve le projet, elle règle la direction et la surveillance des travaux, inscrit d'office le crédit nécessaire au budget, conformément à l'article 133 de la loi communale, et mandate le paiement des travaux dans les conditions fixées par l'article 147 de la même loi. Le cas échéant, elle fixe la part des dépenses de chaque commune proportionnellement, soit au degré d'intérêt qu'elles ont respectivement à l'exécution des travaux, soit à la responsabilité qui leur incombe dans la cause d'insalubrité qu'il s'agit de supprimer, sauf recours au Roi de la part des communes intéressées.

Si les communes intéressées à l'exécution d'un même travail appartiennent à des provinces différentes, il est directement statué par le Roi au sujet de la répartition de la dépense.

En vue de rechercher les localités où se constate une mortalité anormale, l'Administration du service de santé et de l'hygiène a, en 1908, fait relever, pour chacune des années 1904, 1905 et 1906, le montant des décès survenus dans toutes les communes du royaume, ainsi que la proportion des décès pour 1,000 habitants.

Le même travail a été, dans la suite, poursuivi pour les années subséquentes. Il a permis de constater qu'une mortalité au-dessus de la moyenne du royaume persistait pendant trois années consécutives dans plus de 300 localités et durant quatre années consécutives dans près de 250 communes. Il en est un bon nombre où cette mortalité anormale perdure davantage encore.

Il est incontestablement des plus utile de connaitre les causes de cette situation.

Aussi, par circulaire ministérielle du 22 juillet 1909, a-t-il été décidé de faire procéder à une enquête sur la situation sanitaire de ces communes ainsi que sur les mesures à prendre pour y porter remède.

Cette enquête visait notamment les points suivants :

a) Causes des décès : mortalité infantile ; principales maladies transmissibles ou épidémiques constatées au cours de ces dernières années ;

b) Salubrité générale de la localité, notamment en ce qui concerne : l'état de la voirie, l'infection du sous-sol, l'alimentation en eau potable, l'évacuation des matières et eaux usées, les conditions d'entretien et de nettoiement des égouts et aqueducs, le degré de salubrité des habitations et de leurs dépendances (écuries, canalisations privées, fosses à fumier ou à purin, etc.);

c) Organisation sanitaire de la commune : établissements et services sanitaires et hospitaliers, règlements d'hygiène, mesures prises pour l'exécution des lois et arrêtés concernant l'hygiène et la salubrité publiques.

Cette mission d'enquête a été confiée, pour chaque localité intéressée, à un comité composé d'un inspecteur de l'Administration centrale, d'un membre de la Commission médicale provinciale et du bourgmestre de la localité ou de son délégué. L'ensemble des rapports rédigés à la suite de chacune de ces enquêtes, a été transmis au Conseil supérieur d'hygiène.

L'article 21 du projet de loi a pour premier objet de consacrer légalement la mesure dont le Gouvernement a pris l'initiative : désormais de telles enquêtes seraient organisées chaque année et poursuivies régulièrement. Il est permis d'augurer qu'elles seront fertiles en enseignements et qu'elles produiront des résultats importants pour l'assainissement général du pays.

Il a paru toutefois désirable de renforcer, dans la composition de la Commission d'enquête, le nombre des délégués du Comité régional de salubrité publique. Ce comité sera le mieux à même, par sa connaissance générale

de sa circonscription, de rechercher, avec l'aide de l'inspecteur d'hygiène et du représentant de l'autorité locale, les circonstances qui ont pu influencer la mortalité d'une commune de son ressort et de déterminer les causes dont la disparition doit principalement préoccuper les autorités.

Le Comité provincial aura la majorité au sein de la commission : celle-ci pourra, de cette manière, remplir sa mission en se dégageant de toute préoccupation d'intérêts locaux.

Les travaux des Commissions d'enquête, instituées par l'article 21 du projet, aboutiront naturellement, d'après les circonstances, à des conclusions variées, et les moyens à mettre en œuvre pour remédier à la situation, différeront en conséquence de localité à localité.

Il en résultera parfois, pour les autorités locales, l'obligation de veiller plus strictement aux prescriptions des lois et règlements sanitaires, de répandre davantage au sein des populations la connaissance des préceptes de l'hygiène, de renforcer l'inspection médicale scolaire, d'instituer des conférences sur l'art d'élever les petits enfants, sur l'utilité des désinfections, de pousser au développement des sociétés d'habitations ouvrières et des associations de secours mutuels en cas de maladie, de poursuivre l'assainissement des quartiers insalubres, de pourvoir la localité d'un établissement hospitalier, d'une station de désinfection, d'une distribution d'eau, d'un réseau d'égouts, d'entretenir en état convenable les installations sanitaires existantes, etc., etc.

Dans chaque cas, les autorités communales seront appelées à statuer sur la suite à donner aux conclusions des travaux de la Commission d'enquête.

Il est à espérer que ces autorités, éclairées par l'évidence des faits et se rendant compte de la responsabilité qui leur incombe vis-à-vis de leurs commettants, auront à cœur de prendre les mesures qui leur seront indiquées.

Il ne faut pas cependant se dissimuler que, si ces mesures comprennent l'exécution de travaux d'assainissement ou la création d'établissements ou d'installations sanitaires, elles rencontreront souvent l'indifférence ou parfois même l'opposition des mandataires de la commune.

Que de fois, dans le passé, n'a-t-on pas vu des administrations locales se refuser d'accueillir les avis des autorités sanitaires et laisser perdurer des situations insalubres au plus haut degré, malgré les subsides importants qu'elles pouvaient escompter de la part de l'État et de la Province?

Il faut bien reconnaître, d'autre part, qu'au point de vue de leurs installations sanitaires, un très grand nombre de communes ont fait preuve jusqu'à présent de la plus complète insouciance.

Les rapports des Commissions médicales provinciales abondent en faits de ce genre.

Aussi n'est-il pas étonnant qu'en 1867 déjà le Conseil supérieur d'Hygiène ait émis le vœu de voir le Gouvernement « présenter aux Chambres législa-

tives un projet de loi autorisant le Roi à créer des ressources d'office, dans les communes où les Conseils communaux refuseraient d'imposer leurs administrés, pour payer les dépenses de police sanitaire et des travaux que la santé publique réclame, et dont le Gouvernement, de l'avis conforme de la Députation permanente du Conseil provincial et du Conseil supérieur d'hygiène, aurait constaté la nécessité ».

A de nombreuses reprises depuis lors, notamment en 1892, 1893, 1898, le Conseil supérieur d'hygiène, en présence des faits nouveaux qui lui étaient signalés, a exprimé le même sentiment.

Lorsqu'une situation insalubre est patente, que celle-ci a pour effet de compromettre gravement la santé publique, que la cause en est connue, que les moyens de nature à y remédier sont pratiquement réalisables et que la commune ne se décide pas à les mettre en œuvre, lorsque toutes ces circonstances se trouvent réunies, il importe que l'autorité supérieure puisse intervenir pour vaincre l'inertie injustifiée de l'autorité locale.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer antérieurement (p. 18), l'insalubrité d'une commune n'intéresse pas uniquement ses habitants; elle peut affecter, dans certaines circonstances données, la santé des populations des localités voisines et même du pays tout entier.

Il a, du reste, été fréquemment signalé, par exemple en matière de pollution des eaux, de déversement d'immondices, etc., qu'une commune donnait naissance à une situation qui constituait une source de nuisance pour les localités voisines.

Dans ses *Instructions pour prévenir l'apparition des maladies transmissibles et combattre leur propagation*, le Conseil supérieur d'hygiène fait ressortir comme il suit l'importance des travaux d'assainissement au point de vue de la défense contre les affections contagieuses :

« Plusieurs maladies transmissibles, la peste, le choléra, la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique et la tuberculose pulmonaire apparaissent et se développent de préférence dans les milieux insalubres. Par contre, dans les localités qui ont été assainies, la fièvre typhoïde et le typhus ont pour ainsi dire disparu, le choléra et la peste ne réussissent plus à prendre pied et la tuberculose elle-même a rétrogradé. La distribution d'une eau pure et abondante, l'éloignement des matières usées, l'assèchement du sol, la propreté des voies publiques, l'assainissement des habitations, notamment dans les quartiers populaires, ont exercé une influence décisive : c'est dans cette voie que les administrations doivent s'engager, si elles veulent éviter sûrement l'invasion des fléaux épidémiques les plus redoutables. »

Il est, du reste, peu rationnel d'imposer aux citoyens le respect des prescriptions de l'hygiène, si ces mêmes principes peuvent être impunément méconnus par les autorités publiques, et si principalement celles qui sont chargées de veiller aux intérêts de la santé publique, négligent leurs devoirs les plus essentiels.

A l'heure actuelle, l'autorité supérieure n'est pas armée. Pour qu'elle puisse intervenir, il faut qu'un texte de loi l'y autorise expressément, ainsi

que l'ont prévu, notamment, la loi du 10 avril 1841 sur les chemins vicinaux, et celle du 7 mai 1877 sur les cours d'eau non navigables ni flottables.

L'article 27 de la première de ces lois porte : « Les conseils communaux sont tenus de délibérer, à la réquisition de la députation permanente du conseil provincial, sur l'ouverture, le redressement, l'élargissement et la suppression des chemins vicinaux.

« En cas de refus de délibérer ou de prendre les mesures nécessaires, la députation peut, sous l'approbation du Roi, ordonner d'office les travaux et acquisitions, et pourvoir à la dépense. »

De son côté, l'article 20 de la loi du 7 mai 1877 dispose que « les travaux extraordinaires ou d'amélioration (des cours d'eau non navigables ni flottables) peuvent être ordonnés d'office par le Roi ou par la députation permanente, les conseils communaux préalablement entendus ».

Il est d'autant plus justifié d'étendre ces dispositions à l'exécution des travaux d'assainissement que, d'après les lois de 1789 et de 1790, le pouvoir communal a l'obligation de veiller à tout ce qui concerne la salubrité publique, notamment en vue de prévenir ou de faire cesser les épidémies, et que, en vertu de l'article 131 de la loi communale, les dépenses relatives à la police de salubrité locale sont à la charge du budget communal.

Des dispositions analogues se retrouvent, au surplus, dans la législation de plusieurs autres nations, notamment de l'Angleterre, de l'Allemagne, de la France et de la Hongrie.

C'est en *Angleterre* que les pouvoirs de l'autorité supérieure sont les plus étendus.

En vertu du « *Public Health Act* » de 1875, lorsqu'il est signalé au *Local Government Board* qu'une autorité locale n'a pas pourvu d'une manière suffisante le territoire de son district d'égouts ou de conduites d'eau, ou qu'elle n'entretient pas en bon état les ouvrages existants et qu'il en résulte un danger pour la santé publique, ou encore lorsqu'une administration locale néglige de faire observer les prescriptions de la loi, le *Board* peut, après enquête, prendre un arrêté fixant un délai à l'autorité locale pour remédier à la situation. Si, après ce délai, il n'a pas été obtempéré à son invitation, le *Board* peut faire procéder aux actes qui incombaient à l'autorité locale et mettre à charge de celle-ci les dépenses et frais y afférents.

Aux *Pays-Bas*, d'après la loi du 4 décembre 1872 concernant les maladies contagieuses, dans toute commune où la chose est jugée nécessaire par l'autorité provinciale, l'administration communale est tenue de prendre les dispositions nécessaires pour isoler et soigner les personnes atteintes de maladies contagieuses. L'autorité provinciale décide s'il sera créé à cet effet des installations provisoires ou définitives.

Dans chaque cimetière, un dépôt mortuaire doit être établi. S'il n'est pas satisfait à cette obligation endéans l'année à partir de la publication de la loi, ce dépôt sera établi d'office par les soins du Commissaire de la province et aux frais de la commune, s'il s'agit d'un cimetière public.

En *Allemagne*, la loi du 30 juin 1900 porte que les communes peuvent être astreintes en tout temps, dans la limite de leurs ressources, à pourvoir aux installations publiques destinées à l'approvisionnement en eau potable ou eau de ménage, ainsi qu'à celles affectées à l'enlèvement des immondices, en tant que ces installations sont nécessaires pour garantir la population contre les maladies transmissibles.

En *Prusse*, suivant l'article 29 de la loi du 28 août 1905 pour combattre les maladies contagieuses, les communes sont tenues d'établir et d'entretenir convenablement les installations nécessaires pour la lutte contre les maladies contagieuses.

Les autorités de district sont autorisées à se substituer aux communes pour établir et entretenir ces installations.

En *Hongrie*, en vertu de la loi de 1876, dans les localités où, sans qu'il y ait épidémie, la mortalité excède le chiffre normal et où les mesures prises par l'autorité départementale restent inefficaces, le ministre de l'intérieur peut, par l'intermédiaire d'un délégué spécial, faire une enquête et ordonner les mesures jugées nécessaires.

En *Roumanie*, d'après la loi du 14 juin 1893, les municipalités doivent veiller à ce que leurs habitants soient approvisionnés en eau potable. S'ils ne satisfont pas à cette obligation, le Ministre, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, peut faire exécuter les travaux nécessaires, aux frais de la commune. Un règlement spécial détermine les conditions dans lesquelles l'exécution des travaux « d'amélioration de la salubrité » est reconnue nécessaire et dans lesquelles l'approbation est donnée aux plans et devis de ces travaux.

En *France*, d'après l'article 9 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la République, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la Commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions hygiéniques de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la localité nécessite des travaux d'assainissement, le préfet, après une mise en demeure non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil.

En cas d'avis de ce conseil contraire à l'exécution des travaux ou en cas de réclamation de la part de la commune, le Ministre, s'il le juge à propos, soumet la question au Conseil supérieur d'hygiène publique. Celui-ci procède, dans ce cas, à une enquête, dont les résultats sont affichés dans la commune.

Le préfet met ensuite la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, endéans le mois, le conseil municipal ne s'est pas engagé à déférer à cette injonction ou si, dans les trois mois, il n'a pris aucune mesure d'exécution, un décret du Président de la République, rendu en Conseil d'État, or-

donne les travaux et en détermine les conditions d'exécution. La dépense en est mise à la charge de la commune par une loi spéciale.

L'article 21 du projet, tout en s'inspirant de ces diverses dispositions de lois étrangères, n'accorde pas au Gouvernement un droit d'intervention aussi étendu que certaines d'entre elles, spécialement le *Public Health Act* de 1875. D'autre part, il subordonne l'enquête officielle qu'il institue, à une constatation de fait, la mortalité élevée de la commune en cause et, enfin, il entoure l'exécution d'office des mesures arrêtées, de conditions multiples qui sont de nature à donner toute garantie contre une intervention arbitraire de l'autorité supérieure.

Dans la loi française, la procédure a, comme point de départ, une mortalité qui dépasse la moyenne du royaume pendant trois années consécutives. Le même principe avait été adopté en Belgique, par la circulaire du 22 juillet 1909, que nous avons rappelée plus haut.

L'expérience a toutefois permis de constater, en France comme en Belgique, qu'une période triennale constitue une base d'observation trop réduite. Dans les localités de minime importance, il suffit parfois de quelques décès fortuits à la suite d'une épidémie ou d'accidents, pour élever le taux de la mortalité au-dessus de la moyenne du pays.

Aussi plusieurs conseils départementaux d'hygiène de France ont-ils émis le vœu que la base actuellement admise par la loi du 15 février 1902 fût étendue à une période de cinq ans.

D'autre part, en exigeant que la mortalité anormale perdure pendant plusieurs années successives, on s'expose à admettre des inégalités de traitement peu justifiées : des localités échapperont à l'application de la loi, bien que leur mortalité soit, dans l'ensemble de la période envisagée, fort élevée, parce que, pour l'une des années de cette période, cette mortalité sera restée en dessous de la moyenne générale.

Eu égard à ces considérations, le projet de loi exige que la moyenne des décès d'une localité, durant les cinq années précédentes, ait dépassé le taux de la mortalité moyenne du royaume pendant cette même période.

Chaque année, l'administration dressera la liste des localités qui tombent sous l'application de l'article 21 du projet de loi.

Mais il n'en résulte pas nécessairement qu'une nouvelle enquête sera entreprise dans toutes les communes comprises dans la liste. Si une enquête a récemment été tenue dans certaines de ces communes, une seconde enquête ne serait justifiée qu'en présence d'indices de nature à faire admettre que des investigations complémentaires pourraient révéler des faits nouveaux. De même, lorsqu'une enquête a été le point de départ d'une réorganisation des services sanitaires de la commune ou a été suivie de l'exécution de travaux d'assainissement, il conviendra tout naturellement d'attendre, avant de procéder à une enquête nouvelle, que les mesures prises aient pu produire leurs effets.

L'existence d'une mortalité plus élevée que la moyenne du royaume, pendant les cinq années écoulées, telle est, avons-nous dit, la base de la procédure tracée par l'article 21 du projet de loi.

Les autres garanties dont cette procédure est entourée, sont les suivantes :

1° Une enquête est faite par une commission composée de trois délégués du Comité régional de salubrité publique, du bourgmestre de la commune intéressée ou de son délégué et de l'inspecteur d'hygiène de la circonscription ;

2° Les enquêteurs ne concluront pas forcément à la nécessité d'exécuter des travaux d'assainissement : il est possible que la grande mortalité constatée soit due à des causes accidentelles. Il est encore à prévoir que, dans bien des cas, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, les mesures préconisées auront trait à une observation plus rigoureuse des règlements sur la salubrité publique, au renforcement des dispositions sur la matière, à l'organisation convenable des services sanitaires communaux, etc., etc.

Si le rapport de la Commission d'enquête conclut à la nécessité de travaux d'assainissement ou d'installations sanitaires, il devra en spécifier la nature. Les termes du projet de loi sont fort larges : ils visent tout aussi bien que la création d'installations nouvelles, les travaux d'entretien et de réfection que nécessitent des installations existantes ou même la suppression de celles-ci, s'il est impossible de les remettre en état satisfaisant.

3° Dans l'hypothèse envisagée au précédent alinéa, le Ministre invitera le Conseil communal à délibérer sur l'exécution des travaux. Un délai de six mois lui est dévolu pour se prononcer à ce sujet ;

4° Si, après ce laps de temps, le Conseil communal n'a pas déféré à l'invitation qui lui a été adressée, ou si les mesures qu'il propose paraissent insuffisantes au Gouvernement, celui-ci fait procéder à une seconde enquête par les soins du Conseil supérieur d'hygiène ;

5° C'est seulement après cette seconde enquête et pour autant que les résultats de celle-ci confirment les conclusions de la première, qu'une véritable injonction serait adressée à la commune ; celle-ci serait mise en demeure de dresser le projet et de procéder à l'exécution des travaux jugés nécessaires. Des délais seraient assignés à la commune pour l'étude du projet et pour la réalisation des travaux ;

6° Si, malgré les avertissements qui lui ont été ainsi prodigués, l'administration locale persiste dans son inaction — ou si plusieurs communes sont en cause et ne parviennent pas à s'entendre, — le Gouvernement pourrait décider l'exécution d'office des travaux. Mais cette mesure ne serait prise que sur avis conforme de la Députation permanente.

Cette identité de vues entre l'autorité provinciale et le pouvoir central constituera une nouvelle et importante garantie contre toute décision hâtive ou arbitraire.

L'exécution des travaux, qui seraient décrétés par le Gouvernement, est confiée à la Députation. Grâce à ses services techniques, qui s'occupent con-

stamment de questions d'assainissement, celle-ci se trouve mieux que tout autre en situation d'assumer cette mission ; la marche que ce collège aura à suivre, et qui se trouve précisée dans l'avant-dernier paragraphe de l'article 21, rappelle celle qui est tracée dans la loi de 1841 sur les chemins vicinaux (art. 22 et 24) ; elle a subi l'épreuve de l'expérience et n'a pas donné lieu, en pratique, à des difficultés.

Il pourra arriver parfois qu'un travail d'assainissement concerne plusieurs communes. Dans ce cas, la répartition des dépenses entre les communes en cause se fera également par la Députation, qui aura à tenir équitablement compte, dans cette ventilation, de l'intérêt et de la responsabilité de chacune d'elles; le droit de recours au Roi permettra d'ailleurs aux parties, qui se croiraient lésées, de se pourvoir en appel et donnera au pouvoir central la possibilité de reviser les décisions qui ne lui paraîtraient pas équitables.

Il convient d'ajouter que, dans la pensée du Gouvernement, l'exécution d'office de travaux d'assainissement n'aura pas pour effet de priver les communes intéressées du bénéfice des subsides qu'elles peuvent espérer obtenir du Trésor public et des Caisses provinciales; mais elle ne doit pas davantage leur créer un droit à ces interventions pécuniaires : entrer dans cette voie serait assurer une prime aux administrations communales qui, indifférentes à leurs obligations, négligent leurs devoirs et laissent se créer des situations déplorables auxquelles elles se refusent ensuite à porter remède. Nul ne soutiendra qu'elles méritent pareille faveur.

Protection des cours d'eau.

Art. 22.

Les dérogations à l'interdiction édictée par l'article 27, 5° de la loi du 7 mai 1877, de laisser couler, dans les cours d'eau non navigables ni flottables, des liquides ou d'y jeter ou déposer des matières pouvant altérer ou corrompre les eaux, ne peuvent être accordées par les Députations permanentes des conseils provinciaux qu'après une enquête de commodo et incommodo ; elles sont subordonnées aux réserves et conditions nécessaires en vue d'éviter la pollution de ces cours d'eau.

L'autorisation peut être retirée si le bénéficiaire n'observe pas ces réserves et conditions ou s'il refuse de se soumettre aux obligations nouvelles que la Députation permanente conserve le droit de lui imposer, si l'expérience en démontre la nécessité.

Les décisions des Députations permanentes portant autorisation ou refus d'autorisation sont immédiatement affichées, par les soins des bourgmestres, dans les communes intéressées.

Appel contre les décisions des Députations permanentes peut être interjeté auprès du Roi, endéans les dix jours de l'affichage, par tout intéressé.

L'article 27, 5° de la loi du 7 mai 1877, sur la police des cours d'eau non navigables ni flottables est ainsi conçu :

« Sont punis des peines de simple police sans préjudice des peines plus graves comminées par la loi pénale : ....

» 5° Ceux qui y laissent couler des liquides, y jetteront ou y déposeront des matières pouvant corrompre ou altérer les eaux, sauf les exceptions à déterminer par les règlements provinciaux, ou, à défaut de ces règlements, par la députation permanente. »

D'autres dispositions encore de notre législation tendent à prévenir la pollution des cours d'eau.

L'arrêté royal du 1er mai 1889, portant règlement général des voies navigables, défend « de jeter, laisser flotter ou couler dans le lit des voies navigables, dans les fossés et rigoles qui en dépendent, aucun objet qui puisse en relever le fond, gêner la navigation ou porter obstacle au bon écoulement des eaux, aucune matière qui puisse altérer celles-ci »(art.91.3°).

Le Code rural (loi du 7 octobre 1886) punit ceux qui jettent des bêtes mortes dans un cours d'eau, un étang ou un canal (art. 89).

La législation sur la police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, permet de subordonner le déversement des eaux résiduaires dans les cours d'eau, aux réserves et conditions nécessitées par l'intérêt de la salubrité.

Enfin, mentionnons que la loi du 19 janvier 1883, sur la pêche fluviale, punit quiconque a jeté dans les eaux courantes des substances qui sont de nature à enivrer le poisson ou à le détruire et dans le but d'atteindre un de ces résultats.

Malgré l'existence de ces multiples dispositions légales, la pollution des cours d'eau, soit par le sewage des agglomérations, soit par les eaux résiduaires des établissements industriels, ne semble pas diminuer, et les plaintes et réclamations de plus en plus fréquentes et énergiques, ainsi que les multiples enquêtes administratives auxquelles elles ont donné lieu, donnent à penser que la situation a plutôt empiré.

Une commission a été chargée, par arrêté ministériel du 21 décembre 1900, de rechercher les causes de la pollution des cours d'eau, ainsi que les mesures susceptibles d'y remédier.

De l'enquête à laquelle elle s'est livrée, il ressort que ni les communes ni les industriels ne veillent, en général, à ce que leurs eaux usées ne soient point une cause de danger ou de nuisance pour les riverains des cours d'eau. On en est arrivé, en bien des endroits, ajoute le rapport de la Commission, à considérer la rivière comme le collecteur naturel de tous les liquides, quels qu'ils soient, dont on a à se débarrasser, au risque de créer ainsi, dans les régions où la population est dense, où l'industrie est active, où les cours d'eau n'ont pas un débit suffisant, des situations critiques, parfois même dangereuses pour les populations riveraines.

Appréciant la législation qui laisse perdurer une telle situation, la Commission s'exprime comme il suit :

« La comparaison de ces dispositions est instructive et il est intéressant de mettre en relief les conclusions qui s'en dégagent.

» Tout d'abord, la défense d'évacuer dans les eaux courantes des matières capables de les altérer ou de les corrompre est nettement marquée dans la réglementation, qu'il s'agisse de rivières navigables, ou de cours d'eau non navigables.

» Le règlement général des voies navigables, comme la loi du 7 mai 1877 sur la police des petits cours d'eau, formulent tous deux cette interdiction. On remarquera toutefois combien le premier est plus radical et plus formel ; il ne prévoit ni ne permet de dérogation; la loi de 1877 admet, au contraire, que les règlements provinciaux pourront autoriser des exceptions.

» Rien n'explique cette différence. A première vue, la tolérance éventuelle prévue pour les petits cours d'eau paraît plus justifiée que la rigueur absolue du règlement applicable aux voies navigables : on peut concevoir des cas, — et il s'en présente en pratique — où, eu égard au régime d'une rivière, à son pouvoir auto-épurateur, il n'y aurait que peu ou point d'inconvénients à permettre d'y rejeter des eaux usées en quantité limitée, les agents naturels devant en assurer la purification au bout d'un très faible parcours. A prendre le règlement à la lettre, cette autorisation ne pourrait être accordée quand il s'agit des cours d'eau navigables.

» La loi régissant les cours d'eau non navigables, tout en interdisant en principe le rejet en rivière de matières capables de souiller les eaux courantes, a prévu, nous venons de le rappeler, que des exceptions pourraient être tolérées par les *règlements provinciaux*.

» Le texte présenté par le Gouvernement proposait de remettre aux *députations permanentes* le soin de déterminer et d'autoriser ces exceptions. La Section centrale a combattu cette manière de voir :

« Il semble, dit le rapport, que la Députation permanente ne doit pas » avoir la latitude, comme le veut l'article 28, d'accorder des autorisations » en cette matière.

» Si, pour des motifs graves et exceptionnels, il devient indispensable » de permettre à une industrie d'écouler ses résidus et ses déchets dans un » cours d'eau, c'est au moyen d'un règlement provincial que cette permis- » sion doit être accordée. Une semblable formalité donnera au moins » certaines garanties, parce qu'elle est de nature à provoquer un examen » sérieux, ainsi que l'adoption de mesures de précaution rigoureuses pour » empêcher autant que possible les inconvénients que nous avons signalés. »

» Ainsi donc, pour chaque industrie, la Section centrale prévoit une instruction détaillée et un règlement provincial spécial, precisant les mesures de précaution à prendre.

» La législature et le Gouvernement se sont ralliés à cette manière de voir, et de leur accord est sorti le texte inséré dans la loi.

» Or, qu'ont fait la plupart des conseils provinciaux? Contrairement à la

volonté expresse du législateur, ils n'ont pas encore pris les règlements spéciaux dont il est question dans le rapport de la Section centrale ; ils ont purement et simplement délégué aux députations permanentes le pouvoir de permettre les dérogations aux prescriptions du paragraphe 5 de l'article 27 de la loi, supprimant ainsi les garanties spéciales que la Section centrale entendait expressément établir.

» En fait, les députations permanentes ont donc, dans l'état actuel des choses, des pouvoirs plus étendus que ne l'a voulu la loi ; elles exercent une juridiction que celle-ci n'entendait pas leur confier.

» Circonstance aggravante : leurs décisions en la matière sont souveraines et sans appel ; le pouvoir central les ignore ; il n'a le droit ni de les contrôler ni de les reviser ; il ne peut agir que par voie de conseil et l'on ne sait que trop combien sont de peu d'importance les résultats que l'on peut obtenir par ce moyen.

» Rien d'étonnant, dès lors, à ce que l'on constate, dans la manière d'interpréter la loi et de l'appliquer, des différences si marquées de province à province ; à ce qu'une chose défendue ici, soit tolérée ailleurs sans raison aucune et dans des circonstances identiques ; à ce que, en un mot, il y ait autant de régimes qu'il existe de députations.

» Il y a là une cause grave d'inefficacité pour toute la réglementation : telle province, qui remplit consciencieusement ses obligations, peut voir ses efforts paralysés par la négligence de telle autre qui, placée en amont du bassin hydrographique, ne prescrit pas de mesures suffisantes pour combattre la pollution des rivières dans son ressort. La situation ainsi créée a naturellement sa répercussion sur les voies navigables, dans lesquelles les ruisseaux et rivières de moindre importance viennent déverser leurs eaux.

» Nous venons de dire que les arrêtés des députations permanentes autorisant le déversement des eaux salies en rivière, ne sont pas susceptibles d'appel : il en est ainsi, en effet, lorsque ces décisions sont prises par application de la loi du 7 mai 1877 sur la police des cours d'eau non navigables. Mais la question peut être envisagée tout autrement lorsqu'il s'agit d'eaux résiduaires provenant d'établissements dangereux, insalubres ou incommodes de première classe : au nombre des conditions mises par les députations permanentes à l'ouverture de ces établissements, selon les dispositions de l'article 6 du règlement général du 29 janvier 1863, se trouvent généralement des prescriptions visant l'épuration des liquides évacués par l'usine ; ces prescriptions, édictées, au vœu du règlement, *dans l'intérêt de la sûreté, de la salubrité et de la commodité publiques*, ont entre autres pour but d'éviter les inconvénients et les dangers que peut occasionner la corruption des cours d'eau. Or, les ordonnances des députations permanentes prises en vertu de ce règlement peuvent faire l'objet d'un recours au Roi ; le pouvoir central a le droit de les réformer dans son ensemble ; il pourra donc notamment modifier, remanier, compléter, comme il l'entendra, les mesures imposées pour la purification des eaux résiduaires, alors qu'il se fût trouvé complètement désarmé si ces *mêmes* mesures avaient été ordonnées par le *même* collège,

en vertu de la loi sur les cours d'eau non navigables et des règlements provinciaux qui en dérivent !

» Cet état de notre législation, qui prévoit, ou non, l'intervention du Gouvernement pour reviser, sur appel, une décision des députations permanentes selon la disposition réglementaire sur laquelle elle s'appuie, constitue une anomalie évidente pour le maintien de laquelle ne plaide aucune raison sérieuse. »

La situation hétéroclite créée par les différentes dispositions légales et réglementaires en vigueur est lumineusement exposée dans le passage ci-dessus extrait du rapport de la Commission de 1900.

Le Gouvernement ne peut intervenir quand la pollution dérive d'une cause autre que le fonctionnement d'un établissement industriel. Sous l'empire de la réglementation actuelle, il n'a pas d'action en ce qui concerne les établissements rangés dans la seconde classe.

Quant aux établissements de première classe, le Gouvernement n'intervient pas d'office ; et un recours au Roi n'est prévu que sur appel exercé, dans un délai de dix jours, soit par l'autorité communale, soit par les intéressés.

La Commission a cherché les remèdes au mal signalé et elle en est arrivée à la conclusion suivante :

« L'analyse des dispositions qui concourent actuellement à défendre, tout au moins en théorie, les eaux courantes contre les causes de contamination, a fait ressortir combien notre régime manque d'unité et de cohésion : les contradictions auxquelles il conduit fatalement choquent le simple bon sens, et l'on conçoit qu'elles puissent suffire à énerver, dans le fait, toute réglementation.

« A toute évidence, la première mesure à prendre pour remédier à cet état de choses consiste à donner au pouvoir central la possibilité d'intervenir, sous une forme ou sous une autre, dans l'octroi des autorisations ayant trait aux cours d'eau non navigables ni flottables. Tant que les autorités provinciales conserveront en cette matière l'indépendance absolue que leur reconnaît la loi du 7 mai 1877, l'anarchie persistera ; elle ne cessera que pour autant que le Gouvernement soit en mesure d'imprimer une certaine unité aux décisions prises dans les diverses provinces et de les mettre en concordance avec celles qui sont édictées par lui. »

Conformément à cette proposition de la Commission, le projet de loi réserve au pouvoir central la possibilité d'intervenir, sur appel des intéressés, dans la rédaction des autorisations ayant trait au déversement de liquides ou matières résiduaires dans les cours d'eau non navigables ni flottables.

Ce système cadre, du reste, avec l'ensemble de la loi du 7 mai 1877, dont l'article 35 réserve le recours au Roi contre les décisions des députations permanentes rendues en vertu de plusieurs autres articles de cette loi,

notamment en ce qui concerne les frais de curage et l'établissement d'ouvrages de nature à influer sur le régime des eaux.

La procédure, adoptée par l'article 22, est analogue à celle fixée par l'arrêté royal du 29 janvier 1863, sur la police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes : il y avait d'autant plus de raisons d'établir ce rapprochement que, nous l'avons fait remarquer déjà, l'arrêté précité de 1863 permet à la députation permanente, sauf recours au Roi, de préciser les conditions auxquelles est subordonnée l'exploitation des établissements industriels de la première classe.

Ce régime serait donc étendu à tous les établissements industriels ainsi qu'aux installations des particuliers et des administrations publiques destinées à déverser, dans les cours d'eau non navigables, des matières de nature à altérer ou corrompre leurs eaux.

Comme il arrive fréquemment que les inconvénients des déversements de matières nocives dans les cours d'eau ne se manifestent qu'après un certain temps, le deuxième alinéa de l'article 22 prévoit expressément que les députations permanentes conservent toujours le droit de les subordonner à des conditions nouvelles.

En ce qui concerne les autorisations accordées antérieurement à la mise en vigueur de la future loi, et qui de leur nature sont révocables, les députations permanentes pourront, en conformité avec la prescription de ce même alinéa, imposer les mesures nouvelles dont l'expérience démontrerait la nécessité.

La Commission de 1900 a signalé, à juste titre, la nécessité d'admettre un régime transitoire, afin de laisser aux communes et aux industriels le temps de se mettre en règle et spécialement celui d'établir les installations d'épuration qui leur seraient prescrites.

Il paraît difficile de prévoir, dans le texte même de la loi, l'étendue de cette période transitoire. Il semble plus expédient de laisser aux députations permanentes et éventuellement au Gouvernement, le soin d'apprécier, dans chaque cas, la longueur des délais qui seraient accordés aux intéressés.

L'examen des législations étrangères relatives au même objet, montre que les propositions du Gouvernement n'ont rien d'excessif.

En *Angleterre*, le *Rivers pollution prevention act*, de 1876, constitue la base de la réglementation sur la matière. Au nombre des dispositions édictées, signalons celle qui donne mission à la Justice d'indiquer, sur l'avis de personnes compétentes, les moyens les plus efficaces de remédier aux cas de contamination des eaux courantes qui sont soumis à son appréciation. Une autre disposition confère le droit de faire exécuter d'office, aux frais des contrevenants, en cas d'incurie persistante de leur part, les travaux reconnus nécessaires pour assurer l'épuration des liquides rejetés dans les cours d'eau. Signalons, enfin, l'extrême élévation des amendes comminées à charge des auteurs responsables des abus : elles peuvent atteindre 1,250 francs par jour.

La *législation allemande* sur la protection des cours d'eau est extrê-

mement complexe et touffue; au surplus, chacun des pays fédérés a ses lois propres.

Dans le *Wurtemberg*, d'après la loi du 1er décembre 1900 sur le régime des eaux, l'introduction dans les cours d'eau publics de liquides nauséabonds ou nuisibles, ne peut s'effectuer qu'avec l'autorisation de la police. Le Ministre de l'Intérieur peut, du reste, interdire d'une manière générale l'introduction de ces liquides dans les cours d'eau.

En *France*, la loi du 8 avril 1898 charge l'autorité administrative de la conservation et de la police des cours d'eau non navigables ni flottables. En vertu de cette disposition, les préfets ont été invités à édicter un règlement de police, en s'inspirant des prescriptions d'un règlement-type élaboré par l'administration centrale et dont l'article 12 interdit le déversement, dans les cours d'eau, de substances pouvant altérer la qualité de l'eau, en modifier la nature ou la température de façon à la rendre impropre aux usages domestiques, industriels ou agricoles, ou nuisible aux poissons.

Une circulaire du Ministre du Commerce, de l'Industrie et du Travail, a, en 1906, invité les préfets à n'accorder, aux établissements classés, l'autorisation de déverser les eaux usées dans un cours d'eau, qu'à la condition que ces eaux soient suffisamment épurées; elle les engage encore à imposer des conditions nouvelles dans ce but aux établissements existants.

D'autre part, un projet de loi a été récemment déposé par le Gouvernement français, concernant les mesures à prendre contre la pollution et en vue de la conservation des eaux.

Par ce projet, le Gouvernement est chargé de fixer les conditions que les déversements ou écoulements dans les cours d'eau devront remplir aux points de vue organoleptique, physique, chimique et bactériologique.

Les dispositions à prendre pour l'épuration des eaux industrielles devront être proposées par les intéressés et reconnues acceptables par un arrêté du préfet, qui pourra toujours prescrire la revision des dispositions agréées par lui pour l'épuration, si les déversements ne remplissent pas les conditions imposées par le règlement général.

De même, les dispositions à prendre pour les déversements d'eaux usées provenant des agglomérations seront fixées par le préfet, sur la proposition de la commune.

En cas d'inaction de celle-ci, il y sera pourvu d'office et à ses frais.

Organisation des services d'hygiène.

(Art. 23 à 30.)

Notre organisation actuelle de l'hygiène publique compte des services et des institutions qui ressortissent à l'État, aux provinces et aux communes.

I. *Etat.* — L'Administration centrale du service de santé et de l'hygiène comprend :

Une division administrative;

L'inspection du service de santé et d'hygiène, qui a été récemment renforcée et décentralisée;

L'inspection de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires;

L'inspection des travaux d'hygiène;

Un laboratoire de recherches chimiques et bactériologiques.

Indépendamment des questions qui se rattachent à l'exercice des professions médicales, les attributions de l'Administration centrale de l'hygiène comportent :

L'exécution de la législation sanitaire; les mesures à prendre en vertu des conventions sanitaires internationales et de la loi du 18 juillet 1831, tant à l'intérieur du pays qu'aux frontières;

La prophylaxie des maladies épidémiques et transmissibles; les prescriptions concernant la rage;

La vulgarisation des préceptes de l'hygiène; les mesures de propagande contre l'alcoolisme, la tuberculose et la mortalité infantile;

La surveillance des institutions, services et établissements sanitaires ressortissant à l'administration de l'hygiène;

L'application, au point de vue de l'hygiène, de la législation sur les habitations ouvrières;

La réglementation et la surveillance du commerce des denrées alimentaires. L'organisation du service d'expertise des viandes;

La police de certains établissements dangereux, insalubres ou incommodes et la surveillance de tous les établissements classés en tant qu'elle a pour objet la salubrité extérieure et les rapports entre l'hygiène publique et le régime intérieur du travail (1).

L'étude des projets de travaux d'assainissement, qui lui sont soumis par les communes : distributions d'eau, égouts, épuration des cours d'eau, abattoirs, lavoirs, bains publics, cimetières, etc., ainsi que le contrôle et la réception des travaux dont l'exécution est subsidiée par l'État;

L'examen, au point de vue de l'hygiène, des projets d'hôpitaux, d'hospices et de lazarets, ainsi que le contrôle des travaux, pour ceux de ces établissements qui sont subsidiés par l'État.

A l'administration centrale du Service de Santé et de l'Hygiène se trouvent rattachées deux institutions consultatives : l'Académie royale de médecine et le Conseil supérieur d'hygiène.

L'Académie royale de médecine, créée par l'arrêté royal du 14 septembre 1841, et dont les statuts revisés ont été approuvés par arrêté royal

---

(1) La police des établissements classés rentre principalement dans les attributions du Département de l'Industrie et du Travail, qui concentre toutes les questions se rapportant à l'hygiène industrielle.

L'hygiène des bâtiments scolaires ressortit au Ministère des Sciences et des Arts, l'hygiène militaire au Département de la Guerre.

Les questions relatives à l'assistance médicale publique (hôpitaux, hospices, etc.) ainsi que la surveillance des asiles et colonies d'aliénés dépendent du Ministère de la Justice.

du 16 janvier 1904, a pour objet de répondre aux demandes qui lui sont faites par le Gouvernement et de s'occuper de toutes les études et recherches qui peuvent contribuer aux progrès des différentes branches de l'art de guérir.

Elle se compose de quarante membres titulaires, de membres honoraires et de correspondants, et comprend une section ayant spécialement dans ses attributions les questions d'hygiène, de médecine légale et de police de la médecine.

Les membres et correspondants sont élus par l'Académie; la nomination des membres titulaires et honoraires est soumise à l'agréation du Roi.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique, institué par arrêté royal du 25 mai 1849, a pour mission d'étudier et de rechercher tout ce qui peut contribuer aux progrès de l'hygiène publique, d'examiner les rapports des commissions médicales et de répondre aux demandes d'avis qui lui sont adressées par le Ministre.

Des commissions sanitaires ont été instituées, en vertu de la loi sanitaire du 18 juillet 1831, à Anvers, Gand, Ostende, Nieuport et Zeebrugge.

Elles sont chargées d'exercer, sous la surveillance du Ministre de l'Intérieur, la police sanitaire des ports. Elles veillent à l'exécution des prescriptions édictées par l'autorité centrale. Elles peuvent, en cas d'urgence, prescrire des mesures à titre provisoire, sauf à en référer sans délai au Gouvernement.

Ces commissions sont composées, outre le président et le secrétaire, de six membres, dont deux médecins, deux commerçants, un fonctionnaire de l'administration de la Marine et un fonctionnaire de l'administration des Douanes; tous sont nommés par le Roi.

Des médecins, également nommés par le Roi et placés sous la surveillance des Commissions précitées, dirigent les stations sanitaires d'Anvers, de Doel, de Selzaete, de Gand, de Zeebrugge, d'Ostende et de Nieuport.

Leurs fonctions comportent la visite médicale des navires, ainsi que l'exécution des mesures d'isolement, de désinfection, d'assainissement et de dératisation prescrites par l'autorité centrale, ou, en cas d'urgence, par la Commission sanitaire du ressort.

Il existe une station sanitaire, complètement outillée, dans l'ancien fort de Liefkenshoek, pour la défense sanitaire de l'Escaut et du port d'Anvers.

Des installations plus sommaires ont été réalisées à Ostende, à Gand et à Nieuport. D'autres seront prochainement entreprises à Selzaete.

Un service sanitaire a été créé, en 1909, à la station d'Anvers (gare centrale), pour l'examen médical, à l'arrivée, des émigrants venant de l'Étranger.

La loi du 12 mars 1818 a institué, dans chaque province, une ou plusieurs Commissions médicales, chargées de la surveillance de tout ce qui a rapport à l'art de guérir.

L'arrêté royal du 28 février 1895 a fixé à dix-sept le nombre de ces com-

missions : il en existe trois dans le Hainaut, deux dans les provinces d'Anvers, de Brabant, de la Flandre occidentale, de la Flandre orientale, de Liége et de Namur, une seule dans chacune des provinces de Limbourg et de Luxembourg.

Les Commissions médicales provinciales ont notamment pour mission, d'après la loi précitée, de tenir l'œil sur tout ce qui intéresse la santé des habitants et d'exercer leur surveillance dans le cas où quelque maladie contagieuse ou épidémique se déclarerait dans leur province ou district.

L'arrêté royal du 31 mai 1880, qui a coordonné les dispositions antérieures relatives à l'organisation, au fonctionnement et aux attributions des Commissions médicales, dispose que ces collèges remplissent les fonctions de comité de salubrité publique dans leur ressort. A cet effet, il leur est adjoint, en vertu de l'arrêté précité, pour toutes les questions qui n'ont pas pour objet la surveillance des professions médicales, un médecin-vétérinaire, un ingénieur et un architecte, ainsi que le directeur de l'institut bactériologique de la province. Les commissaires d'arrondissement assistent, avec voix consultative, aux séances des Comités provinciaux de salubrité publique.

Les membres des Commissions médicales sont nommés par le Roi, pour un terme de six ans, sur une liste double de candidats présentés respectivement par les médecins et pharmaciens du ressort. Toutefois, le président et le secrétaire, ainsi que le médecin-vétérinaire, l'ingénieur et l'architecte sont nommés directement par le Roi pour le même terme de six ans.

Le bureau de la Commission médicale a spécialement pour devoir de veiller à l'observation des lois, arrêtés et règlements sur l'hygiène et la salubrité publique. Indépendamment de ses attributions ordinaires, le secrétaire est chargé, comme agent auxiliaire de l'administration générale, des missions ou travaux qui lui sont confiés soit par le Ministre de l'Intérieur, soit par le Gouverneur de la province.

Des membres correspondants des Commissions médicales sont nommés par le Roi pour un terme de six ans, sur la proposition du Gouverneur, le bureau de la Commission médicale et la Députation permanente du Conseil provincial entendus, dans toutes les villes et communes où leur concours est jugé utile.

Les correspondants ont à répondre aux demandes de renseignements qui leur sont adressées par le président ou le secrétaire de la Commission et leur font connaître tous les faits intéressant la salubrité qu'ils croient devoir leur signaler. Ils sont tenus d'avertir immédiatement le président de la Commission, de l'apparition, dans leur ressort, de maladies transmissibles ou pouvant devenir épidémiques.

Des comités de patronage sont chargés, en vertu de la loi du 9 août 1889, de favoriser la construction et la location d'habitations ouvrières salubres et d'étudier tout ce qui concerne la salubrité des maisons habitées par les classes laborieuses, ainsi que l'hygiène des localités où elles sont spécialement établies.

Ces comités sont au nombre de cinquante-six. Ils sont composés de cinq membres au moins et de dix-huit membres au plus, nommés pour trois ans, savoir : trois à dix par la Députation permanente du Conseil provincial, deux à huit par le Gouvernement.

Les comités ou leurs membres à ce délégués signalent aux administrations communales, à l'autorité provinciale ou au Gouvernement telles mesures qu'ils jugent opportunes. Ils émettent leur avis sur toutes les questions qui leur sont soumises par le Gouvernement, par l'autorité provinciale, ainsi que par les Commissions médicales provinciales. Ils peuvent être consultés par les administrations locales au sujet des questions qui rentrent dans le cadre de leurs attributions.

Lorsqu'il y a lieu à expropriation par zones dans les quartiers spécialement habités par la classe ouvrière, ils sont appelés à émettre leur avis sur les conditions qu'il conviendrait d'imposer au sujet de la revente des terrains compris dans l'expropriation.

Leur tâche principale est d'exercer une surveillance permanente sur les habitations ouvrières et les quartiers populeux, d'étudier les moyens propres à faciliter l'assainissement de ces quartiers, d'inspecter les logements ouvriers, de se rendre compte de leur état d'entretien et de rechercher les causes d'insalubrité ainsi que les améliorations de nature à y remédier.

Le service de surveillance de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires, institué en vertu de la loi du 4 août 1890, a pour mission de veiller à l'exécution des dispositions légales et réglementaires relatives à la falsification des denrées alimentaires et de constater les infractions à ces dispositions.

Ce service comprend, sous la haute surveillance d'un inspecteur général, quatorze inspecteurs répartis dans les diverses provinces.

Il est assisté, dans la recherche des falsifications, par un service d'analyses, comprenant le laboratoire central de l'État, institué par l'arrêté royal du 24 juillet 1909, et seize laboratoires agréés.

Le service d'expertise des viandes, préalablement à leur mise en vente, a été organisé par l'arrêté royal du 9 février 1891, remplacé par celui du 23 mars 1901.

Les experts sont nommés dans chaque localité, soit par le Conseil communal sous l'agréation du Gouvernement, soit à défaut de la commune, d'office par le Roi.

Le fonctionnement de ce service est surveillé par le corps des inspecteurs vétérinaires du Gouvernement, qui comprend un inspecteur général et dix-sept inspecteurs en service provincial.

Un Office vaccinogène central a été institué à Bruxelles par arrêté royal du 15 février 1882. Il a pour but de produire le vaccin animal « en tout temps et en quantité illimitée », dit l'arrêté précité, et de le mettre gratuitement à la disposition des médecins et des administrations publiques.

II. *Provinces.* — Les provinces possèdent, en général, un service technique, un service d'analyses bactériologiques et un service de désinfection.

L'exposé de l'organisation de ces derniers trouvera mieux sa place dans les développements de l'article 26 du projet.

Quant aux services techniques provinciaux, établis à la suite de la loi du 10 avril 1841 sur les chemins vicinaux, ils ont, dans leurs attributions, l'examen ou l'étude des projets ainsi que la surveillance non seulement des travaux de voirie, mais encore de tous les travaux d'hygiène qui sont subsidiés sur les fonds provinciaux : distributions d'eau, égouts, etc.

Mentionnons encore que l'Institut Pasteur du Brabant s'occupe également du traitement des personnes atteintes d'hydrophobie. L'Etat lui accorde un subside annuel pour le diagnostic expérimental de la rage.

La province de Brabant a, en outre, fondé un institut pour la production du sérum antidiphtérique.

III. *Communes.* — Bien que, en vertu d'une législation plus que séculaire, les communes aient l'obligation de faire face aux multiples nécessités qu'entraîne la protection de la santé publique sur leur territoire, obligation dont le caractère impérieux croît avec la densité de la population, le nombre de celles dont l'organisation peut être considérée comme satisfaisante, est plutôt restreint, et pour beaucoup le fonctionnement de leurs services laisse fort à désirer.

Sans doute, la grande majorité d'entre elles, grâce à l'impulsion donnée par le Pouvoir central, se sont, depuis nombre d'années déjà, préoccupées de travailler à l'assainissement de leur territoire par la demolition des quartiers insalubres, l'adoption de plans d'aménagement des voies publiques, l'installation d'un réseau d'égouts, la création d'un service de distribution d'eau. Mais leur outillage sanitaire ne répond pas, en général, à la conception moderne de la prophylaxie des maladies transmissibles, telle qu'elle résulte des découvertes effectuées, en ce domaine, au cours de ces vingt-cinq dernières années.

Incontestablement, les grandes villes et certaines communes importantes du royaume ont compris toute l'étendue de leurs devoirs, et leur armement hygiénique peut rivaliser avec celui des principales villes étrangères.

Ainsi, pour ne citer que la capitale du royaume, la ville de Bruxelles possède :

Un service d'hygiène dont nous décrirons ultérieurement les principales attributions (art. 25);

Un service technique, ayant notamment dans ses attributions la distribution d'eau, les fontaines publiques, les égouts, etc ;

Un service de nettoyage de la voirie et une usine d'incinération des immondices ;

Un laboratoire de chimie et de bactériologie ;

Un service vaccinal, où les inoculations se font gratuitement toute l'année;

en outre, un service de vaccination qui fonctionne à l'hôpital Saint-Pierre et à l'hospice des enfants assistés;

Un service de désinfection, avec poste sanitaire ou maison d'attente pour les habitants des maisons contaminées, pendant la durée des opérations;

Quatre hôpitaux, dont un hôpital pour convalescents et un hôpital maritime pour enfants rachitiques et scrofuleux;

Un abattoir, des halles et marchés couverts, une minque au poisson;

Un service d'expertise des viandes, du poisson, du gibier et de la volaille;

Un bassin populaire de natation, un établissement de bains-douches;

Deux dépôts mortuaires, dont un en ville et l'autre au cimetière d'Evere, ce dernier principalement destiné à recevoir les corps des personnes qui ont succombé à une affection contagieuse.

Pour le surplus, ce serait une tâche considérable que de faire le relevé des institutions et installations sanitaires existant dans l'ensemble du royaume.

Bornons-nous à signaler, sans avoir la prétention de faire une énumération complète, qu'indépendamment des services d'isolement et de désinfection, dont nous reparlerons plus loin (art. 24 et 26), il existe, dans le royaume :

202 villes et communes pourvues d'un hôpital, savoir : 29 dans la province d'Anvers, 22 dans celle du Brabant, 54 dans la Flandre Occidentale, 51 dans la Flandre Orientale, 22 dans la province du Hainant, 9 dans celle de Liége, 5 dans le Limbourg, 6 dans le Luxembourg et 4 dans la province de Namur;

Un bureau d'hygiène à Anvers, Gand, Liége, Bruges, Louvain et dans la plupart des faubourgs de la capitale;

Tout au moins dans un certain nombre de localités, un service chargé de l'examen des plans de construction des nouvelles habitations;

Un service d'inspection médicale scolaire dans les grandes villes, dans les faubourgs de Bruxelles, ainsi que dans quelques autres communes;

Un service de nettoyage de la voirie dans toutes les localités agglomérées de quelque importance;

Une usine d'incinération des immondices à Ixelles et à Saint-Gilles;

Un service de distribution d'eau alimentaire dans la généralité des villes et dans environ 800 communes du royaume;

Un réseau d'égouts plus ou moins développé dans plus de 200 localités agglomérées;

Un office vaccinal à Liége; des séances gratuites de vaccination organisées annuellement dans la plupart des communes;

Un abattoir à Anvers, Anderlecht, Liége, Charleroi, Louvain et dans un certain nombre de localités de moindre importance : Gembloux, Neufchâteau, etc.;

Des halles et marchés couverts à Anvers, Ixelles, Liége, Schaerbeek;

Une minque au poisson à Anvers, Liége, Louvain, Malines, Ostende;

Un laboratoire de chimie à Anvers, Gand et Ostende;

Des dépôts mortuaires dans un grand nombre de cimetières, principalement dans ceux créés au cours de ces dernières années.

Un service de surveillance des denrées alimentaires à Anvers, Charleroi,

Courtrai, Gand, Ixelles, Liége, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Noode, Saint-Nicolas, Schaerbeek;

Un service de surveillance du lait, du beurre et des eaux à Alost, Audenarde, Blankenberghe, Bruges, Châtelet, Dinant, Gembloux, Gilly, Herstal, Hollogne-aux-Pierres, Houdeng-Goegnies, Huy, Jumet, Laeken, La Louvière, Lodelinsart, Lokeren, Louvain, Marchienne-au-Pont, Ostende, Renaix, Saint-Nicolas-lez-Liége, Seraing, Sottegem, Tamise, Termonde;

Des bassins de natation, presque tous à l'air libre, à Alost, Anvers, Bruges, Charleroi, Courtrai, Gand, Hasselt, Ixelles, Liége, Menin, Mons, Ostende, Saint-Gilles, Schaerbeek, Spa, Tilff, Tournai, Verviers, Ypres;

Des bains-douches à Anvers, à Charleroi, à Ixelles et à Mons, ainsi que dans certaines écoles communales de Gand, Saint-Gilles, Schaerbeek et Willebroeck;

D'une enquête faite en 1900, il résulte qu'il y avait, en outre, en Belgique, vingt-trois bassins de natation appartenant à des sociétés, à des particuliers et à des collèges, vingt-deux établissements de bains-baignoires privés, six bains-douches privés annexés à des bassins de natation et que trente établissements industriels étaient munis de bains-baignoires et six de bains-douches.

Conformément à la loi du 12 mars 1818, l'arrêté royal du 31 mai 1880 prescrit l'institution de Commissions médicales locales dans les villes où se trouvent établis soit au moins trois médecins, soit au moins deux médecins et un pharmacien.

Ces commissions font office de Comités locaux de salubrité; elles sont spécialement chargées de porter leur attention sur tout ce qui intéresse la santé publique et d'éclairer les autorités communales sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions hygiéniques de la commune.

Dans l'état actuel de la législation, les villes seules peuvent avoir une Commission médicale locale. Mais rien ne s'oppose à ce que, dans les autres localités, des Comités de salubrité publique soient institués à l'initiative de l'administration communale, qui règle leur composition et leur fonctionnement.

Le tableau ci-après renseigne, par province et par ressort de Commission médicale provinciale, le nombre des Commissions médicales et des Comités locaux de salubrité publique actuellement existants.

PROVINCES.	Commissions médicales provinciales.	Commissions médicales locales	Comités locaux de salubrité publique.
Anvers	Anvers	2	14
	Malines	2	4
Brabant	Bruxelles	2	16
	Louvain	6	8
Flandre occidentale.	Bruges	5	2
	Courtrai	10	6
Flandre orientale	Gand	4	11
	Termonde	6	11
Hainaut	Charleroi	7	20
	Mons	7	16
	Tournai	6	8
Liége	Huy	—	7
	Liége	5	16
Limbourg	Hasselt	4	2
Luxembourg	Arlon	8	2
Namur	Dinant	2	8
	Namur	5	6
Royaume	17	79	157

Telle est, en résumé, la situation existante. Ainsi que nous l'avons déjà signalé et que nous le préciserons davantage dans le commentaire des articles 23 à 30, l'organisation actuelle, est, en fait, insuffisante et il est urgent de la compléter.

« Il est, dit l'Académie de médecine, tout un ensemble de mesures à prendre, de constructions à élever, d'institutions à organiser, d'administrations à créer entre communes voisines dans l'intérêt de la santé commune. C'est ici que l'on peut constater l'impuissance dans l'isolement et la force dans l'union, et c'est avec raison que l'on doit, avec insistance, préconiser l'institution de services d'hygiène et de comités intercommunaux, établis officiellement par circonscriptions... »

D'autre part, les Commissions médicales, instituées en vertu de la loi du 12 mars 1818, relative à l'art de guérir, et qui remplissent l'office de Comités provinciaux de salubrité publique, sont appelées à subir une réforme importante par suite du projet de loi sur l'exercice des professions médicales, dont les Chambres se trouvent saisies : leurs attributions sont limitées, par ce projet, à la police médicale. Il importe de pourvoir à leur remplacement en tant que comités de salubrité publique.

En formulant les propositions destinées à doter l'organisation actuelle des services d'hygiène, des compléments que réclame la situation, il a été tenu compte de la législation sanitaire en vigueur, du rôle respectif, dans notre organisation administrative, du Gouvernement, de l'Autorité provinciale et du Pouvoir communal, ainsi que des institutions existantes.

Le projet de loi, en cette matière, a spécialement pour objet :

De développer l'organisation sanitaire des communes, en précisant davantage leurs obligations;

De consacrer législativement l'intervention obligatoire des provinces dans la prophylaxie des maladies transmissibles ;

De pourvoir à l'application continue et régulière des mesures édictées, par l'institution d'un corps d'inspecteurs d'hygiène.

ART. 23.

Toute commune est tenue d'établir gratuitement :

1° *Un service de vaccination antivariolique à domicile ou organisé au moyen de séances publiques et fonctionnant au moins une fois l'an, ainsi qu'en temps d'épidémie de variole.*

La lymphe vaccinale est gratuitement mise à la disposition de tous les médecins par l'office vaccinogène de l'État ;

2° *Un service d'inspection médicale scolaire, comprenant un examen des élèves au moment de leur entrée à l'école et au moins une visite mensuelle.*

A la suite de chaque visite, le médecin-inspecteur adresse au bourgmestre un rapport dont copie est transmise à l'inspecteur d'hygiène et à l'inspecteur de l'enseignement du ressort.

Faisons remarquer, tout d'abord, qu'à la différence des articles 24 et 25, 1er et 2e alinéa, qui ne se rapportent qu'aux communes comptant respectivement plus de 5,000 ou de 10,000 habitants, l'article 23, au contraire, est applicable à toutes les communes du royaume.

Il impose à toutes indistinctement l'organisation d'un service de vaccination antivariolique et d'un service d'inspection scolaire.

I. *Service de vaccination.* — A l'heure actuelle déjà, en vertu de l'arrêté royal du 18 avril 1848, et des ordonnances des Conseils provinciaux sur la matière, les communes sont tenues d'organiser annuellement des séances gratuites de vaccination.

Le projet de loi modifie la situation actuelle en prévoyant, conformément à la proposition du Conseil supérieur d'hygiène et à l'exemple de ce qui existe dans certains pays et notamment en Angleterre, la possibilité pour les communes d'organiser un service de vaccination à domicile. Aucun système n'est plus apte à rendre la vaccination populaire.

A raison de l'importance diverse des communes, le projet de loi leur laisse une grande latitude pour l'organisation du service. Mais, en tout cas, celui-ci devra fonctionner au moins une fois l'an et, en outre, en temps d'épidémie de variole.

La loi *néerlandaise* du 4 décembre 1872 est plus exigeante. Elle astreint les communes à organiser des séances gratuites chaque trimestre. Celles-ci ont lieu mensuellement, lorsque le Gouvernement fait connaître aux communes que la variole règne à l'état épidémique dans le royaume, et au moins une fois par semaine, lorsque la maladie fait son apparition dans la localité.

A peine est-il besoin d'ajouter, en présence du texte, que le service de vaccination à instituer par chaque commune sera accessible à tous les habitants de la commune indistinctement, qui désirent se faire vacciner ou revacciner, et non pas seulement à ceux auxquels la vaccination est imposée par l'article 5 du projet?

Conformément à ce qui existe actuellement et à ce que prescrit l'article 131 de la loi communale, d'après lequel le Conseil est tenu de porter au budget les dépenses relatives à la salubrité locale, les communes auront à assumer les frais d'organisation du service.

Ces frais ne seront, du reste, pas fort élevés : la matière vaccinale étant mise gratuitement par l'État à la disposition du corps médical — l'alinéa 3 de l'article le déclare expressément — les communes n'auront à supporter que la rémunération du médecin et les menues dépenses accessoires du service.

II. *Inspection médicale scolaire.* — En ce qui touche l'hygiène des établissements d'enseignement primaire, le règlement du 25 novembre 1874 dispose que le choix de l'emplacement des écoles communales est soumis à l'approbation de l'Autorité supérieure. Il en est de même des plans de l'école et de ses dépendances.

Un programme pour la construction et l'ameublement des écoles a été arrêté par le Gouvernement le 27 novembre 1874, et modifié par instruction ministérielle du 14 mars 1892. Des plans-types, ainsi que des modèles de devis et de cahier des charges s'y trouvent annexés.

Tous les projets concernant la construction, l'amélioration et l'agrandissement des locaux d'école, ainsi que tous ceux relatifs à l'acquisition de mobilier scolaire, ont été, jusqu'au début de l'année 1906, examinés par l'inspecteur général du service de santé civil et de l'hygiène. Un arrêté royal du 29 avril 1902 a créé, au Ministère des Sciences et des Arts, un emploi d'agent contrôleur des projets de constructions scolaires.

D'autre part, la surveillance des travaux de construction et la réception des matériaux ont lieu collectivement par les délégués des administrations provinciales et communales et par les conducteurs du Ministère de l'agriculture et des travaux publics.

La première condition requise par la loi pour qu'une école privée puisse être adoptée par la commune, c'est qu'elle soit installée dans un local convenable. L'existence de cette condition est constatée par le questionnaire prévu par la circulaire ministérielle du 1er octobre 1895 et qui renferme, à ce sujet, des demandes relatives à la situation de l'école, au nombre et à la capacité des classes, à l'aération des locaux, etc.

Les inspecteurs cantonaux sont tenus de visiter les locaux des écoles privées dès qu'ils ont reçu avis de l'adoption de celles-ci, et ils doivent s'assurer que les conditions imposées par la loi se trouvent toutes réunies.

L'article 19 de la loi sur l'enseignement primaire dispose qu'aucune école primaire privée ne peut être subsidiée par l'Etat, par la province ou par la commune, si elle ne réunit les conditions requises pour l'adoption.

L'instituteur a l'obligation de veiller à la conservation du bâtiment et du matériel de l'école. Les commissaires d'arrondissement et les inspecteurs de l'enseignement primaire doivent, dans leurs tournées, s'assurer du bon état d'entretien des locaux.

Les écoles adoptées sont soumises au contrôle de l'autorité communale.

Les écoles communales, adoptées et subsidiées, sont toutes soumises à la surveillance de l'inspection de l'enseignement primaire.

Les inspecteurs ont mission de surveiller la propreté des locaux scolaires.

Dans leurs rapports, ils doivent faire connaître les mesures prises pour prévenir et combattre les affections contagieuses, ainsi que celles relatives à l'hygiène en général (circulaire du 17 septembre 1896).

L'Administration de l'enseignement primaire s'est préoccupée, en effet, depuis de longues années déjà, de protéger la santé des écoliers, spécialement au point de vue des affections contagieuses qui se propagent si aisément et si fréquemment au sein des écoles.

Le règlement-type des écoles primaires communales, approuvé par arrêté royal du 1er mai 1887, renouvelant une prescription déjà insérée dans le règlement du 15 octobre 1846, porte que, si les médecins des pauvres reçoivent un traitement du bureau de bienfaisance ou de la commune, le règlement pourra contenir la disposition suivante :

« Les médecins des pauvres sont tenus de visiter les écoles publiques en cas d'épidémie; et hors les cas d'épidémie, au moins une fois par mois.

« A la suite de chaque visite, ils adressent au Collège des bourgmestre et échevins un rapport sur l'état sanitaire des élèves.

« Les élèves reconnus atteints d'une maladie contagieuse sont renvoyés à leurs parents et ne peuvent rentrer à l'école qu'après avoir obtenu du médecin un certificat qui constate leur parfaite guérison ».

A diverses reprises, notamment par circulaires du 17 septembre 1896 et du 8 octobre 1901, le Département des Sciences et des Arts a invité les inspecteurs de l'enseignement primaire à user de leur influence auprès des administrations communales pour qu'elles engagent les médecins du bureau de bienfaisance à faire de nombreuses visites dans les écoles.

Il n'a été donné suite à ces recommandations que dans une mesure excessivement limitée, et cela se conçoit aisément. Dans la grande majorité des communes, les médecins du bureau de bienfaisance sont insuffisamment rémunérés. Dans les grands centres, ces praticiens sont trop occupés : les devoirs de leur charge, leurs obligations professionnelles ne leur permettent pas de se consacrer d'une manière suffisante à une surveillance qui, pour être exercée convenablement, demande un temps assez considérable.

Aussi, quelques administrations communales ont-elles cru préférable d'organiser, pour cet objet, un service complètement distinct de celui de la bienfaisance.

Dès 1874, la Ville de Bruxelles, qui venait de créer un bureau d'hygiène, chargea six médecins de l'inspection médicale de ses écoles.

Un service similaire fut instauré à Anvers, en 1882, et, depuis lors, il fut également organisé dans certaines grandes villes, notamment à Gand, Liége, Bruges, Charleroi, Louvain, Namur, Seraing, Verviers, etc., ainsi que dans les communes de l'agglomération bruxelloise.

Des localités d'importance secondaire, telles que Beyne-Heusay, Ougrée, Bressoux, Houdeng-Aimeries, Herstal, Jumet, Montegnée, Forêt, Laroche, Sprimont, Wandre, Retinne, Marchin, Jemeppe-sur-Meuse, Grivegnée, Engis, Saint-Pierre-Capelle, etc., etc., ont, dans ces derniers temps, suivi cet exemple.

Mais, dans la très grande majorité des communes, le service n'existe pas ou, s'il a été créé, est plutôt rudimentaire.

Cette importante lacune de notre organisation sanitaire a, depuis longtemps déjà, attiré l'attention des hygiénistes et du personnel enseignant. La question a été fréquemment discutée dans les Congrès d'hygiène ou d'enseignement, notamment à Bruxelles en 1880 et en 1904, à Vienne en 1887, à Nuremberg en 1904, à Berlin en 1907, etc.

Le Congrès de l'enseignement de 1880 a émis le vœu « que le Gouvernement belge prenne l'initiative d'établir dans tout le pays, à l'exemple de ce qui se fait à Bruxelles, une statistique hygiénique dans les écoles, pour mettre en lumière l'influence des écoles publiques sur la santé des enfants ».

D'autre part, à la suite des nombreuses constatations insérées dans les rapports des Commissions médicales, l'Académie de médecine depuis 1892 et le Conseil supérieur d'hygiène depuis 1890 ont, à de multiples reprises, signalé les résultats fâcheux, pour la santé des écoliers et l'hygiène publique en général, de l'absence d'un service d'inspection médicale scolaire, et ils ont en même temps fait ressortir la haute importance de cette inspection ainsi que son influence sur tout l'avenir des enfants.

Un service d'inspection médicale des écoles fonctionne dans un très grand nombre de villes étrangères, même en l'absence de loi qui en impose l'institution aux municipalités.

En outre, diverses dispositions légales existent, à l'Étranger, sur la matière ; citons les suivantes :

En *Hongrie*, en vertu de la loi du 8 avril 1876, les écoles sont, au point de vue sanitaire, placées sous la surveillance de la municipalité qui s'en acquitte, sous la direction et le contrôle de l'autorité administrative, par son médecin officiel et par des fonctionnaires spéciaux.

En *France*, d'après la loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire, l'inspection des établissements d'instruction primaire publics ou privés est exercée au point de vue médical, par des médecins-inspecteurs communaux ou départementaux.

En *Roumanie*, le médecin des villes est chargé, par la loi du 14 juin 1893, de la visite des écoles.

L'inspection médicale est organisée, en *Norvège*, par la loi de 1896 concernant l'enseignement.

En *Angleterre*, l'*Education Act* de 1907 impose aux autorités locales d'enseignement, l'obligation de pourvoir à l'inspection médicale des enfants au moment de leur admission dans une école primaire publique et aussi souvent que le *Board of education* l'exige.

En *Ecosse*, l'*Education Act* de 1908 dit que tout bureau d'école doit, lorsqu'il en est requis par le département de l'enseignement, pourvoir à l'inspection médicale scolaire dans la mesure indiquée par ce département.

En *Allemagne*, il existe des ordonnances sur la matière dans plusieurs des États confédérés.

De même, en *Suisse*, plusieurs cantons ont édicté des dispositions à ce sujet. L'arrêté du Conseil d'État du canton de Fribourg, en date du 20 janvier 1900, stipule que l'inspection s'effectue par des médecins désignés par le Conseil d'État.

En *Autriche*, l'inspection médicale scolaire est organisée par l'État et les médecins-inspecteurs sont nommés par l'Autorité centrale.

A mesure que les progrès des sciences médicales et de la pédagogie faisaient ressortir davantage la nécessité de travailler au développement simultané des facultés intellectuelles et physiques des écoliers, le champ de l'inspection médicale des écoles s'est notablement élargi.

Primitivement, le souci principal était d'établir et de maintenir les locaux dans des conditions irréprochables de salubrité, et puis d'éviter la propagation des affections transmissibles dans et par l'école. Les médecins-inspecteurs ont été, en outre, chargés de pratiquer la vaccination des écoliers.

Leur mission a été étendue, dans la suite, à l'examen périodique des élèves au point de vue de leur état de santé, de leurs prédispositions à certaines affections ou à certaines lésions ou infirmités congénitales ou accidentelles, principalement en ce qui concerne les fonctions visuelles. De la constatation du mal à la mise en usage d'un traitement préventif approprié, il n'y avait qu'un pas et l'on n'a pas tardé à le franchir.

La question a été discutée, d'une manière approfondie, par le Congrès international d'hygiène, réuni à Bruxelles, en 1903, par la Société royale de médecine publique, en 1905, et par le VIIe Congrès national de médecine professionnelle, tenu à Charleroi en 1911.

La loi ne peut évidemment entrer dans tous les détails d'organisation du service; ceux-ci doivent plutôt être fixés par voie d'arrêtés et d'instructions réglementaires.

Aussi le texte de l'article 23 se borne-t-il à consacrer le principe de l'obligation. L'expression « inspection médicale scolaire » indique suffisamment que l'obligation ne comprend pas uniquement la surveillance des bâtiments d'école, mais également l'inspection des élèves.

Le projet stipule que l'inspection médicale comportera, indépendamment de l'examen des élèves au moment de leur entrée à l'école, au moins une visite par mois. Ce minimum a été adopté eu égard à la situation des petites communes rurales.

Il va de soi que, même dans ces localités, en cas d'apparition d'épidémie, les visites devraient être plus fréquentes : il est permis d'espérer que les administrateurs communaux le comprendront et prévoiront le cas dans les dispositions qu'ils devront prendre.

Le texte s'applique, non seulement aux écoles primaires proprement dites, mais à tous les établissements d'enseignement dépendant des communes : écoles moyennes et primaires, écoles gardiennes, écoles industrielles, professionnelles, ménagères, etc.

En ce qui concerne les écoles adoptées ou subsidiées par les Pouvoirs publics, il pourra appartenir à ceux-ci de faire, de l'organisation de l'inspection scolaire, une des conditions de l'adoption ou de leur intervention pécuniaire.

Sans doute eût-il été désirable, en principe, comme l'a demandé, du reste, le Conseil supérieur d'hygiène, de rendre l'inspection médicale obligatoire dans tous les établissements libres d'enseignement primaire. Mais cette extension soulève des problèmes complexes d'ordre constitutionnel et autres, qui échappent au domaine de l'hygiène. Leur solution doit être reservée jusqu'à l'examen de la réforme scolaire par le Parlement.

Il est essentiel d'organiser le contrôle de l'État en cette matière. C'est ce que prévoit le dernier alinéa de l'article 23 en stipulant qu'après chaque visite, le médecin-inspecteur adressera au bourgmestre un rapport, dont copie sera transmise à l'inspecteur d'hygiène et à l'inspecteur de l'enseignement de la circonscription.

Art. 24.

Toute commune de plus de 5,000 habitants est tenue d'organiser un service public de désinfection et d'instituer un comité de salubrité publique, chargé de porter son attention sur tout ce qui intéresse la santé publique et d'éclairer l'administration communale sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions hygiéniques de la localité.

En vertu de l'article 24, les communes de plus de 5,000 habitants doivent instituer un comité local de salubrité publique et posséder un service public de désinfection.

I. *Comités locaux de salubrité publique.* — L'article premier de la loi du 12 mars 1818, relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir, dispose qu'il sera établi des Commissions médicales locales dans toutes les villes où cet établissement paraîtra utile au Roi.

Et l'article 35 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, qui coordonne les dispositions diverses prises pour l'exécution de la loi précitée, permet l'établisse-

ment de semblables organismes, par les soins des administrations communales, dans les communes où se trouvent établis soit au moins trois médecins, soit au moins deux médecins et un pharmacien.

Ces commissions sont composées de cinq membres au moins, parmi lesquels, outre les médecins et les pharmaciens appelés à en faire partie, peuvent se trouver d'autres personnes compétentes en matière d'hygiène publique.

Quatre-vingt-six communes du pays avaient rang de villes sous le régime hollandais; dans soixante-dix-neuf d'entre elles, des Commissions médicales ont été instituées. Les villes de Huy et de Liége n'en possèdent pas : la Commission médicale provinciale en tient lieu. Les autres villes, privées de Commission médicale, sont Deynze, Beaumont, Houffalize, Chiny et Durbuy.

Les Commissions médicales locales sont chargées, en vertu de la loi du 12 mars 1818, d'exercer la surveillance locale sur toutes les branches de l'art de guérir et de concourir à maintenir et à faire observer les statuts généraux ou particuliers, faits ou à faire à ce sujet.

Leurs attributions ont été notablement étendues par les articles 36 et suivants de l'arrêté royal du 31 mai 1880, ainsi conçus :

« Art. 36. — Indépendamment de la mission de surveillance qui leur est assignée par la loi du 12 mars 1818, les Commissions médicales locales font l'office de Comités locaux de salubrité; elles sont spécialement chargées de porter leur attention sur tout ce qui intéresse la santé publique et d'éclairer les autorités communales sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions hygiéniques de la commune.

» Art. 37. — Elles correspondent avec la Commission médicale provinciale et lui adressent, s'il y a lieu, des rapports sur les faits qui peuvent intéresser la santé des habitants. En cas d'apparition de maladies transmissibles ou pouvant devenir épidémiques ou épizootiques dans la localité, elles en donnent avis au président de la Commission provinciale.

» Art. 38. — Elles rendent compte chaque année, avant le 1er mars, de leurs travaux à la Commission provinciale ».

Indépendamment des soixante-dix-neuf Commissions médicales locales, des Comités de salubrité publique ont été, à la suite de la circulaire ministérielle du 12 décembre 1848, institués par cent cinquante-sept communes.

Nous en avons donné plus haut (page 131), le relevé par province et par ressort de Commission médicale provinciale. Leurs attributions, définies par les communes qui les ont créés, se rapprochent sensiblement de celles confiées aux Commissions locales par l'article 36 de l'arrêté royal du 31 mai 1880.

La surveillance de l'exercice des professions médicales, par les Commissions locales, n'existe plus en fait. En somme, ces Commissions ne sont plus à l'heure actuelle que de véritables Comités de salubrité publique, sous un autre nom.

La distinction entre Commissions médicales locales et Comités de salubrité publique n'a pas plus de raison d'être, de nos jours, que la division, remontant au régime antérieur, en villes et communes du « plat pays ».

Aussi le projet de loi se rapproche-t-il davantage de la réalité des choses en proposant, dans son article 24, l'établissement d'un Comité de salubrité publique dans toute localité d'une certaine importance.

Pour apprécier celle-ci, il semble que la seule base possible soit le chiffre de la population.

A quelle limite s'arrêter?

A l'heure actuelle, sur les 236 Commissions médicales locales ou Comités de salubrité publique existant dans le royaume, il s'en trouve 79 dans des localités dont la population est inférieure à 5,000 habitants, soit : 3 dans la province d'Anvers, 5 dans le Brabant, 4 dans la Flandre occidentale, 6 dans la Flandre orientale, 24 dans le Hainaut, 12 dans la province de Liége, 3 dans le Limbourg, 9 dans le Luxembourg et 13 dans la province de Namur.

Au point de vue de leur importance, ces localités se répartissent comme suit :

16	communes de	1,000 à 2,000	habitants	
25	id.	2,000 à 3,000	id.	
19	id.	3,000 à 4,000	id.	
19	id.	4,000 à 5,000	id.	

Par contre, 108 communes de plus de 5,000 habitants ne possèdent ni Commission médicale ni Comité de salubrité publique, dont 15 communes de la province d'Anvers, 16 du Brabant, 19 de la Flandre occidentale, 22 de la Flandre orientale, 18 du Hainaut, 12 de la province de Liége, — non compris les villes de Huy et de Liége, — 1 du Limbourg et 5 de la province de Namur.

Par ce qui précède, il semble indiqué de s'arrêter à la limite de 5,000 habitants, ce chiffre s'entendant de la population de droit accusée par les registres de la population.

Descendre en dessous serait, certes, augmenter théoriquement le nombre d'organismes locaux chargés de veiller à la salubrité publique. Il existe, en effet, dans le royaume, 91 communes de 4,000 à 5,000 habitants, et 151 de 3,000 à 4,000 habitants. Mais, en fait, il est à craindre que, dans les localités de cette importance, on ne trouve pas toujours, en nombre suffisant, les éléments nécessaires pour que le comité puisse fructueusement s'acquitter de la mission qui lui serait dévolue.

S'il en était autrement, il serait toujours loisible à l'autorité locale d'instituer, de sa propre initiative, un comité local de salubrité publique qui lui facilite l'accomplissement de ses obligations en matière d'hygiène.

En *Angleterre*, la loi du 11 août 1875 répartit le territoire en districts sanitaires. Ces districts sont administrés :

dans les bourgs, par les aldermen et le Conseil municipal ;

dans les districts constitués en vertu d'un décret d'amélioration (*improvement act*), par les commissaires préposés à l'amélioration ;

dans les districts de gouvernement local, par le bureau local désigné par voie d'élection ;

dans les districts ruraux, par les administrateurs de l'*Union* (groupe de paroisses).

Ces divers organismes constituent des rouages administratifs locaux, ayant les pouvoirs nécessaires pour faire sortir tous leurs effets aux lois sur l'hygiène publique.

En *Italie*, en vertu de la loi du 22 décembre 1888, la surveillance des conditions hygiéniques et sanitaires de la commune est confiée, indépendamment des organismes supérieurs, à un officier sanitaire, nommé par le préfet, pour une commune ou un groupe de communes, et dont les émoluments sont à la charge de la commune ou des communes intéressées.

Aux *Pays-Bas*, en vertu de la loi du 21 juin 1901, concernant l'inspection d'hygiène, une Commission d'hygiène est instituée dans chaque commune ayant plus de 18,000 habitants et dans celles où le Gouvernement le juge utile.

En outre, une Commission est instituée pour chaque groupe de deux ou plusieurs communes situées dans une même province et n'ayant pas ensemble une population supérieure à 40,000 habitants.

En *France*, la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, permet au Conseil général de subdiviser le département en circonscriptions sanitaires, pourvues chacune d'une Commission sanitaire. Celle-ci donne son avis sur les objets qui lui sont soumis en vertu de la loi précitée; elle peut recourir à toutes les mesures d'instruction qu'elle juge convenables.

En *Prusse*, d'après la loi du 16 septembre 1899, toute commune de plus de 5,000 habitants doit avoir une commission de santé; dans les grandes villes, il peut être établi des sous-commissions par quartiers. Dans les communes de moins de 5,000 habitants, l'institution d'une commission de santé est facultative. Mais elle peut être toutefois rendue obligatoire dans les villes par une décision du président du district, et dans les campagnes par le *Landrath*.

En *Hongrie*, la loi du 1er août 1908 porte que, dans toutes les villes à magistrature ordinaire et dans toutes les communes possédant un médecin, il sera institué une Commission sanitaire.

En *Suisse*, il existe, dans la majorité des cantons, des Commissions locales de salubrité, qui ont dans leurs attributions tout ce qui concerne l'hygiène publique et la police sanitaire de la commune. Mais, dans un très grand nombre de localités, ces Commissions « n'existent que sur le papier et ne déploient qu'une activité à peu près nulle », d'après ce qu'écrivait, en 1900, dans son aperçu de l'hygiène publique en Suisse, M. le Dr Carrière, adjoint du bureau sanitaire fédéral.

S'inspirant notamment du régime néerlandais, la Société royale de médecine publique, en assemblée générale du 25 octobre 1903, a émis la résolution suivante :

« Des Commissions d'hygiène sont établies :

» 1° Dans chaque commune d'une population atteignant 25,000 habitants;

» 2° Pour tout groupement de communes d'une même province ne dépassant pas ensemble 40,000 habitants et dont le siège sera à déterminer;

» 3° Enfin, par arrêté royal, lorsque la chose sera jugée nécessaire, dans les communes isolées d'une population au-dessous de 25,000 habitants.

» Le nombre des membres de ces Commissions est fixé par arrêté royal. Le choix de ces membres appartient au Gouvernement. Les bourgmestres des communes constituant une circonscription d'hygiène, seront invités à faire des présentations. »

La limite de 25,000 habitants paraît trop élevée : il n'y a, dans le royaume, que trente et une communes dont la population dépasse ce chiffre. Et nous avons vu, d'ailleurs, qu'il existe un grand nombre de comités de salubrité publique dans des localités dont la population est même inférieure à 5,000 âmes.

D'autre part, il semble que, dans les petites communes privées de Comité de salubrité publique, il sera suffisamment pourvu à la surveillance sanitaire par l'action combinée du Comité régional et de l'inspection d'hygiène.

Au surplus, en pareille matière, les législations étrangères ne peuvent être citées en exemple sans réserve, en raison des différences qui existent dans l'organisation politique et administrative des divers pays.

C'est ainsi qu'en *Norvège*, les Commissions sanitaires instituées par la loi du 16 mai 1860, dans les villes ainsi que dans toute commune rurale qui possède un conseil communal, participent à la puissance administrative : elles ont, en effet, le droit d'édicter des règlements obligatoires en tout ce qui concerne la salubrité publique.

Les Comités locaux, organisés en vertu de l'article 24, auront une double mission ; d'une part, ils devront veiller à tout ce qui, dans leur commune, intéresse la santé publique; d'autre part, ils éclaireront l'autorité communale, soit spontanément, soit lorsqu'ils en seront requis, sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions hygiéniques de la localité.

Les détails d'organisation des Comités seraient laissés à l'appréciation des autorités locales, qui en régleraient la composition, fixeraient le nombre des membres, arrêteraient la durée des mandats et procéderaient aux nominations.

Mais il importe que ces Comités puissent exercer leur mission avec une certaine indépendance : il ne faut pas qu'ils soient annihilés par l'autorité locale, dont ils auront parfois à apprécier les actes. D'autre part, la solidarité qui existe, en matière sanitaire, entre toutes les autorités, rend nécessaire que les comités locaux puissent correspondre directement avec le Comité régional, comme le prévoit déjà actuellement l'article 37 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, et avec l'inspection d'hygiène. Il est désirable,

enfin, qu'ils viennent en aide au Comité régional et à l'inspecteur d'hygiène pour l'accomplissement de leur mission.

Ces points pourront être fixés par voie réglementaire, en vertu de l'article 35 du projet de loi.

II. *Service de désinfection.* — Dans ses *Instructions pratiques* à l'usage des administrations et du public, le Conseil supérieur d'hygiène rappelle les mesures générales de prophylaxie, auxquelles il est nécessaire de recourir pour prévenir l'apparition des maladies contagieuses et combattre leur propagation. Ce sont :

1° L'information;
2° L'isolement;
3° La désinfection;
4° L'assainissement.

Les articles 2 à 4 du projet de loi imposent la déclaration des principales maladies transmissibles.

Les articles 1er, 14 à 19, 21 et 22 permettront aux autorités de prendre de nouvelles mesures en vue de l'assainissement des habitations et des agglomérations.

L'article 23 prévoit les moyens à mettre en œuvre pour assurer l'isolement des malades dans des hôpitaux ou pavillons réservés aux personnes atteintes d'affection contagieuse ou dans des locaux spécialement appropriés à cet usage.

Les articles 24 et 26 ont trait à l'organisation des services communaux et provinciaux de désinfection.

« La désinfection, dit le Conseil supérieur d'hygiène, dans ses *Instructions* précitées, est une mesure essentielle de prophylaxie, puisqu'elle fait directement obstacle à la transmission des affections microbiennes et parasitaires en anéantissant les agents de cette transmission. Si on néglige la désinfection, les autres mesures restent inefficaces. »

La désinfection doit s'effectuer continuellement, durant le cours de la maladie, par les personnes qui soignent le malade, sous la direction du médecin traitant. Il est du devoir des autorités locales d'en faciliter l'usage, en mettant à la disposition des familles indigentes les substances désinfectantes nécessaires, et en organisant un service public pour la désinfection des linges, vêtements, literies, etc., qui ont été en contact avec les malades.

Ce service doit encore intervenir, après la terminaison de certaines maladies contagieuses ou après le transport du malade à l'hôpital, pour la désinfection des locaux où le malade a séjourné, et celle des meubles, literies, etc., qu'ils contiennent. La désinfection des locaux et des objets mobiliers nécessite, en effet, un personnel doué des connaissances requises et pourvu d'un matériel spécial.

Indépendamment des services provinciaux, dont nous parlerons à

l'article 26, des services communaux de désinfection existent actuellement dans les localités suivantes :

Province d'Anvers. — Stations de désinfection : Anvers, Hoboken, Malines, Merxem, Turnhout et Willebroeck.

Services de désinfection : Gheel, Hérenthals, Moll.

Brabant. — Stations : Assche, Bruxelles, Léau, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Noode, Schaerbeek.

Services : Etterbeek, Ixelles, Laeken, Londerzeel, Uccle, Woluwe-Saint-Lambert.

Flandre occidentale. — Stations : Blankenberghe, Mouscron, Ostende.

Services : Dixmude, Ypres.

Flandre orientale. — Stations : Gand, Saint-Nicolas, Termonde, Wetteren.

Services : Eecloo, Hamme, Ninove, Zele.

Hainaut. — Stations : Ath, Charleroi, Mons, Soignies.

Services : Pâturages, Tournai.

Province de Liége. — Stations : Herstal, Huy, Liége, Seraing, Spa.

Services : Bressoux, Dison, Grivegnée, Ougrée, Verviers, Wandre, Waremme.

Province de Namur. — Station : Namur.

En *France*, la loi du 15 février 1902, qui rend la désinfection obligatoire pour les maladies sujettes à déclaration, porte que les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale et, dans les communes de moins de 20,000 habitants, par les soins d'un service départemental.

En *Hongrie*, toutes les villes ainsi que toutes les communes rurales d'une certaine importance doivent être pourvues d'un appareil à désinfection.

En *Suisse*, les communes doivent prendre les mesures nécessaires pour la désinfection. Les localités importantes possèdent presque toutes des installations suffisantes à cet effet.

En *Angleterre*, d'après la loi de 1875, la désinfection est à charge des particuliers. Si ceux-ci sont en retard de l'effectuer ou paraissent incapables de faire le nécessaire, l'autorité locale est tenue d'y procéder d'office, aux frais des intéressés ; elle peut établir, dans ce but, une station de désinfection et y désinfecter gratuitement les objets de couchage, vêtements, etc.

En vue d'arriver à l'organisation convenable d'un service de désinfection dans toute l'étendue du royaume, le projet de loi fait une distinction entre les communes d'après l'importance de leur population.

Donnant suite aux vœux répétés du Conseil supérieur d'hygiène, il impose l'obligation d'établir le service à toutes les communes dont la population est supérieure à 5,000 habitants. L'organisation de pareil service, lorsqu'il ne comprend pas d'étuve, n'entraîne qu'une dépense d'environ 500 francs, ce qui n'excède pas les ressources de ces communes. D'ailleurs, pour en faciliter la création, le Gouvernement a décidé, en 1909, d'intervenir par un subside de moitié dans la dépense de premier établisseent.m

Si l'importance de la localité est de nature à justifier l'installation d'une station de désinfection avec étuve, le subside de l'État peut s'élever jusqu'à la somme maximum de 7,500 francs.

Pour satisfaire à l'obligation que leur impose l'article 24, les communes intéressées pourront, au surplus, se mettre d'accord avec des localités voisines, en vue de créer un service de désinfection s'étendant à l'ensemble de leurs territoires : elles peuvent passer entre elles, à cet effet, telles conventions qui leur paraîtraient le plus pratique.

En ce qui concerne les communes de moins de 5,000 habitants, le projet de loi prévoit l'organisation d'un service provincial, ainsi que nous le verrons plus loin, à l'article 26.

Art. 25.

Les communes de plus de 10,000 habitants doivent avoir un bureau d'hygiène chargé, sous l'autorité du bourgmestre, de l'application des lois et règlements concernant la santé et la salubrité publiques.

Ces communes sont tenues également, soit à elles seules, soit en s'entendant avec des localités voisines, dans les conditions prévues au littera B de l'article 1er de la loi du 27 novembre 1891 sur l'assistance médicale gratuite, d'avoir un hôpital ou pavillon d'isolement pour malades atteints d'affection transmissible.

Les autres communes sont tenues de prendre, en temps d'épidémie, les mesures nécessaires pour pourvoir à l'isolement, dans un local spécialement affecté à cet objet, des malades atteints d'affection transmissible.

En cas de refus ou d'inaction, le Gouvernement pourra décider l'exécution d'office des mesures nécessaires, en suivant la procédure tracée à l'avant-dernier alinéa de l'article 21 de la présente loi.

L'article 25, qui prévoit l'organisation de bureaux d'hygiène et s'occupe des mesures à prendre pour l'isolement des malades atteints d'affection transmissible, distingue entre les communes suivant que leur population est ou non supérieure à 10,000 habitants.

Pour déterminer ces communes, il faut se rapporter, ici comme à l'article précédent, non au dernier recensement décennal, mais au *Relevé officiel du chiffre de la population du royaume.*

D'après le dernier *Relevé* publié, il existait, au 31 décembre 1910, cent et quatre communes de plus de 10,000 habitants, soit :

4	communes	de plus de 100,000	habitants.
27	—	de 25,000 à 100,000	—
10	—	de 20,000 à 25,000	—
18	—	de 15,000 à 20,000	—
45	—	de 10,000 à 15,000	—

Le projet de loi impose à ces communes une double obligation :

Celle de constituer un bureau d'hygiène et celle d'avoir un hôpital ou pavillon d'isolement pour malades atteints d'affection transmissible.

Il oblige toutes les communes de moins de 10,000 habitants, qui ne disposeraient pas de pareilles installations hospitalières, à prendre en temps d'épidémie les mesures nécessaires à l'isolement des malades contagieux dans un local spécialement affecté à cet objet.

Il prévoit aussi des mesures d'office à l'égard des communes qui négligeraient ou refuseraient de prendre les dispositions nécessaires pour l'isolement des malades atteints d'affection transmissible.

I. *Bureaux d'hygiène.* — La première prescription de l'article 25 astreint les communes de plus de 10,000 habitants à instituer un bureau d'hygiène, chargé, sous l'autorité du bourgmestre, de l'application des lois et règlements concernant la santé et la salubrité publiques.

Il existe actuellement un bureau ou service d'hygiène à Bruxelles depuis 1874, à Anvers depuis 1882; d'autres bureaux ont, dans la suite, été institués à Gand, Liége, Bruges, Louvain, ainsi que dans la plupart des faubourgs de la capitale.

De même, à l'Étranger, spécialement en France, en Allemagne, en Suède, en Norvége et aux États-Unis, un bureau d'hygiène a été créé dans un grand nombre de villes.

Un décret du 17 décembre 1894 en a établi un à Rio-de-Janeiro.

En *France*, la loi du 15 février 1902 dispose que, dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2,000 habitants, qui sont le siége d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de Bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la loi précitée.

En *Italie*, la loi coordonnée du 1er août 1907 porte que : « Les communes devront également pourvoir à la surveillance de l'hygiène, celles dont la population dépasse 20,000 habitants à l'aide d'un personnel compétent et de laboratoires appropriés, les autres au moyen du personnel sanitaire dont elles disposent ».

Bien que le Service d'hygiène de Bruxelles ne soit pas le premier en date, — un bureau d'hygiène existait à Turin depuis 1856, — il a servi de modèle aux autres bureaux du royaume et à la plupart de ceux fondés à l'Étranger, ainsi que le reconnaît M. le Dr Gautiez dans un article récent sur les bureaux d'hygiène et leur action éducatrice.

Les attributions du Service d'hygiène de la ville de Bruxelles comprennent :

Le service médical de l'état civil; la statistique démographique et médicale; l'état sanitaire de la ville;

L'examen, au point de vue de l'hygiène, des plans de construction; l'inspection de la voirie, des impasses, des habitations; les mesures techniques et administratives au point de vue de la salubrité publique;

La prophylaxie des maladies transmissibles; la vaccination gratuite;

La constatation de la qualité des eaux potables, des aliments, etc.; la vérification et l'analyse des boissons, aliments, etc;

Les secours en cas d'accident ou de maladie. Les mesures administratives concernant les aliénés;

La police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes; les mesures de salubrité et de sécurité dans les théâtres;

La surveillance des cabarets, débits de boissons et maisons de logement;

Le service sanitaire de la prostitution;

La police sanitaire des animaux domestiques; la surveillance des boucheries, poissonneries, de l'abattoir, des halles et marchés.

Les raisons de nature à déterminer l'institution, dans toute localité importante, d'un service spécial qui concentre toutes les questions inhérentes à la santé et à la salubrité de la commune, se conçoivent aisément.

Dans tout système d'organisation des services sanitaires, la tâche d'assurer la salubrité publique et de combattre les maladies épidémiques incombera toujours, en toute première ligne, aux autorités locales. Elles sont le mieux à même d'agir avec promptitude et elles y sont les premières intéressées.

D'autre part, la nécessité d'une organisation locale plus développée, d'un armement sanitaire plus complet, d'un personnel plus compétent, croît avec la densité de la population : dès que la commune acquiert une certaine importance, il est désirable que les autorités élues, que les magistrats communaux, le plus souvent étrangers aux multiples questions d'hygiène qu'ils ont à résoudre, puissent disposer d'un organisme technique, qui étudie les affaires, propose les décisions et veille à leur exécution.

Dans les villes où de pareils services ont été institués, à l'Étranger comme en Belgique, ils ont donné une impulsion remarquable à l'éducation hygiénique des populations et à l'exécution des travaux d'assainissement. Par leur action continue et incessante, ils ont notablement contribué à l'amélioration de la situation sanitaire de la localité.

Pour ne citer qu'un exemple, celui de la capitale du royaume, les renseignements qui suivent et qui sont extraits du dernier rapport du Service d'hygiène de la ville de Bruxelles, permettront d'apprécier l'action de ce service et de se rendre compte de son utilité.

1,794 cas de maladies transmissibles ont été signalés, pendant l'année 1910, au bureau d'hygiène par les médecins particuliers, ceux des hôpitaux et de la bienfaisance, ainsi que par les directeurs d'écoles. Ces déclarations ont été suivies de la désinfection de 2,859 chambres à coucher et pièces d'habitation. D'autre part, 6,241 inoculations vaccinales ont été effectuées.

Pendant la même année, il a été procédé à l'inspection des conditions sanitaires de 7,019 maisons sur 21,210 demeures que comprend le territoire de la ville. Les divers travaux d'assainissement, dont l'exécution

a été imposée aux propriétaires, se sont élevés au nombre de 7,239 (1).

625 plans de construction et de reconstruction d'immeubles ont été examinés, au point de vue de la salubrité, et 445 constructions nouvelles ont été inspectées, en vue de s'assurer si les prescriptions hygiéniques du règlement sur les bâtisses étaient observées.

En outre, les établissements dangereux, insalubres ou incommodes, ainsi que les débits de boissons et les maisons de logement, hôtels, etc. ont été visités périodiquement.

Le tableau qui suit permet de juger des progrès accomplis sous le rapport de la situation sanitaire de la population de la capitale, depuis la création de son bureau d'hygiène.

PÉRIODES.	Nombre moyen de la population recensée.	Nombre annuel moyen des décès.	Taux de mortalité sur 1000 habitants.	Maladies contagieuses.		Mortalité annuelle d'enfants de moins d'un an.
				Nombre annuel moyen des décès.	Taux de mortalité sur 1000 habitants.	
1867-1870	157,905	4,698	29.8	693	4.4	1,219
1871-1880	163,914	4,534	27.7	419	2.6	1,206
1881-1890	169,318	4,114	24.3	267	1.5	1,004
1891-1900	179,912	3,700	20.6	207	1.2	863
1901-1909	190,284	3,124	16.4	128	0.67	599
1910	196,569	2,827	14.4	118	0.60	481

Appréciant les services rendus par les bureaux d'hygiène, le Conseil supérieur d'hygiène écrivait, en 1897 : « Nous pouvons affirmer que la création de bureaux d'hygiène et d'inspecteurs sanitaires dans plusieurs grandes villes de Belgique a eu les plus heureux résultats au point de vue de l'amélioration de la santé générale et de la disparition des causes locales d'insalubrité. »

L'institution ayant fait ses preuves, il convient de l'étendre à toutes les localités importantes du pays. C'est ce que propose l'article 25 du projet.

Nous avons vu qu'en France, la loi du 15 février 1902 impose l'organisa-

(1) En voici le détail : aération de locaux habités, de W. C., etc., 57; évacuation des matières usées : suppression de puisards, de « sterfputten » et de W. C. insalubres, 76; réfection de branchements d'égout, 1,157; placement d'urinoirs, 29; remplacement de siphons coupe-air défectueux, 1,110; disconnexion et ventilation de conduits, 230; transformation de W. C. et d'urinoirs, 222; transformation de tuyaux de chute et de décharge, 39; placement d'appareils de chasse d'eau à des W. C. et urinoirs, 403; suppression de mansardes insalubres et de pigeonniers, 14; réparation de murs, plafonds, planchers, pavements, escaliers, toitures et gouttières, 1,058; surélévation et agrandissement de locaux habités, 144; badigeonnage au lait de chaux et peinture de portes, fenêtres et lambris, 1,782.

53 puits à eau impropre à l'usage alimentaire ont été condamnés et, pour 101 autres puits, l'immobilisation de la brimbale de la pompe a été ordonnée. Le placement des eaux de la distribution a été imposé à 83 maisons.

tion d'un bureau d'hygiène à toutes les municipalités de plus de 20,000 habitants ainsi qu'aux localités de plus de 2,000 habitants, qui sont le siège d'un établissement thermal.

La loi italienne astreint les communes de plus de 20,000 habitants à pourvoir à la surveillance de l'hygiène à l'aide d'un personnel compétent et de laboratoires appropriés.

L'obligation de créer de semblables laboratoires ne se trouvant pas insérée dans notre projet de loi, il est possible de descendre en dessous de cette limite de 20,000 habitants et de l'abaisser à 10,000 habitants.

II. *Hôpitaux ou pavillons d'isolement.* — « L'isolement, c'est l'éloignement de la famille, dit le Conseil supérieur dans ses *Instructions*, la séparation plus ou moins complète des malades des personnes saines ou d'autres malades, de manière à réduire au minimum la possibilité des dangers de transmission par rapports directs. »

Cet isolement peut se réaliser à domicile, lorsque l'habitation est suffisamment spacieuse pour qu'une de ses pièces soit uniquement réservée au malade et n'ait pas de communication directe avec d'autres.

Mais, le plus souvent, principalement dans les classes populaires, le ménage ne dispose que d'un logement réduit, encombré, où tout isolement est pratiquement irréalisable et où le malade ne peut être entouré des soins que réclame son état.

Il est du devoir des administrations communales de prendre les dispositions nécessaires pour que, dans les cas de l'espèce, le malade puisse être isolé et soigné dans un lazaret ou hôpital d'isolement, c'est-à-dire un hôpital uniquement destiné aux personnes atteintes d'affection contagieuse, et, à défaut, dans une partie séparée d'un hôpital ordinaire ou même, en cas de besoin, dans tout autre local approprié.

Les localités suivantes du pays possèdent un hôpital d'isolement ou tout au moins, dans une dépendance de leur hôpital, des locaux isolés destinés au traitement des malades atteints d'affection contagieuse :

Province d'Anvers. — Anvers, Berchem, Boom, Hérenthals, Hoboken, Malines, Merxem, Turnhout, Willebroeck.

Brabant. — Aerschot, Alsemberg, Anderlecht, Assche, Bruxelles, Etterbeek, Hal, Ixelles, Léau, Louvain, Merchtem, Molenbeek-Saint-Jean, Nivelles, Tirlemont, Rebecq-Rognon, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Noode, Schaerbeek, Vilvorde, Wavre.

Flandre occidentale. — Ardoye (de concert avec trois localités voisines), Courtrai, Heyst, Iseghem, Ingelmunster, Moorslede, Mouscron, Ostende, Poperinghe, Roulers, Thourout, Warneton, Watou, Ypres.

Flandre orientale. — Alost, Audenarde, Eecloo, Deynze, Gand, Grammont, Hamme, Lokeren, Mont-Saint-Amand, Saint-Nicolas, Termonde.

Hainaut. — Ath, Binche, Braine-le-Comte, Charleroi, Châtelet, Gilly, Leuze, Marchienne-au-Pont, Mons, Soignies.

Province de Liége. — Huy, Liége, Verviers.

Limbourg. — Saint-Trond.
Province de Namur. — Namur.

La situation dans son ensemble, est loin de correspondre aux nécessités.

« Pour quelques communes pourvues convenablement, disait voici quelques années l'Académie royale de médecine, combien n'ont encore ni hôpital, ni hospice, ni lazaret, pas même une place de désinfection en cas d'épidémie. »

En vue de remédier à cet état de choses, le Ministère de l'Intérieur a décidé, en 1909, d'accorder une aide efficace aux communes de moyenne importance, disposées à construire un hôpital d'isolement.

Indépendamment du subside d'un sixième qui est alloué par le Département de la Justice, sous la condition que la Province intervienne pour une égale quotité, il leur a promis, de son côté, un subside du tiers de la dépense sur les crédits du Service de Santé et de l'Hygiène.

Le montant de la part de la commune se trouve ainsi réduit au tiers des frais de premier établissement.

D'autre part, le Ministère de la Justice accorde, pour la construction d'établissements hospitaliers intercommunaux, un subside s'élevant au tiers de la dépense, à la condition que la province intervienne pour la même quotité : dans cette hypothèse encore, il ne reste plus aux communes intéressées qu'à réunir le tiers restant.

Cette large intervention de l'État est de nature à décider tout au moins les localités importantes à se pourvoir, à brève échéance, d'un hôpital ou pavillon d'isolement pour malades contagieux.

C'est dans ces conditions que le projet prévoit l'obligation, pour les communes de plus 10,000 habitants, d'avoir un hôpital ou pavillon d'isolement, soit à elles seules, soit en s'entendant avec des localités voisines.

Cette entente se réglera dans les conditions prévues au littera *B* de l'article 1er de la loi du 27 novembre 1891 sur l'assistance médicale gratuite.

D'après cette loi, les communes sont tenues d'assurer les soins médicaux aux indigents qui se trouvent sur leur territoire :

A) Soit en organisant un service hospitalier dans leurs établissements de bienfaisance ;

B) *Soit en traitant avec l'administration des hospices d'une ou plusieurs communes du royaume, ou moyennant l'autorisation du Roi, avec les administrateurs d'un ou plusieurs établissements privés ;*

C) Soit en organisant un service médical à domicile.

Les communes intéressées pourront, du reste, dans leur entente avec des localités voisines, user, si elles le jugent préférable, du bénéfice de la loi du 6 août 1897, relative à l'organisation d'établissements hospitaliers intercommunaux.

Aux termes de cette loi, deux ou plusieurs communes peuvent être autorisées par le Roi, la Députation permanente entendue, à s'unir pour

fonder et entretenir des établissements hospitaliers qui jouissent de la personnification civile.

Ces établissements sont administrés par une commission intercommunale composée de représentants de chacune des communes intéressées. Ils sont soumis, d'une manière générale, et sauf les dérogations admises par la loi, aux dispositions qui régissent les hospices civils communaux.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 4 décembre 1872, d'après laquelle les administrations communales sont tenues de prendre les dispositions nécessaires pour isoler et soigner les personnes atteintes de maladies contagieuses, autorise ces administrations à se concerter pour l'établissement et l'exploitation des installations nécessaires.

En *Italie*, la loi du 1er août 1907 admet que les communes s'unissent pour l'établissement de locaux d'isolement.

En *Hongrie*, en vertu de la loi du 3 avril 1876, plusieurs communes peuvent s'entendre en vue de la création d'un hôpital.

En *France*, il existe, depuis le 22 mars 1890, une loi générale autorisant les syndicats de communes en vue d'une œuvre d'utilité intercommunale, et la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, rappelle que les communes peuvent s'associer pour l'exécution des mesures sanitaires, conformément à la loi précitée du 22 mars 1890.

III. *Locaux d'isolement.* — On ne peut demander à toutes les communes du royaume, d'avoir soit à elles seules, soit même par voie d'entente avec des localités voisines, un hôpital d'isolement. Non seulement la construction et l'entretien de pareil établissement entraîneraient une dépense hors de proportion avec les ressources de la plupart d'entre elles, mais encore ce lazaret serait le plus souvent inoccupé.

D'autre part, il ne peut suffire, en cette matière, de s'en référer, de façon absolue, à la loi du 27 novembre 1891 sur l'assistance médicale gratuite, qui permet aux communes, à défaut d'institutions hospitalières, d'organiser un service médical à domicile.

Ainsi que nous l'avons signalé déjà, l'isolement ne peut se réaliser à domicile dans des conditions satisfaisantes, que lorsque l'habitation est suffisamment spacieuse. Dans tout logement restreint, encombré, l'isolement des malades atteints d'affection contagieuse est, en pratique, irréalisable et il en résulte un danger permanent de contamination pour la famille de ces malades, pour les personnes de leurs relations et même pour le public en général.

Aussi, le Conseil supérieur d'hygiène a-t-il, en séance du 30 juin 1910, exprimé l'avis « que toute commune devrait être tenue de se mettre en mesure de pouvoir, le cas échéant, disposer d'un local d'isolement. Cette prescription n'aurait rien d'exorbitant. On doit pouvoir, en temps passager d'épidémie, isoler des malades dans un local approprié à défaut d'un hôpital proprement dit d'isolement ».

Conformément à cette proposition, l'article 25 prescrit, en son troisième

alinéa, que les communes de moins de 10,000 habitants sont tenues de prendre les mesures nécessaires pour pourvoir à l'isolement, en temps d'épidémie, dans un local spécialement affecté à cet objet, des malades atteints d'affection transmissible.

Une disposition analogue se retrouve dans la loi sanitaire *hongroise* du 14 juin 1893.

IV. *Mesures d'office.* — Si une commune ne se conforme pas aux obligations qui lui sont imposées par l'article 26, en ce qui concerne l'isolement des malades atteints d'affection contagieuse, le dernier alinéa de cet article permet au Gouvernement d'intervenir d'office, moyennant l'avis favorable de la députation permanente.

Cette disposition est également conforme à la manière de voir exprimée par le Conseil supérieur d'hygiène, en séance du 30 juin 1910.

« Si, d'une manière générale, dit le Conseil supérieur d'hygiène, le local communal d'isolement n'est destiné qu'à ceux qui veulent bien s'y rendre, il n'en est pas moins indispensable d'obliger les communes à organiser tous les moyens possibles d'isolement à offrir à la bonne volonté des malades ou de leur famille et du médecin traitant. »

Et le Conseil a insisté à ce sujet, dans les termes suivants :

« Nous voudrions même que si elles ne remplissent pas cette obligation, l'autorité centrale ou provinciale puisse les y contraindre par des mesures d'office... »

Des dispositions analogues à celle contenue dans le dernier alinéa de l'article 25 se retrouvent dans plusieurs lois étrangères, notamment dans la loi *néerlandaise* du 4 décembre 1872 et dans la loi *prussienne* du 28 août 1905.

D'après la première de ces lois, l'administration communale est tenue de prendre les dispositions nécessaires pour isoler et soigner les personnes atteintes de maladie contagieuse. L'autorité provinciale décide s'il sera créé à cet effet des installations provisoires ou définitives.

En Prusse, la loi de 1905 donne aux autorités de district le pouvoir de se substituer aux communes pour établir et entretenir toutes les installations nécessaires à la prophylaxie des affections transmissibles.

Art. 26.

Chaque province est tenue d'organiser :

1° *Un service de recherches chimiques et bactériologiques ;*

2° *Un service public de désinfection fonctionnant pour les communes de moins de 5,000 habitants, qui ne possèdent pas de service communal de désinfection.*

Un règlement provincial arrête les conditions auxquelles les administations locales, les médecins et les particuliers peuvent gratuitement avoir recours à ces deux services.

1. *Service de recherches chimiques et bactériologiques.* — Le diagnostic de certaines affections contagieuses est grandement facilité et parfois même ne peut s'effectuer qu'à l'aide de recherches bactériologiques. Ces recherches, qui requièrent une compétence spéciale et un outillage approprié, sont parfois longues et toujours fort minutieuses : elles ne peuvent, d'une manière générale et pratiquement, être effectuées que par des spécialistes qui s'y consacrent principalement.

Eu égard à l'importance que présente, pour la santé publique, la vérification rapide des cas de ces maladies transmissibles, il est de l'intérêt des autorités sanitaires de pouvoir disposer de laboratoires de bactériologie et d'assurer gratuitement au corps médical le diagnostic des principales d'entre elles : choléra, fièvre typhoïde, diphtérie, tuberculose, etc. Les administrations communales ont le même intérêt à pouvoir aisément obtenir l'analyse chimique et bactériologique des eaux alimentaires.

Aussi, la ville de Bruxelles établit-elle, en 1893, un laboratoire pour effectuer ces recherches. D'autres villes s'adressèrent, pour leurs analyses, aux laboratoires universitaires.

En 1893 également, le Gouvernement chargea les laboratoires bactériologiques des Universités de Gand et de Liége du contrôle des cas avérés ou suspects de choléra constatés par le corps médical. La même année, il annexa, au laboratoire d'analyses de l'Etat, à Liége, une section bactériologique qui se livrait principalement à l'analyse des eaux. Cette section fut, dans la suite, transférée à l'Institut chimique de Gembloux et rattachée finalement, par arrêté royal du 25 mars 1907, au laboratoire de l'administration du service de santé et de l'hygiène.

A mesure que l'importance des recherches bactériologiques s'affirmait davantage, le corps médical, dans ses assemblées professionnelles ainsi que par la voie de la presse scientifique, préconisa et réclama l'établissement de laboratoires régionaux de bactériologie.

De son côté, l'Académie royale de médecine, à la suite des desiderata exprimés par les Commissions médicales, émit, en 1894, le vœu « que, dans les chefs-lieux de province qui ne possèdent pas d'Université, il soit installé des laboratoires de bactériologie auxquels les praticiens pourraient avoir recours... »

Les provinces étaient toutes désignées pour créer ces établissements. Si, en effet, les communes ont, en tout premier lieu, conformément à la loi des 16-24 août 1790, la charge de prendre les mesures nécessaires pour prévenir et combattre les maladies épidémiques, l'intervention des autorités provinciales est également prévue dans le même but par la loi précitée.

La grande majorité des communes ne dispose pas des ressources nécessaires pour créer de pareilles institutions et ce serait même une superfétation que d'en vouloir imposer l'organisation à un grand nombre d'entre elles. On ne pourrait, davantage, songer à grouper les communes par régions.

Le groupement le plus naturel, pour les intérêts communs de toutes les

administrations locales, est, du reste, constitué par la province, dont la mission est intermédiaire entre celle de l'Etat et celle des communes.

C'est ce que fait très bien ressortir la Commission spéciale du Conseil provincial d'Anvers, chargée, dans la session de 1909, de faire rapport au sujet de l'extension du service provincial de désinfection : « Il résulte de ces différents textes delois et arrêtés que les mesures de salubrité publique incombent d'abord aux communes et, si celles-ci négligent d'accomplir les devoirs que la loi leur prescrit, c'est à la province qu'il appartient de prendre telles mesures que l'intérêt public lui dictera. »

Le Gouvernement s'est attaché à faire prévaloir ce mode d'organisation du service des recherches bactériologiques.

De leur côté, presque toutes les provinces ont reconnu qu'il était de leur devoir de l'adopter.

Dès 1895, la province de Liége prit l'initiative de fonder un Institut provincial de bactériologie.

L'année suivante, celles d'Anvers et de Namur organisèrent un service d'analyses bactériologiques en s'entendant, à cet effet, avec des laboratoires de bactériologie déjà existants.

En 1897, le Brabant, la Flandre orientale et le Limbourg s'engagèrent dans la même voie. De son côté, le Conseil provincial du Hainaut résolut de fonder un Institut provincial, à l'exemple de la province de Liége.

En 1899, la Flandre occidentale et, en 1900, la province de Luxembourg suivirent le mouvement, la première en intervenant dans les dépenses d'analyses bactériologiques faites par les communes, la seconde en subsidiant deux laboratoires privés.

Dans la suite, quatre provinces, celles d'Anvers et de Brabant en 1900, celle de Namur en 1903, celle de Limbourg en 1910, réorganisèrent leur service, les trois premières par la création d'un institut provincial.

En résumé, à l'heure actuelle, il existe des instituts provinciaux de bactériologie à Anvers, à Bruxelles, à Gand, à Mons, à Liége et à Namur.

La Flandre orientale a organisé son service en passant avec l'État une convention aux termes de laquelle toutes les analyses bactériologiques, demandées dans l'intérêt de l'hygiène par le personnel médical et les administrations publiques, sont exécutées dans l'institut d'hygiène et de bactériologie de l'Université de Gand.

De son côté, la province de Liége a obtenu de pouvoir disposer, pour son institut, de locaux dépendant de l'Université de l'Etat à Liége.

La province de Limbourg s'est entendue avec les laboratoires des hospices civils de Hasselt et de M. le Dr Denys, professeur à l'Université de Louvain, pour les recherches bactériologiques, ainsi qu'avec deux laboratoires privés pour les analyses chimiques.

La province de Luxembourg subventionne deux laboratoires particuliers.

La Flandre occidentale a organisé le service de diagnostic du choléra, en agréant à cet effet le laboratoire de l'hôpital Saint-Jean, à Bruges. En ce qui

concerne les autres recherches, elle se borne à intervenir, pour un tiers, dans les dépenses d'analyses effectuées par les Administrations communales. Celles-ci peuvent, à leur choix, s'adresser à cinq laboratoires nominativement désignés. Les médecins qui désirent faire effectuer une recherche dans l'intérêt de la santé publique, doivent, au préalable, s'adresser à l'administration communale.

Les divers services provinciaux effectuent en général l'analyse chimique et bactériologique des eaux, ainsi que les recherches relatives au diagnostic des affections transmissibles, y compris les zoonoses transmissibles à l'homme. Quelques-uns s'occupent, en outre, de l'analyse bactériologique des aliments en cas d'empoisonnement, de l'analyse microscopique des tumeurs, de la recherche de la syphilis par la réaction de Wasserman, de l'analyse microscopique et bactériologique des urines, etc.

En vue de faciliter les relations entre les services provinciaux de bactériologie et les administrations communales, les commissions médicales et les membres du corps médical, le Gouvernement leur a accordé la franchise postale pour l'envoi des lettres et imprimés.

L'article 26 du projet de loi, en imposant aux provinces l'obligation d'organiser un service d'analyses chimiques et bactériologiques, ne fait donc que consacrer une situation de fait existant dans la grande majorité des provinces.

Cette proposition est, au surplus, conforme à ce qui s'est fait à l'Étranger, en semblable matière. Ainsi notamment :

En *Prusse*, la Chambre des députés a décidé, le 28 juin 1899, que des instituts de recherches ayant trait à la médecine humaine et à l'art vétérinaire seraient érigés dans chaque province, suivant les nécessités.

Au *Grand-duché de Luxembourg*, la loi du 18 mai 1902 a créé un laboratoire de bactériologie.

En *Espagne*, d'après le décret du 4 janvier 1904, les juntes provinciales de santé sont tenues d'organiser un laboratoire d'analyses chimiques, et si possible, de recherches bactériologiques.

Il existe, dans plusieurs cantons *suisses*, notamment à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, des laboratoires de bactériologie.

II. *Services provinciaux de désinfection.* — Nous avons fait ressortir, dans les développements de l'article 24 (p. 142), l'importance de la désinfection en vue d'éviter la propagation des maladies transmissibles.

Nous avons, en outre, indiqué le système du projet de loi qui, d'une part, impose aux communes de plus de 5,000 habitants l'obligation d'organiser un service public de désinfection (art. 24) et, d'autre part, confie aux provinces le soin d'assurer la dés infection dans les communes de moindre importance, qui n'ont pas établi pareil service (p. 143).

Ici, comme en matière de recherches bactériologiques, l'intervention des autorités provinciales s'impose par la nature même des choses. On ne peut

demander à chaque commune l'organisation d'une station ou d'un poste de désinfection. Si même toutes étaient disposées à assumer les frais qu'entraîne l'achat des appareils et produits nécessaires, le fonctionnement de ces nombreux services laisserait le plus souvent à désirer par suite du défaut de compétence des agents qui en seraient chargés. Or, on l'a dit bien souvent, rien de plus dangereux qu'une désinfection imparfaite, parce qu'elle place le public dans une fausse sécurité : tout péril paraît écarté, alors qu'il n'en est rien.

Dans divers États étrangers, l'intervention des autorités de département ou de district a été imposée par la loi, pour assurer le service dans les localités d'importance secondaire

C'est ainsi qu'en *France*, la loi du 15 février 1902 charge les départements d'organiser le service de désinfection pour les communes de moins de 20,000 habitants.

En *Hongrie*, chaque district doit avoir, à l'usage des localités rurales dont les ressources sont insuffisantes, un appareil de désinfection transportable. Il doit être entretenu et desservi par une équipe d'agents exercés.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 27 juin 1906, eu égard à l'étendue restreinte du territoire, a pu ne prévoir que l'organisation d'un service de désinfection unique, aux frais de l'Etat. D'après l'arrêté du 26 décembre 1907, ce service comprend une station centrale et des stations locales à établir dans les communes où les besoins l'exigent. Les désinfections en cas de fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole et varioloïde, scarlatine, diphtérie, choléra, peste, dysenterie, infections puerpérales, méningite cérébro-spinale et tuberculose, sont faites aux frais de l'État. Il en est de même de toute autre désinfection pratiquée dans l'intérêt de l'Etat ou des communes.

En Belgique, les autorités provinciales ont toutes reconnu la nécessité de leur intervention dans ce domaine.

Dès 1896, la province de Liége avait formé une équipe d'agents-désinfecteurs, qui est mise à la disposition des communes, en temps d'épidémie. En 1898, elle décida de prendre à sa charge la moitié des dépenses effectuées pour la désinfection, lorsqu'elles ne peuvent être payées par les particuliers. Ces dépenses comprennent notamment les frais de voyage des agents désinfecteurs, ceux de transport du matériel et le paiement des substances désinfectantes.

En 1902, la province de Limbourg, et en 1903, celles d'Anvers et de Brabant suivirent l'exemple de la province de Liége.

En 1906, la Députation permanente du Conseil provincial du Hainaut décida l'établissement d'une station centrale de désinfection et la création d'une équipe mobile d'agents-désinfecteurs. Le coût de la désinfection est à charge de l'administration communale qui la réclame. Ce service a commencé à fonctionner en 1909.

A diverses reprises, notamment en 1902 et en 1904, le Gouvernement a insisté auprès des provinces, non encore pourvues d'équipes d'agents désinfecteurs, pour les engager à créer un service de désinfection.

Au cours des années 1908 et 1909, il renouvela ses instances et fit de pressantes démarches, aussi bien auprès d'elles qu'auprès des autres provinces, en vue d'arriver à une organisation plus satisfaisante du service, organisation inspirée par des vues d'ensemble et s'étendant à tout le territoire du royaume.

A cet effet, il signala l'utilité d'établir, dans les divers centres de la province, une équipe d'agents-désinfecteurs, disposant d'un matériel de désinfection et des produits nécessaires, et d'obtenir des administrations communales la désignation d'un agent local, chargé de coopérer à la désinfection au cours de la maladie et d'aider l'agent provincial lorsque ce dernier opère dans leur commune.

En vue d'aider les provinces à réaliser cette réforme, le Gouvernement leur promit, comme il l'avait fait à l'égard des communes, d'intervenir à concurrence de moitié dans les frais de premier établissement des équipes.

En outre, il consentit à prendre à sa charge les frais des cours pratiques à donner aux agents-désinfecteurs, pour les mettre entièrement au courant des opérations.

Il se montra encore disposé à intervenir dans les frais de surveillance des équipes et de contrôle des opérations de désinfection.

Les provinces d'Anvers, de la Flandre occidentale, de Limbourg, de Luxembourg et de Namur ont, au cours de leur session de 1909, résolu de donner suite aux propositions qui leur avaient été faites par le Gouvernement.

Leur exemple a été suivi, en 1910, par la Flandre orientale et par la province de Brabant.

A l'heure actuelle, le service de désinfection, par équipes régionales, fonctionnant sous la direction et la surveillance d'un fonctionnaire provincial, est organisé dans toute l'étendue des provinces d'Anvers, de la Flandre orientale, de Limbourg, de Luxembourg et de Namur. Il est sur le point d'être établi dans la province de Brabant et le sera prochainement aussi, du moins est-il permis de l'espérer, dans la Flandre occidentale.

III. *Conditions de fonctionnement des services provinciaux.* — Conformément au dernier alinéa de l'article proposé, un règlement provincial arrêtera les conditions auxquelles les administrations locales, les médecins et les particuliers pourront gratuitement avoir recours aux deux services provinciaux d'analyses et de désinfection.

En ce qui concerne le premier d'entre eux, à l'heure actuelle, la plupart des instituts provinciaux, soit ceux de la province d'Anvers, de la Flandre orientale, du Hainaut, de la province de Liége, du Limbourg et de la province de Namur effectuent gratuitement les analyses qui leur sont demandées par

les administrations publiques, les commissions médicales et les médecins, tout au moins celles qui intéressent l'hygiène publique et portent notamment sur le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rage, le charbon, etc.

La province d'Anvers n'accorde la gratuité, pour la recherche du bacille de la tuberculose, que lorsque l'analyse est demandée au profit de personnes peu aisées.

Dans la province de Brabant, d'après le règlement du Conseil provincial du 16 juillet 1909, l'Institut effectue les analyses d'eaux alimentaires à la requête du Gouverneur et des bourgmestres du Brabant. Il pratique gratuitement, à la demande des médecins de la province, les analyses de produits morbides, lorsque le praticien produit une déclaration portant qu'elles sont faites pour un indigent dont il indique le nom, la profession et l'adresse. Dans le cas contraire, le prix en est fixé à 10 francs.

Les analyses d'eaux alimentaires, le diagnostic des affections contagieuses sont faits moins dans l'intérêt du corps médical, que dans celui de la santé publique. Exiger une rémunération des particuliers, subordonner la gratuité à la production d'un certificat d'indigence ou de non-aisance, rendre obligatoire l'intervention préalable d'une autorité locale, toutes ces conditions ou formalités ne peuvent qu'enrayer la bonne volonté des praticiens, alors qu'il est de l'intérêt public de leur faciliter la vérification de leur diagnostic : tout retard dans la constatation d'un cas d'affection transmissible susceptible de devenir épidémique, peut, en effet, avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de signaler ici la mesure à laquelle la Députation permanente de la province de Namur a eu recours, en 1907, dans le but de faire face aux dépenses qu'entraînait le développement de son institut : elle a demandé aux communes, en retour du concours gratuit du laboratoire qui leur était accordé, une contribution annuelle, volontaire, variant entre 5 francs et 100 francs, d'après l'importance de la population de chacune d'elles, et dont le montant total s'élève au tiers des dépenses de l'Institut. Deux communes seulement ont refusé leur concours : ce résultat établit combien les administrations locales apprécient les services que peuvent leur rendre les recherches bactériologiques.

La province de Namur a procédé de même, en 1909, pour l'organisation de son service provincial de désinfection et ses propositions ont rencontré un égal succès : sur les 364 communes de la province, quatre petites localités seulement n'ont pas répondu à son appel. La désinfection est donc entièrement gratuite pour les particuliers, sur presque toute l'étendue du territoire de la province.

Il en sera de même dans les localités du Brabant qui seront desservies par le service provincial : s'inspirant de l'exemple de la province de Namur, la province du Brabant a décidé de solliciter des communes intéressées une contribution forfaitaire de 15 à 35 francs par an, sans la leur imposer.

Le coût de la désinfection est à charge de la commune dans les provinces

du Hainaut et de Luxembourg; il leur est partiellement imposé dans celles d'Anvers, de Liége et de Limbourg.

Dans la Flandre orientale, une taxe par opération est perçue des particuliers.

Les raisons de nature à faire préconiser la gratuité des analyses bactériologiques, trouvent également leur valeur en matière de désinfection. La gratuité de cette opération paraît d'autant plus désirable qu'elle sera de nature à prévenir la tendance qu'auraient les particuliers soit à effectuer la désinfection par eux-mêmes, sans l'aide d'une personne compétente, soit à s'adresser à des établissements particuliers, dont les opérations, en l'absence du contrôle de l'Autorité, ne peuvent offrir de garantie suffisante.

C'est la population tout entière qui est appelée à bénéficier des bienfaits de la désinfection : il importe donc de répandre celle-ci le plus possible, et toute rémunération qui serait exigée des particuliers irait à l'encontre du but que l'on doit atteindre.

Aussi le Conseil supérieur d'hygiène a-t-il, dans sa séance du 30 juin 1910, exprimé l'avis qu'il était désirable de garantir, dans le texte même de l'article 25, la gratuité des deux services dont cet article impose l'organisation aux provinces.

Tout en ne dissimulant pas ses préférences pour ce système, le Gouvernement ne croit pas devoir en faire une obligation stricte. Il importe, en effet, de tenir compte de la situation de chaque province : il convient, ne fût-ce qu'en vue de prévenir des abus possibles, de leur laisser la latitude de réclamer, dans certains cas ou pour certaines opérations, l'intervention des administrations locales ou celle de catégories déterminées de particuliers.

Pour ces diverses raisons, l'article 25 prévoit qu'un règlement provincial arrêtera les conditions auxquelles les administrations locales, les médecins et les particuliers pourront gratuitement avoir recours aux services provinciaux.

Art. 27.

Le Conseil supérieur d'hygiène, institué auprès du Ministère de l'Intérieur, a pour mission d'étudier et de rechercher tout ce qui peut contribuer aux progrès de l'hygiène.

Indépendamment des avis qu'il est appelé à émettre en vertu soit de la présente loi, soit de diverses lois spéciales, il répond aux demandes qui lui sont adressées par le Ministre de l'Intérieur sur toutes les questions d'ordre sanitaire.

L'organisation et le mode de fonctionnement du Conseil sont réglés par arrêté royal.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique a été institué par l'arrêté royal du 15 mai 1849 et réorganisé par l'arrêté royal du 30 décembre 1884. Divers arrêtés successifs ont modifié sa composition. Le Conseil comprend, à l'heure actuelle, vingt-et-un membres, dont six membres de droit en raison

de leurs fonctions, et quinze membres nommés par le Roi : il doit y avoir, parmi ces derniers, au moins cinq docteurs en médecine, un pharmacien, un médecin vétérinaire et un architecte.

En vertu de l'arrêté royal du 30 décembre 1884, le Conseil a pour mission :

1° D'étudier et de rechercher tout ce qui peut contribuer aux progrès de l'hygiène publique ;

2° D'examiner les rapports des commissions médicales, des membres correspondants de ces commissions et des comités locaux ;

3° De répondre aux demandes d'avis qui lui sont adressées par le Ministre de l'intérieur, notamment en ce qui concerne :

La police médicale et sanitaire ;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires de la population ;

Les projets de construction d'hôpitaux et d'hospices ;

Le régime des établissements dangereux, insalubres ou incommodes ;

Les questions concernant les maisons ouvrières, les cimetières, les égouts, les eaux potables, l'assainissement des voies publiques et des cours d'eau, etc.

La loi du 9 août 1889 relative aux habitations ouvrières prévoit la communication au Conseil des rapports annuels des comités de patronage qu'elle a institués dans tous les arrondissements du pays.

Diverses lois, celles du 13 décembre 1889 et du 10 août 1911 sur le travail des femmes, des adolescents et des enfants, du 2 juillet 1899 concernant la sécurité et la santé des ouvriers occupés dans les entreprises industrielles et commerciales, du 17 juillet 1905 sur le repos du dimanche, du 20 août 1909 concernant l'emploi de la céruse dans les travaux de peinture, la loi du 12 août 1905 ayant pour objet la répression des fraudes commises au moyen de la margarine, celle du 30 avril 1909 concernant le logement des ouvriers employés dans les briqueteries et sur les chantiers, ont subordonné à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène l'adoption de mesures que ces lois donnent au Gouvernement le droit de prendre dans l'intérêt de l'hygiène en général ou dans celui de la santé des ouvriers.

Le projet de loi confère au Conseil de nouvelles attributions. D'une manière générale, son adoption aura pour effet, par les mesures qu'il permet d'édicter et les services dont il prescrit l'institution, d'augmenter l'importance de la mission attribuée à ce collège.

Aussi le Gouvernement estime-t-il qu'il convient de consacrer légalement son existence, à l'exemple de ce qu'ont fait plusieurs lois étrangères, notamment en *Allemagne*, en *France*, en *Italie*, en *Espagne*, en *Roumanie* et en *Serbie*.

La loi *française* du 15 février 1902, la loi *italienne* du 1er août 1907, la loi *roumaine* du 18 décembre 1910, la loi *espagnole* du 12 janvier 1904 ne

se bornent pas, comme le fait le projet, à indiquer la mission des Conseils supérieurs d'hygiène ou de santé qu'elles instituent. Elles règlent, d'une façon détaillée, la composition de ces collèges.

Il semble préférable et d'ailleurs plus conforme à l'ensemble du projet de loi, de laisser régler ce point par le Pouvoir exécutif. La très grande majorité des institutions de l'espèce qui existent en Belgique sont organisées de même par arrêté royal et les modifications qui ont été, à trois reprises, apportées à la composition du Conseil supérieur d'hygiène depuis 1884, permettent de juger combien il est désirable de pouvoir, en semblable matière, s'inspirer des circonstances sans être tenu à l'observation stricte d'un texte de loi.

En *France*, la composition du Conseil, qui était déterminée par la loi du 15 février 1902, a dû, quelques années plus tard, être modifiée par la loi du 25 novembre 1908 et, d'autre part, en vue d'éviter de devoir ultérieurement recourir à la législature, cette dernière loi autorise le Gouvernement à « modifier la composition du Conseil, en ce qui concerne les membres de droit, lorsque ces modifications seront nécessitées par des changements apportés à l'organisation administrative des différents départements ministériels. »

Art. 28.

Il sera établi, dans chaque province, un ou plusieurs comités régionaux de salubrité publique, dont les membres sont nommés par le Roi. L'inspecteur d'hygiène du gouvernement est, de droit, membre des comités existant dans sa circonscription.

Les comités régionaux de salubrité publique ont la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique dans leur ressort.

Leur mode de fonctionnement est déterminé par arrêté royal.

Nous avons décrit (p. 126) l'organisation et les attributions des Commissions médicales provinciales, et nous avons fait connaître (p. 131) que ces Commissions sont appelées, par le projet de loi sur l'exercice des professions médicales, à subir une modification radicale.

D'après ce projet, ces Commissions auraient pour mission de surveiller l'exécution de la loi et des règlements relatifs à l'exercice des professions médicales et d'exercer la discipline sur le personnel médical.

Elles n'auraient plus à s'occuper de la surveillance de l'état de la santé publique dans leur ressort.

Recrutées par la voie de l'élection, elles ne comprendraient pas généralement les éléments nécessaires pour assurer ce service d'ordre administratif.

Déjà, à l'heure actuelle, la réforme apportée à la composition des Commissions médicales par l'arrêté royal du 28 février 1895, qui admet l'élection directe des membres médecins et pharmaciens de ces collèges, a eu pour effet de donner à l'élément professionnel une part prépondérante dans le recrutement des membres, au détriment de l'élément hygiénique, et en outre de rendre lesdites Commissions à peu près indépendantes de l'autorité

supérieure, au nom de laquelle elles exercent leur mission administrative.

Nous disons « à peu près indépendantes ». En effet, le président et le secrétaire de ces collèges ne sont pas élus par le corps médical, mais nommés par le Roi. Ainsi que le fait ressortir le rapport de la Commission chargée de préparer la revision de la loi de 1818 sur l'art de guérir, « l'importance des attributions des Commissions en matière d'hygiène et la nécessité de confier, dans la limite du possible, à des spécialistes, tant la direction du service que l'initiative des mesures à prendre en temps d'épidémie, faisaient obstacle à ce que le Gouvernement pût songer à abandonner à l'élection le choix du président et du secrétaire de ces collèges » (p. 9).

« Mais, ajoute le rapport précité, le caractère boiteux de ce régime provisoire s'aperçoit aisément. »

Il y sera porté remède par l'adoption du projet de loi sur l'exercice des professions médicales, qui limite la compétence des Commissions médicales à la surveillance de la législation médicale, et par le vote des dispositions du projet de loi sanitaire qui confie la surveillance de la santé et de l'hygiène publiques à des Comités régionaux et locaux de salubrité ainsi que l'exécution des lois et règlements y relatifs à un corps d'inspecteurs nommés par le Gouvernement.

Les services rendus en matière d'hygiène, par les Commissions médicales, ont été considérables. L'on peut dire que ces collèges ont eu, pendant près d'un siècle, la charge de veiller à la santé publique et qu'ils s'en sont toujours acquittés sans défaillance, malgré le caractère ingrat de leur mission et les difficultés rencontrées à chaque pas, malgré l'inertie des administrations locales et l'indifférence du public. Les résultats obtenus sont d'autant plus remarquables que les Commissions médicales sont dépourvues de tout pouvoir et n'ont pu agir, sur les autorités locales et les particuliers, que par la persuasion et la diffusion des notions d'hygiène.

On ne pourrait songer un seul instant à laisser s'opérer la transformation de ces collèges en organismes exclusivement consacrés à l'application de la loi sur l'exercice des professions médicales, sans se préoccuper de pourvoir à leur remplacement dans le domaine de l'hygiène.

Aussi la Commission chargée de préparer la revision des dispositions législatives et réglementaires concernant l'art de guérir, prévoyait-elle déjà, lorsqu'elle a formulé ses propositions, la création, indépendamment des Commissions médicales réorganisées, de Comités régionaux de salubrité publique.

A l'heure actuelle, les Commissions médicales exercent, en réalité, une double fonction ; elles remplissent le rôle de Commission médicale et celui de Comité provincial de salubrité publique. Dans l'avenir, d'après ce que proposent le projet de loi sur l'art de guérir et le présent projet, ces deux missions seraient confiées à des rouages distincts, constitués de manière à répondre pleinement aux buts en vue desquels ils sont respectivement institués.

Dans le *Grand-duché de Luxembourg*, la loi du 6 juillet 1901 institue un Collège médical, chargé de la surveillance du service sanitaire, de l'étude et de l'examen de toutes les questions concernant la santé publique dont il est saisi par le Gouvernement, ainsi que d'attributions concernant l'exercice des professions médicales.

L'organisation de ce collège se rapproche de celle de nos commissions médicales provinciales. Eu égard à la superficie du Grand-Duché, on conçoit qu'il n'en ait été établi qu'un seul.

En *France*, la loi du 15 février 1902 prévoit la création, dans chaque département, d'un Conseil d'hygiène, présidé par le préfet et composé de dix membres au moins et de quinze au plus. Ce conseil comprend deux conseillers généraux, élus par leurs pairs, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

En outre, le Conseil général peut, après avis du Conseil d'hygiène départemental, diviser le département en circonscriptions sanitaires et placer à la tête de chacune d'elles une Commission sanitaire. Celle-ci se compose de cinq à neuf membres et comprend nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, et au moins un médecin, un pharmacien, un vétérinaire et un architecte ou un technicien d'une compétence analogue.

En *Italie*, d'après la loi du 1er août 1907, il y a, dans chaque province, un Conseil provincial de santé, placé sous la dépendance du préfet, et composé d'au moins onze membres, nommés pour trois ans par le Roi.

Des commissions d'hygiène provinciales ou régionales de salubrité existent encore en *Espagne*, au *Danemark*, en *Hongrie*, en *Roumanie*, ainsi que dans la plupart des cantons de la *Suisse*.

Partout ces commissions sont des organismes de consultation et d'enquête.

De même, le rapport de la Commission chargée de la revision de la législation sur l'exercice des professions médicales, en proposant la transformation des anciennes commissions médicales, autorisait « le Gouvernement à instituer des comités consultatifs régionaux de salubrité publique, dont il déterminera les attributions et le fonctionnement. »

Le projet de loi sanitaire, adopté par le Conseil supérieur d'hygiène en 1899, était conçu dans le même sens.

Le projet actuel, tout en s'inspirant de ces propositions, précise, dans le texte même de la loi, la mission de ces organismes : ils auront, comme actuellement, la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique dans leur ressort.

De même que pour les commissions actuelles, le projet de loi laisse au Gouvernement le soin de régler le fonctionnement des futurs comités régionaux, de fixer le nombre de leurs membres, ainsi que la durée de leur mandat : il se borne à spécifier que les membres sont nommés par le Roi et que l'inspecteur d'hygiène de la circonscription fera partie de droit des comités existant dans son ressort.

La présence de ce fonctionnaire, chargé en ordre principal de veiller à l'exécution des lois et règlements d'hygiène, aura pour effet d'augmenter la cohésion dans l'action des diverses autorités sanitaires.

ART. 29.

Il est institué un service d'inspection d'hygiène, dont le personnel est nommé par le Roi et qui a pour mission :

1° De surveiller l'état sanitaire des populations et la situation hygiénique des localités ;

2° De veiller, concurremment avec les officiers de police judiciaire, à l'exécution des lois et règlements généraux et locaux concernant l'hygiène et la salubrité publiques.

Les inspecteurs d'hygiène sont tenus, avant leur entrée en fonctions, de prêter devant le juge de paix du canton de leur résidence le serment prescrit par le décret du 20 juillet 1831.

Ils constatent, par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve contraire, les infractions aux lois et règlements ci-dessus visés.

Une copie du procès-verbal sera transmise au contrevenant, au plus tard dans les quarante-huit heures de la constatation de l'infraction.

A l'heure actuelle, la mission de veiller à l'observation des lois et règlements qui concernent l'hygiène et la salubrité publiques, incombe, en vertu de l'arrêté royal du 31 mai 1880, aux membres et principalement aux présidents et secrétaires des Commissions médicales provinciales. Mais ces praticiens n'ont pas qualité pour constater, par des procès-verbaux, les infractions qu'ils découvrent. Ils doivent se borner à les signaler aux autorités compétentes, c'est-à-dire, en règle générale, aux bourgmestres.

Nous avons fait connaître, au cours du commentaire de l'article 28 (p. 161), que les Commissions médicales seront remplacées, pour ce qui concerne la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique, par des Comités régionaux de salubrité publique. Ceux-ci n'auront pas davantage qualité pour constater judiciairement les infractions aux lois et règlements d'hygiène.

Il y a donc, dans notre organisation sanitaire, une lacune qui ne serait pas comblée, même si les membres ou certains membres de ces comités étaient revêtus de la qualité d'officier de police judiciaire. L'administration centrale ne pourrait, en effet, attendre une collaboration suffisante de ces collèges, dont les membres remplissent leur mission à titre gracieux et ne peuvent y affecter qu'une part restreinte de leur temps.

La mission de constater les infractions aux lois et règlements concernant la salubrité publique ne peut être confiée qu'à des inspecteurs, auxquels la pratique de la médecine serait interdite, de manière à leur permettre de se consacrer, en toute indépendance, à l'exercice de leurs fonctions.

Il a été établi, auprès de l'administration centrale du service de santé, par l'arrêté royal du 18 septembre 1845, un service d'inspection d'hygiène, qui comprend actuellement deux médecins et qui est spécialement chargé, conformément à l'instruction ministérielle du 4 octobre 1850, de remplir les missions que le Ministre juge devoir lui confier à l'effet de rechercher les moyens de prévenir et de combattre les maladies épidémiques, de surveiller le bon emploi des subsides accordés par le Gouvernement, d'étudier les améliorations à introduire dans le régime hygiénique des établissements hospitaliers et de rechercher les mesures générales destinées à améliorer la situation sanitaire des populations.

En l'absence de toute disposition légale sur la matière, les fonctionnaires de ce service n'ont pas non plus le droit de constater, par des procès-verbaux, les infractions aux lois et règlements sanitaires qui leur sont signalées.

L'article 29 du projet de loi a pour but de développer ce service d'inspection et de donner au personnel les pouvoirs nécessaires pour exercer fructueusement la charge qui lui serait dévolue.

Déjà le Gouvernement est entré dans cette voie, en attachant à l'inspection d'hygiène, au cours de cette année, des médecins dont la résidence a été fixée à Anvers, Gand, Mons, Liége, Libramont et Namur. Par arrêté royal du 19 juillet 1911, ces agents ont été investis, en vertu de la loi du 5 mai 1888, de la haute surveillance des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, dans les limites où cette surveillance incombe au Département de l'Intérieur.

De toutes les réformes proposées par le projet de loi, il n'en est pas dont la nécessité ait été davantage mise en lumière et qui ait été réclamée avec plus d'unanimité.

Dès 1867, le Conseil supérieur d'hygiène sollicitait le vote d'une loi qui vînt organiser le plus tôt possible le service de l'hygiène publique et mettre le Gouvernement à même de connaître les infractions aux lois sur l'hygiène.

Dans la suite, il ne cessa de réclamer l'organisation d'un service de surveillance, à confier à des délégués de l'autorité (1874 et 1891) et qui porterait notamment sur les habitations en construction (1874, 1901), sur les fontaines, puits et pompes publics (rapport de 1892), sur l'établissement des distributions d'eau et le fonctionnement de leurs installations (1897, 1901 et 1905), sur l'application des règlements relatifs à la salubrité de la voirie (1892, 1897, 1901), sur l'état d'entretien des égouts et fosses d'aisances (1897 et 1900), sur les maisons ouvrières, etc. (1886, 1897 et 1900).

L'Académie royale de médecine s'est, à différentes reprises, exprimée dans le même sens (1895, 1898, etc.)

A mesure que, dans leurs rapports annuels, les Commissions médicales provinciales et les Comités de patronage des habitations ouvrières se plaignent davantage de l'absence de toute sanction à leurs avis et à leurs

conseils, le mode d'organisation de cette surveillance réclamée de toutes parts, se précise davantage.

« Il faut, dit le Conseil en 1896, un personnel indépendant, exerçant d'une manière efficace et continue sa surveillance sur tous les services d'hygiène, tenant la main à l'exécution des mesures sanitaires qui intéressent la généralité des citoyens et que souvent l'inertie ou l'incapacité des autorités locales rendent inutiles. »

Et plus loin, le Conseil ajoute :

« Nous croyons que le meilleur moyen d'y obvier (à l'absence de surveillance et de sanction) consiste dans la création, par le Gouvernement, d'une inspection sanitaire dans chaque ressort de Commission médicale. Les inspecteurs provinciaux, relevant du pouvoir supérieur, seraient soustraits aux influences locales; ils tiendraient la main à la disparition des causes d'insalubrité multiples que toutes les Commissions médicales signalent dans leurs rapports successifs, sans pouvoir ensuite nous apprendre quel a été le résultat de leur intervention. »

La même année, l'Académie royale de médecine demande, de son côté, « l'adjonction, à chacune des Commissions médicales, d'un médecin s'occupant exclusivement du service hygiénique et sanitaire de son ressort ».

Depuis lors, et à plusieurs reprises, notamment en 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, spécialement à la suite des vœux émis en ce sens par des Commissions médicales, le Conseil supérieur n'a cessé de réclamer la création d'un corps d'inspecteurs sanitaires, chargés de constater les infractions aux lois et règlements sur l'hygiène et d'éclairer le Gouvernement sur les mesures à prendre pour y remédier.

« Cette inspection devrait, disait-il en 1898, posséder l'autorité nécessaire pour faire prévaloir les décisions de l'autorité supérieure, pour stimuler les énergies requises ou, au besoin, les suppléer et vaincre les volontés rebelles. Que l'on nous donne donc des inspecteurs sanitaires, indépendants des administrations et coteries locales, armés des pouvoirs nécessaires et n'ayant d'autre devoir et d'autres obligations que l'accomplissement intégral et consciencieux de leur mission. »

« Il y a *urgence*, disait-il en 1905, de voir établir une inspection sérieuse des logements ouvriers. »

La même préoccupation, celle d'organiser une inspection des logements ouvriers indépendante des autorités locales, s'est manifestée parmi ceux qui se dévouent à l'œuvre des habitations ouvrières. Des rapports et des vœux en ce sens ont été adoptés par nombre de Comités de patronage des habitations ouvrières, ainsi que par l'Association pour l'amélioration des logements ouvriers (1895). Ajoutons-y les conclusions votées aux Congrès internationaux des habitations ouvrières de Bruxelles, en 1897, et de Liége, en 1905, ainsi qu'au Congrès international d'hygiène de Bruxelles, en 1903, au Congrès international d'assistance publique de Paris, en 1900, et aux Congrès internationaux d'assainissement et de salubrité de l'habitation, de Paris, en 1904, et de Genève, en 1906.

Dans le même ordre d'idées, la section centrale de la Chambre des représentants, chargée de l'examen du budget du Ministère de l'Industrie et du Travail, a préconisé, en 1902 et 1905, l'organisation d'un service d'inspecteurs des habitations ouvrières.

D'autre part, à diverses reprises et, en dernier lieu, au cours de la discussion du budget du Département de l'Agriculture de l'année 1908, des membres de la Législature ont réclamé la création d'un service d'inspection d'hygiène.

Des associations médicales se sont prononcées dans le même sens. En séance du 12 mai 1893, la Société de salubrité publique et d'hygiène de la province de Liége a émis le vœu « que le code sanitaire confie à des fonctionnaires spécialement préparés pour ce rôle, l'exécution des mesures imposées par la loi et, en général, la surveillance de l'hygiène publique ».

De son coté, la Société royale de médecine publique a voté la proposition suivante en 1905 :

« *A.* — Les institutions existantes, ressortissant au Service central de santé et de l'hygiène seront complétées ou remplacées par la création :

» *a*) D'inspecteurs principaux de l'hygiène et de la santé publiques ;

» *b*) D'inspecteurs divisionnaires ou de district ;

» *c*) De commissions circonscriptionnaires d'hygiène.

» *B.* — L'inspection de l'État comporte :

» 1° Une enquête permanente sur la santé publique, l'indication et la propagation des moyens propres à l'améliorer ;

» 2° L'observance des lois et des règlements ou prescriptions qui y sont attachés.

» *C.* — Des inspecteurs principaux seront à ces fins, et conformément aux instructions du Service central de santé chargés decette mission.

» Ils auront à donner au Gouvernement, au Conseil supérieur d'hygiène, aux gouverneurs, aux Collèges échevinaux, tous conseils et avis concernant l'hygiène publique. Ils se tiendront constamment au courant de l'état sanitaire de la population de leur circonscription, examineront les plaintes et réclamations qui leur seront adressées, procéderont ou feront procéder aux enquêtes qu'ils jugeront nécessaires.

» Des inspecteurs divisionnaires ont pour mission de seconder les inspecteurs principaux dans le ressort qui leur est confié.

« Ils relèvent directement de l'autorité de ceux-ci. »

Signalons, enfin, que la Commission chargée de préparer la revision des dispositions qui règlent l'exercice des professions médicales, a, dans son rapport, exprimé l'avis qu'on ne pourrait « mieux remplacer les Commissions médicales que par des inspecteurs d'hygiène, désignés par le Gouvernement, indépendants des coteries et des préjugés locaux, libres de toute clientèle et consacrant tout leur temps à la chose publique ».

Incontestablement ce qui a déterminé tout ce mouvement d'opinion, c'est, d'une part, l'exemple d'organismes analogues existant déjà dans le royaume et, d'autre part, l'exemple de l'Étranger.

Parmi les services de l'espèce que compte déjà notre organisation administrative, nous citerons particulièrement l'inspection du travail et l'inspection des denrées alimentaires, qui, depuis leur institution, ont rendu des services considérables.

Grâce à leur activité, l'ouvrier est protégé, au point de vue de l'hygiène, dans son travail et dans son alimentation : n'est-il pas logique d'étendre cette protection à son logement, dont les conditions défectueuses ont été mises en lumière par les multiples enquêtes des Comités de patronage et des Commissions médicales?

En ce qui concerne l'Étranger, une revue rapide de l'organisation sanitaire des autres pays permet de constater que, dans nombre d'entre eux, existe une inspection d'hygiène dépendant de l'autorité supérieure.

En *Angleterre*, en vertu de l'*Act* de 1875, les autorités locales doivent nommer un *medical officer of health*, un *inspector of nuisances*, ainsi que les adjoints nécessaires.

Les conseils de comté ont, d'autre part, le droit de désigner des *medical officers of health*, qui ont la surveillance des services sanitaires dans tout le comté. Un grand nombre de conseils de comté ont usé de ce pouvoir.

C'est aux efforts de ces fonctionnaires que les autorités sanitaires attribuent principalement « le prodigieux essor de l'hygiène publique en Angleterre ».

En *France*, il existe un inspecteur général de l'hygiène et un inspecteur adjoint à l'administration centrale, et en outre, à l'intérieur du pays, six inspecteurs régionaux de l'hygiène. Il existe également, dans chaque département, un médecin des épidémies de département et des médecins des épidémies d'arrondissement.

En outre, la loi du 15 février 1902 porte que « si le préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les détails et le budget du service ». Mais le défaut d'obligation, pour les départements, d'instituer le service, a eu pour résultat qu'un petit nombre d'entre eux seulement ont usé des pouvoirs que leur donne la loi. Cette absence de contrôle constitue, de l'avis des personnes autorisées, une grave lacune de la loi. Aussi l'Académie de médecine de France a-t-elle, en séance du 10 novembre 1908, insisté en vue d'obtenir une « inspection sanitaire obligatoire pour chaque département, confiée à des fonctionnaires largement appointés ».

En *Prusse*, la loi du 16 septembre 1899 a créé, dans les cercles, des inspecteurs qui portent le nom de « médecins de cercle » et qui sont chargés de toutes les questions qui intéressent l'hygiène et la salubrité publiques. La loi leur reconnaît le droit de procéder, de leur propre autorité, aux enquêtes et inspections nécessaires et même, en cas d'urgence, de prendre des arrêtés obligatoires.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 21 juin 1901, organique de l'inspection d'Etat concernant l'hygiène publique, institue un corps d'inspecteurs principaux et d'inspecteurs d'hygiène.

Dans le *Grand-Duché de Luxembourg*, la loi du 18 mai 1902 a placé, dans chaque canton, un médecin-inspecteur qui a la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique et veille à l'observation des lois et règlements qui concernent l'hygiène et la salubrité publiques.

En *Italie*, d'après la loi du 1er août 1907, il y a dans chaque province un médecin provincial, nommé par le Roi. Il est chargé notamment de surveiller le service sanitaire, ainsi que l'exécution des lois et règlements sanitaires.

Dans presque tous les cantons *suisses*, il existe un médecin officiel, nommé par le Gouvernement, qui a notamment dans ses attributions la charge de veiller à l'exécution des lois et ordonnances concernant l'hygiène publique et surtout la prophylaxie des maladies contagieuses.

Au *Danemark*, l'administration sanitaire dispose de onze inspecteurs-médecins auxquels incombe, dans leur province respective, la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique, y compris les soins à donner aux malades.

En *Russie*, il existe, dans chaque province, un service d'inspection d'hygiène, composé d'un médecin en chef et d'un médecin-adjoint, qui ont sous leur autorité des médecins de district.

En *Hongrie*, la loi du 3 avril 1876 institue, dans chaque district, un médecin en chef, qui a dans ses attributions la surveillance des services d'hygiène locaux. Il propose les mesures préventives contre les maladies épidémiques et contagieuses et, en cas de danger pressant, il peut prendre des dispositions de sa propre autorité.

En *Roumanie*, il y a un médecin à la tête de chaque district et un médecin dans chaque arrondissement. Tous relèvent de l'administration centrale et ont dans leurs attributions tout ce qui concerne l'hygiène publique et la police sanitaire.

En *Serbie*, d'après la loi du 30 mars 1881, des médecins de département sont chargés de veiller à la santé publique, notamment en ce qui concerne les conditions d'habitation, d'alimentation, etc. En cas d'épidémie, les autorités de police et communales sont tenues d'exécuter immédiatement leurs ordres.

En *Espagne*, le décret du 4 janvier 1904 institue des inspecteurs provinciaux de santé et décrit longuement leurs attributions.

Des inspecteurs d'hygiène existent encore dans d'autres pays, notamment dans plusieurs des *États-Unis* d'Amérique (New-York, loi du 15 juin 1885).

Les considérations qui précèdent nous paraissent justifier complètement la proposition contenue dans l'article 29 du projet. Celle-ci n'aura, du reste, nullement pour effet de substituer le nouveau service aux autorités actuellement chargées de la répression des infractions aux lois et règlements sanitaires. Le projet de loi n'a pas pour objet, nous l'avons déjà fait remarquer, de décharger les administrations locales des obligations qui leur incombent en vertu de la législation en vigueur.

L'inspection gouvernementale d'hygiène aura surtout pour but d'aider,

de stimuler les administrations locales. Elle ne les suppléera que lorsque, par incurie ou incapacité, celles-ci laissent perdurer des situations fâcheuses au point de vue de la santé publique.

Ce système a fait ses preuves, d'une manière absolument concluante, en d'autres domaines. Nous citerons, à titre d'exemple, l'inspection des établissements dangereux, insalubres ou incommodes et celle du commerce des denrées alimentaires : l'action de ces deux services est parallèle à celle des autorités locales et cette dualité n'a jamais présenté d'inconvénient.

L'article 29 prévoit expressément que les infractions aux lois et règlements sanitaires pourront, comme par le passé, être constatées par tous les officiers de police judiciaire. Au nombre de ces agents judiciaires sont compris les inspecteurs qui seraient nommés par les communes, si le Conseil communal leur accorde, à cet effet, les pouvoirs nécessaires.

D'après le texte proposé, conformément à l'avis émis par le Conseil supérieur d'hygiène en 1910, les inspecteurs d'hygiène auront pour mission :

1° De surveiller l'état sanitaire des populations et la situation hygiénique des localités ;

2° De veiller à l'exécution des lois et règlements généraux et locaux concernant l'hygiène et la salubrité publiques.

En vertu de ces dispositions, les inspecteurs d'hygiène serviront de lien entre les comités de salubrité publique et l'Administration centrale de l'hygiène. Ils seront chargés des enquêtes que le Ministre ou les gouverneurs de province leur confieront au sujet des causes d'insalubrité, qui leur seront dénoncées, ou relativement aux moyens à employer pour combattre l'extension des maladies épidémiques. Ils signaleront les mesures, générales ou spéciales, dont ils constateront la nécessité ou l'utilité. Ils éclaireront les autorités sur tout ce qui peut contribuer à améliorer la situation hygiénique des populations, principalement des classes laborieuses.

Les inspecteurs seconderont les comités régionaux de salubrité et les comités de patronage des habitations ouvrières dans la mission dévolue à ces collèges.

L'organisation de ce service d'inspection ne fera pas, en effet, double emploi avec la surveillance exercée par ces collèges. Au contraire ! Les efforts des uns et des autres se combineront. L'inspecteur d'hygiène interviendra là où ces comités n'auront pas réussi par leurs avis et leurs conseils à convaincre les particuliers intéressés ou les administrations locales. Appuyés et soutenus par les inspecteurs, les comités de patronage, parfois découragés actuellement par l'inanité de leurs efforts, reprendront, avec une vigueur nouvelle, la mission importante que la loi du 9 août 1889 leur a confiée.

Les inspecteurs d'hygiène viendront encore utilement en aide aux comités locaux de salubrité publique ainsi qu'aux administrations locales, principalement celles des communes d'importance secondaire et celles des communes

rurales, et les éclaireront au sujet des dispositions à prendre pour remédier aux causes d'insalubrité, pour prévenir l'apparition ou combattre la propagation des affections transmissibles, pour organiser les services sanitaires communaux, etc.

Aux termes de l'article 3, les déclarations des cas de maladies contagieuses doivent être adressées à l'inspecteur d'hygiène directement par les médecins et, par l'intermédiaire des bourgmestres, en ce qui concerne les personnes, autres que le médecin, également tenues à l'information.

L'inspecteur aura à contrôler la surveillance exercée sur les enfants mis en garde ou en nourrice ainsi que l'inspection médicale scolaire.

Il devra inspecter les établissements hospitaliers et les institutions d'assistance médicale autres que les asiles d'aliénés, pour lesquels il existe déjà une inspection d'État, ainsi que, d'une manière générale, les établissements et installations sanitaires dépendant des communes ou d'associations intercommunales.

Il devra rechercher les améliorations d'ordre hygiénique à introduire dans ces établissements ou à apporter à ces installations et les signaler soit aux administrations soit aux particuliers de qui ils dépendent.

Grâce à cette circonstance qu'ils consacreront tout leur temps aux intérêts de l'hygiène, l'action des inspecteurs sera permanente, continue et incontestablement de beaucoup plus efficace que celle des Commissions médicales. Cette action sera surtout préventive : les inspecteurs ne devront pas attendre qu'une cause d'insalubrité leur soit révélée, qu'une épidémie ait éclaté. Parcourant journellement leur circonscription, éclairés par les organismes divers avec lesquels ils seront en relations, ils pourront connaître la situation hygiénique de chacune des localités du royaume et travailler à remédier aux causes d'insalubrité existantes ou qui viendraient à se produire.

Les inspecteurs auront enfin à veiller à l'observation des prescriptions légales et réglementaires qui ont trait à l'hygiène et à la salubrité publique, que ces dernières émanent du Gouvernement ou de l'autorité communale.

Ils n'useront toutefois de ce pouvoir qu'avec discernement. Le but de l'institution nouvelle n'est pas d'arriver à l'observation des lois et règlements sanitaires par la répression sévère de toute infraction : ils agiront le plus souvent, et sauf dans les cas graves, par voie d'enseignement et de persuasion et n'useront de leurs pouvoirs de coercition qu'en cas d'inertie persistante ou de mauvais vouloir évident des contrevenants.

A l'exemple de ce que prévoient diverses lois analogues, l'article 29 dispose que, lorsqu'un procès-verbal a été dressé, copie doit en être adressée au contrevenant, endéans les quarante-huit heures de la constatation de l'infraction. Cette formalité n'est cependant pas imposée à peine de nullité.

Il va sans dire que les procès-verbaux dressés par les inspecteurs d'hygiène devront être rédigés conformément aux dispositions de la loi du 3 mai 1889 sur l'emploi de la langue flamande.

Art. 30.

Les inspecteurs d'hygiène du Gouvernement ont le droit de pénétrer, en se conformant aux conditions et restrictions fixées par le réglement organique de l'inspection,

A. — *Pendant les heures de jour :*

1° Dans les établissements, les usines et les installations sanitaires dépendant des communes ou d'associations intercommunales;

2° Dans les établissements hospitaliers et les institutions d'assistance médicale, autres que les asiles d'aliénés, ainsi que dans ceux autorisés en exécution de l'article 6 de la présente loi;

3° Dans les habitations, navires, bateaux et barques où a été constaté un cas de l'une des maladies transmissibles visées à l'article 2 ci-dessus;

4° Dans les immeubles en construction ainsi que dans ceux où s'effectuent des travaux de transformation.

B. — *De jour et de nuit, dans les asiles de nuit et les maisons de logement.*

Les inspecteurs d'hygiène ne pourraient s'acquitter d'une manière suffisamment efficace de la mission qui leur sera confiée et que nous venons de décrire, s'ils n'étaient investis du droit de pénétrer dans les locaux où cette mission doit principalement s'exercer.

Ce droit est reconnu aux agents des services d'inspection analogues, en vertu notamment des lois du 1er octobre 1855, sur les poids et mesures; du 11 avril 1896, qui charge les délégués à l'inspection du travail de veiller à l'exécution de la loi du 16 août 1887 réglementant le paiement des salaires; du 15 juin 1896, concernant les règlements d'atelier; du 30 juillet 1901, qui réglemente le mesurage du travail des ouvriers, etc.

Il en est de même des diverses lois d'ordre hygiénique, édictées au cours de ces dernières années.

D'abord, la loi du 5 mai 1888 donne aux délégués du Gouvernement, chargés de l'inspection des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, la libre entrée des fabriques, usines, ateliers, dépôts et locaux divers soumis à leur surveillance.

La loi du 13 décembre 1889, concernant le travail des femmes, des adolescents et des enfants, accorde aux fonctionnaires désignés par le Gouvernement la libre entrée des établissements auxquels cette loi est applicable.

La loi du 4 août 1890, relative à la falsification des denrées alimentaires accorde aux agents du Gouvernement, qui ont mission de surveiller l'exécution des mesures et des règlements arrêtés en vertu de cette loi, le droit de pénétrer, pendant tout le temps qu'ils sont ouverts au public, dans les magasins, boutiques et lieux quelconques, affectés à la vente des denrées et substances alimentaires, ainsi que dans les dépôts y annexés. Sont également soumis à leur visite, à toute heure, les locaux qui servent à la fabrication et à la préparation des denrées et substances alimentaires, et dont l'accès n'est pas ouvert au public.

La loi du 2 juillet 1899, concernant la sécurité et la santé des ouvriers employés dans les entreprises industrielles et commerciales, celle du 25 juin 1905, prescrivant de mettre des sièges à la disposition des employées de magasin, et enfin celle du 17 juillet 1905 sur le repos du dimanche, attribuent aux délégués du Gouvernement la libre entrée des locaux dans lesquels ces lois sont applicables.

Le projet a une portée moins étendue que la plupart des lois précitées. En effet, il n'autorise, en règle générale, que les visites de jour, c'est-à-dire après le lever et avant le coucher du soleil. Il ne fait exception, et cela se conçoit, qu'en ce qui concerne les asiles de nuit et les maisons de logement. Pour ces établissements, en effet, il peut être nécessaire d'exercer une surveillance même la nuit.

L'expression « asile de nuit » n'a pas besoin d'explication.

Quant aux « maisons de logement » ce terme doit s'entendre dans un sens large : il comprend les auberges, hôtels et maisons quelconques où l'on accorde le logement à tout venant pour une ou plusieurs nuits, et auxquels s'applique l'article 555 du Code pénal. Ce sont des lieux publics où, en vertu de la loi des 19-22 juillet 1791, les officiers de police peuvent entrer en tout temps, c'est-à-dire aussi bien la nuit que le jour.

En une seule hypothèse, et conformément à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène, émis en séance du 30 juin 1910, le projet de loi permet aux inspecteurs du Gouvernement de pénétrer dans la demeure des particuliers : c'est lorsque l'une des affections transmissibles, visées à l'article 2 du projet, y a fait son apparition. Dans ce cas exceptionnel, il peut être nécessaire de rechercher si la maladie n'est pas due à une cause d'insalubrité tenant à l'habitation même ; il importe de s'assurer, d'autre part, que toutes les mesures prophylactiques imposées par la loi et les règlements sont prises en vue d'éviter l'extension du mal.

Les inspecteurs n'useront de cette faculté qu'avec la plus grande réserve. C'est principalement en vue d'entourer l'exercice de leur droit de toutes les garanties désirables que le texte de l'article proposé subordonne le pouvoir des inspecteurs « aux conditions et restrictions fixées par le règlement organique de l'inspection ».

Ainsi limité par des prescriptions formelles, déterminées par arrêté royal, le droit de visite ne peut donner lieu à abus.

Ce droit est reconnu aux inspecteurs, même en ce qui concerne les maisons particulières, par plusieurs législations étrangères, notamment par la loi *allemande* du 30 juin 1900, la loi *néerlandaise* du 21 juin 1901, la loi *luxembourgeoise* du 18 mai 1902, la loi *prussienne* du 28 août 1905, etc.

Pénalités et dispositions finales.

Art. 31.

Les infractions aux dispositions de la présente loi et des règlements édictés pour son exécution sont punies d'une amende de 26 à 100 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à un mois ou de l'une de ces peines seulement.

En cas de récidive dans les deux années de la dernière condamnation, ces peines peuvent être élevées au double.

Les peines comminées par l'article 31 sont proportionnées à la gravité que peuvent avoir les infractions aux dispositions du projet de loi.

Les mêmes pénalités ont été édictées par la plupart des lois d'ordre hygiénique votées en ces derniers temps. Nous citerons notamment la loi du 5 mai 1888 relative à la police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, la loi du 13 décembre 1889 concernant le travail des femmes et des enfants, celle du 10 août 1911 interdisant le travail de nuit aux femmes employées dans l'industrie, la loi du 2 juillet 1899 concernant la sécurité et la santé des ouvriers employés dans les entreprises industrielles et commerciales, la loi du 30 avril 1909 concernant le logement des ouvriers employés dans les briqueteries et sur les chantiers.

Des pénalités analogues sont, en général, comminées par la loi *française* du 15 février 1902, la loi *luxembourgeoise* du 27 juin 1906, la loi *néerlandaise* du 4 décembre 1872 et la loi *suisse* du 2 juillet 1886.

Les pénalités prévues par la législation sanitaire *allemande* et par celle de la *Grande-Bretagne* sont, d'ordinaire, plus rigoureuses.

Il en est de même de la loi *française* du 30 novembre 1892 relative à la déclaration des maladies contagieuses.

Les conditions de la récidive ont été fixées dans les mêmes conditions que celles adoptées par la loi du 4 août 1890, relative à la falsification des denrées alimentaires, sauf qu'il n'est pas exigé que la dernière condamnation ait porté sur la même infraction : il suffit d'une infraction quelconque à la loi ou aux règlements d'hygiène pris pour son exécution.

Art. 32.

Ceux qui ont mis obstacle à la surveillance exercée par les inspecteurs d'hygiène du gouvernement ou se sont opposés ou refusés à leurs visites dans les cas prévus à l'article 30 de la présente loi, sont punis d'une amende de 26 à 100 francs, sans préjudice, s'il y a lieu, de l'application des peines comminées par les articles 269 à 274 du Code pénal.

En cas de récidive dans les deux ans de la dernière condamnation, le tribunal peut élever l'amende jusqu'à 500 francs et prononcer un emprisonnement de 8 jours à 2 mois.

L'article 32 complète, en les sanctionnant, les articles 29 et 30 du projet. Il commine contre ceux qui mettent obstacle à la surveillance exercée par les inspecteurs d'hygiène ou se sont opposés ou refusés à leurs visites, les mêmes peines que celles qui, dans des circonstances analogues, sont édictées par les lois du 5 mai 1888 relative à l'inspection des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, du 13 décembre 1889 concernant le travail des femmes et des enfants, du 11 avril 1896 qui charge les délégués à l'inspection du travail de veiller à l'application de la loi du 16 août 1887 réglementant le payement des salaires, du 15 juin 1896 relative aux règlements d'atelier, du 31 juillet 1901 qui réglemente le mesurage du travail, et du 17 juillet 1905 sur le repos du dimanche.

Les articles 269 à 274, auxquels renvoie le premier alinéa de l'article 32 du projet, ont trait à la rébellion.

En cas de récidive, la loi du 5 mai 1888 permet d'élever l'amende jusqu'à 1,000 francs.

D'après la loi du 4 août 1890, relative à la falsification des denrées alimentaires, le tribunal peut, dans ce cas, élever l'amende jusqu'à 500 francs et prononcer un emprisonnement de 8 jours à 2 mois.

L'article 32 du projet est conçu dans le sens de cette dernière disposition : l'opposition renouvelée à l'exécution des mesures de surveillance et de contrôle prises dans l'intérêt général, peut, en effet, révéler chez son auteur une certaine perversité qui doit être atteinte sévèrement.

Faisons remarquer d'ailleurs que, conformément aux principes généraux en matière de récidive, cette élévation de peine est purement facultative pour le juge.

En ce qui concerne les conditions de la récidive, la plupart des lois précitées n'admettent l'aggravation des peines que lorsque la condamnation antérieure remonte à moins de douze mois. Toutefois, les lois du 5 mai 1888 et du 17 juillet 1905 étendent le délai à cinq années.

Conformément à ce que porte la loi du 4 août 1890, le projet propose un moyen terme et fixe le délai à deux années.

Dans les cas de l'espèce prévue par l'article 32 du projet, la loi du *Grand-Duché de Luxembourg*, du 27 juin 1906, prévoit l'application d'une amende de 26 à 100 francs; en cas de récidive endéans les trois années, cette peine peut être portée au double.

La peine est, en vertu de la loi *allemande* du 30 juin 1900, de 10 à 150 mark ou d'un emprisonnement d'au moins une semaine.

En *France*, la loi du 15 février 1902 punit d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, de 500 à 1,000 francs tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires, en ce qui touche l'application de la loi.

Art. 33.

L'article 85 du Code pénal est applicable aux infractions punies par les articles 31 et 32 précités.

Afin de permettre au juge, dans les cas des articles 31 et 32, de prononcer une peine moindre que celle prévue par ces articles, lorsque l'infraction présente peu de gravité, l'article 33 prévoit l'application éventuelle de l'article 85 du Code pénal.

D'après cette dernière disposition, s'il existe des circonstances atténuantes, les peines d'emprisonnement et d'amende peuvent respectivement être réduites au-dessous de 8 jours et au-dessous de 20 francs, sans qu'elles puissent être inférieures aux peines de police.

Art. 34.

Les articles 7 à 16 de la loi sanitaire du 18 juillet 1831 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Toute infraction aux dispositions de la présente loi ou des arrêtés pris par le Gouvernement ou par les autorités sanitaires, est punie d'une amende de 26 francs à 1,000 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 2 ans ou d'une de ces peines seulement.*

» *Les peines sont doublées si l'infraction a été commise la nuit ou en bande ou au moyen de fausse clef, ou si elle a été accompagnée d'effraction ou d'escalade, sans préjudice, s'il y a lieu, de l'application des peines comminées par les articles 269 à 274 du Code pénal. Il en est de même en cas de récidive dans les cinq ans de la dernière condamnation pour une infraction à la présente loi ou aux arrêtés pris en vertu de cette loi.*

» *Le livre 1er du Code pénal est, en entier, applicable aux dites infractions* ».

La loi sanitaire du 18 juillet 1831 a pour objet d'organiser la défense du pays contre les maladies dites pestilentielles, spécialement le choléra, la peste et la fièvre jaune.

Elle donne au chef de l'État le droit de déterminer par des arrêtés :

1° Les pays dont les provenances doivent être habituellement ou temporairement soumises au régime sanitaire;

2° Les mesures à observer sur les côtes, dans les ports et rades, dans les lazarets et autres lieux réservés;

3° Les mesures extraordinaires que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendrait nécessaires sur les frontières de terre ou dans l'intérieur.

Elle charge le Roi de régler les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations auxquelles est confiée l'exécution de ces mesures; elle lui permet de déléguer à ces autorités et administrations le pouvoir d'appliquer provisoirement, dans des cas d'urgence, les règlements sanitaires aux parties du territoire qui seraient inopinément menacées.

La loi de 1831 règle encore le régime des provenances par mer de pays étrangers, ainsi que les mesures à prendre à leur égard; elle détermine enfin les attributions des autorités sanitaires en matière de police judiciaire et d'état civil.

Le titre II de la loi (articles 7 à 16) a trait aux délits, contraventions et peines en matière sanitaire. Ces dispositions de la loi se distinguent par une sévérité draconienne; elles sont d'autant plus excessives qu'elles n'admettent pas les circonstances atténuantes. Il semble que le législateur ait voulu, par des pénalités énormes, allant dans certains cas jusqu'à la peine de mort, mieux assurer l'observation des règlements sanitaires. « Le caractère dominant d'une loi sanitaire, disait l'exposé des motifs de la loi française du 3 mars 1822, dont notre loi du 18 juillet 1831 n'est que la reproduction, c'est d'être préventive. C'est pour cette raison qu'elle doit être sévère dans ses menaces, minutieuse dans ses prévoyances et facile dans les pouvoirs qu'elle accorde à l'administration. »

A cet égard, les idées se sont modifiées depuis l'époque, déjà lointaine, où la loi sanitaire a été adoptée et il importe de permettre au juge de proportionner le taux de la répression au degré de culpabilité du contrevenant.

La présentation du projet actuel fournit une occasion propice pour remplacer les peines du décret du 18 juillet 1831 par des pénalités en rapport avec celles du Code pénal.

Tel est l'objet de l'article 34.

Les peines qu'il édicte en cette matière, où toute infraction peut avoir des conséquences plus considérables pour la santé publique, sont plus fortes que celles fixées par l'article 31. En outre, elles sont doublées si l'infraction est accompagnée de certaines circonstances aggravantes, en d'autres termes si elle a été commise la nuit ou en bande ou au moyen de fausse clef ou si elle a été accompagnée d'effraction ou d'escalade.

En cas de rébellion, il serait fait application des articles 269 à 274 du Code pénal.

Il est encore indispensable, pour l'exécution de la loi et des règlements pris pour son exécution, d'atteindre les co-auteurs et les complices de l'infraction.

Il est enfin conforme à notre droit pénal d'autoriser le juge à mettre à la disposition du gouvernement les mineurs de moins de 16 ans et les sourds-muets acquittés parce qu'ils ont agi sans discernement.

Par contre, il convient de permettre au juge, en cas de circonstances atténuantes, de descendre en dessous de la limite de 26 francs d'amende ou de huit jours d'emprisonnement.

Pour ces diverses raisons, le dernier alinéa de l'article proposé rend le titre Ier du Code pénal applicable en entier aux infractions à la loi sanitaire de 1831. La même extension a été prévue par de nombreuses lois spéciales, par exemple celle du 5 mai 1888, relative à l'inspection des établissements dangereux, insalubres ou incommodes.

En *France*, la loi du 15 février 1902 rend l'article 463 du Code pénal, qui prévoit la réduction des peines en cas de circonstances atténuantes, applicable aux infractions punies des peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822, relative à la même matière.

De l'existence de deux lois sanitaires, celle de 1831 et celle actuellement soumise aux Chambres, il pourra parfois résulter qu'un même fait constituera une infraction à ces deux lois ou aux dispositions édictées en vertu de l'une et de l'autre.

Les peines comminées par chacune d'elles, ainsi qu'il résulte de la comparaison entre les articles 31 et 34 du projet, étant différentes, rappelons qu'aux termes de l'article 65 du Code pénal, la peine la plus forte sera seule appliquée.

ART. 35.

Des arrêtés royaux pourvoiront aux mesures d'application et de contrôle nécessaires à l'exécution des dispositions de la présente loi, notamment en ce qui concerne l'organisation des bureaux d'hygiène et le mode de fonctionnement des services provinciaux et communaux de désinfection.

La mise à exécution de plusieurs dispositions du projet de loi, notamment de l'article 3, relatif au mode de notification des affections sujettes à déclaration, de l'article 5 concernant la vaccination antivariolique, des articles 6 à 8 relatifs à la surveillance des enfants en garde ou en nourrice, de l'article 13 qui a trait à la déclaration des causes de décès, de l'article 23 qui concerne les séances de vaccination et l'inspection médicale-scolaire, nécessitera des mesures d'organisation et de contrôle. Ces mesures devront, aux termes de l'article 35, être édictées par arrêté royal.

Il en est encore ainsi de l'organisation des bureaux d'hygiène et du fonctionnement des services provinciaux et communaux de désinfection.

Nous avons, dans le commentaire des divers articles en question, donné à cet égard les explications nécessaires.

Spécialement en ce qui concerne les services de désinfection, nous avons fait remarquer qu'une opération imparfaite présente plus de danger que l'absence de désinfection. Elle place le public dans une fausse sécurité et est de nature à lui faire croire que tout péril de contamination est écarté, alors qu'il n'en est rien. La multiplicité des stations et postes de désinfection, le grand nombre d'agents auxquels sera confié le soin de procéder aux opérations de désinfection, nécessitent des mesures spéciales pour le fonctionnement et le contrôle des services.

Il importe, de même, que les bureaux d'hygiène soient sérieusement organisés, pour qu'ils puissent produire les effets salutaires qu'on attend de leur institution.

En *France*, l'article 33 de la loi du 15 février 1902 dispose également que « des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection ».

ART. 36.

Un règlement d'administration déterminera les cas dans lesquels une indemnité, dont il fixera le montant, sera allouée aux médecins, du chef de leur coopération aux mesures sanitaires.

Seront, de même, déterminées par arrêté royal les conditions auxquelles l'Etat pourra, dans la limite des crédits budgétaires, dédommager partiellement les communes des allocations accordées par elles aux particuliers, pour les indemniser des pertes qu'ils auront subies par suite de l'application des mesures de prophylaxie prises en vertu de la présente loi.

I. — Divers articles du projet de loi entraînent l'organisation de services publics dont le fonctionnement sera confié au corps médical.

Indépendamment de la création de l'inspection d'hygiène, prévue par l'article 29, d'autres dispositions impliquent la coopération des médecins pour l'exécution des recherches bactériologiques, la direction des services de désinfection et des travaux d'hygiène. D'autre part, la surveillance des enfants placés en garde ou en nourrice, la constatation des naissances, la vérification des décès, la réorganisation des services de vaccination, l'institution de l'inspection médicale scolaire, l'établissement des comités de salubrité publique nécessiteront également la désignation d'un grand nombre de praticiens.

Mais il est d'autres dispositions encore du projet, pour l'exécution desquelles le concours du corps médical sera indispensable : telles la déclaration des cas d'affection contagieuse, l'application de certaines prescriptions des règlements qui seraient édictés pour la prophylaxie des maladies transmissibles, l'aide accordée aux inspecteurs d'hygiène dans l'exercice de leur mission.

Lorsque le médecin envoie au laboratoire des produits suspects, en vue d'asseoir son diagnostic sur des bases certaines, lorsqu'il organise la désinfection au cours de la maladie, qu'il donne à l'entourage du malade les conseils nécessaires pour éviter la propagation de la maladie, et qu'il veille à l'application de ces conseils, lorsqu'il s'assure des mesures prises pour l'isolement du malade, qu'il recommande à la famille d'avoir recours à la désinfection finale, dans toutes ces circonstances et dans d'autres analogues, le médecin ne fait que s'acquitter de ses devoirs professionnels envers le malade et la famille de ce dernier.

Même si certaines des prestations que la législation nouvelle imposera au corps médical excèdent quelque peu les devoirs stricts des praticiens envers leurs malades, il importe de ne pas oublier qu'en échange du monopole que la loi leur accorde, celle-ci peut leur imposer des obligations spéciales, justifiées par l'intérêt public.

C'est ce que le Conseil supérieur d'hygiène, dans son rapport du 30 juin 1910, n'a pas manqué de faire remarquer en réponse à certaines préoccupations qui, au cours de ces dernières années, se sont manifestées dans la presse médicale et au sein de réunions professionnelles.

« Nous pourrions certes, dit le Conseil, y opposer cette simple remarque que, la profession médicale étant légalement protégée et monopolisée, implique, à côté des privilèges assurés à ses titulaires, des obligations sociales et des devoirs publics auxquels il est de toute justice d'attacher une sanction légale. »

Reconnaissant toutefois que le concours de tous les médecins indistinctement sera indispensable au bon fonctionnement des services sanitaires projetés, le Conseil en conclut qu'il serait équitable d'assurer une rémunération à tout médecin agissant ainsi comme auxiliaire de l'administration dans la prophylaxie des maladies épidémiques.

Déjà le Gouvernement est entré dans cette voie.

Par circulaire du 12 avril 1907, une indemnité a été promise aux médecins pour tout bulletin d'information de maladie contagieuse, envoyé au secrétaire de la commission médicale provinciale (v. p. 25).

En 1909, il a été décidé de leur allouer également une indemnité pour tout envoi de produits cholériques suspects, aux laboratoires provinciaux de bactériologie.

Une vacation est, de même, accordée aux médecins qui, à la demande des inspecteurs d'hygiène, remplissent une mission d'ordre hygiénique ou fournissent à ces agents les renseignements qui leur sont nécessaires pour l'accomplissement des devoirs de leur charge.

Le premier alinéa de l'article 36 ne fait que consacrer cette pratique et indiquer l'intention qu'a le Gouvernement de l'étendre dans la mesure réclamée par l'application des prescriptions qui seront édictées pour la prophylaxie des maladies contagieuses.

Une disposition analogue existe en matière de police sanitaire des animaux domestiques.

De même, la loi du *Grand-Duché de Luxembourg* du 10 juillet 1901, qui prescrit la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, stipule que « les médecins et les sages-femmes jouissent, du chef de leurs déclarations, de la franchise de port et d'une juste et équitable rémunération dont le montant sera fixé par le Gouvernement ».

II. — L'application des mesures sanitaires peut, dans certains cas, entraîner des dommages pour les particuliers, principalement à la suite de la désinfection de linges, literies, vêtements, ou de la destruction d'objets de minime valeur, dont la désinfection est pratiquement peu réalisable.

Il peut encore se faire, dans certains cas de maladies présentant un danger considérable pour la santé publique, tel le choléra asiatique, que l'autorité sanitaire juge indispensable d'isoler les malades durant leur convalescence, pendant la période d'incubation, ainsi que les personnes qui ont été en contact avec des malades.

Ces mesures sont, avant tout, prises dans l'intérêt des familles des malades ; il en est parmi elles qui sont destinées à détruire des objets dangereux par eux-mêmes ou à empêcher que des personnes, susceptibles de contamination, ne propagent le mal dont elles sont atteintes : les intéressés n'ont évidemment pas le droit d'exiger que la société les indemnise des conséquences que l'application de ces mesures peut entraîner pour eux.

Mais, lorsqu'il s'agit de familles qui ne sont pas dans l'aisance, on conçoit

aisément que les autorités locales, obéissant à des considérations d'humanité, les dédommagent, dans une certaine proportion, du préjudice qu'elles ont subi.

Cette pratique est d'autant plus légitime qu'elle facilite considérablement l'exécution des prescriptions imposées par la prophylaxie des maladies épidémiques.

Si nous recherchons ce qui, en cette matière, a été admis par les législations étrangères, nous constatons qu'aux *Pays-Bas*, la loi du 4 décembre 1872 autorise le bourgmestre à faire désinfecter, aux frais de la commune, les objets infectés ou suspects d'infection, ou à les faire détruire après expropriation préalable.

En *Allemagne*, la loi d'empire du 30 juin 1900 accorde, aux personnes soumises aux lois d'assurance contre l'invalidité, une indemnité du chef des pertes de salaire qu'elles ont subies pendant le temps qu'elles ont été isolées.

Cette loi prévoit encore l'allocation d'indemnités tant pour les objets qui, à la suite d'une désinfection ordonnée et surveillée par la police, ont été endommagés que pour ceux qui ont été détruits par ordre de la police.

La *loi prussienne* du 28 août 1905 rend applicables les dispositions de la loi d'empire, relatives aux indemnités, à certaines affections contagieuses non prévues par cette dernière loi. Elle ajoute toutefois qu'aucune indemnité ne sera allouée aux personnes qui peuvent supporter le dommage subi sans se priver de ce qui est nécessaire à leur entretien et à celui de leur famille.

En *France*, la loi du 15 février 1902 porte que les dépenses rendues nécessaires par la loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires et réparties entre les communes, les départements et l'État, suivant les règles fixées par la loi du 15 juillet 1893.

En *Suisse*, la loi fédérale du 2 juillet 1886 prévoit que les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une des maladies auxquelles cette loi est applicable, et qui ont été isolées, ont droit de ce chef, si elles sont dans le besoin, à une indemnité équitable pour les pertes qu'elles auraient subies dans l'exercice de leur profession.

Chaque canton détermine si ces dépenses sont à la charge des finances cantonales ou doivent être supportées par les communes. En toute hypothèse, la moitié de ces dépenses est remboursée par la Confédération.

En vertu de notre législation actuelle, les indemnités de l'espèce accordées aux particuliers incombent aux administrations locales, en exécution de la loi des 16-24 août 1790 et de l'article 131, 11° de la loi communale.

Il est nécessaire de maintenir ce principe, parce que toutes les mesures d'assistance incombent, dans notre législation, aux autorités locales et que celles-ci sont les premières intéressées à étouffer, dès leur apparition, les foyers de maladie contagieuse qui viennent à se produire sur leur territoire.

En vue toutefois de favoriser leur intervention dans les cas de l'espèce, le second alinéa de l'article 36 permet éventuellement à l'État de les dédommager partiellement des allocations accordées aux particuliers pour indem-

niser ceux-ci des pertes que leur aura fait subir l'application des mesures de prophylaxie prises en vertu de la loi projetée.

A diverses reprises des voix autorisées du corps médical ont exprimé le vœu que la loi sanitaire consacrât le principe de l'intervention de l'État dans les dépenses de l'espèce, et le Conseil supérieur d'hygiène a, dans sa séance du 30 juin 1910, appuyé ce vœu.

Ce principe a, du reste, été admis en matière de police sanitaire des animaux domestiques, par la loi du 30 décembre 1882, qui prévoit l'allocation d'indemnités en faveur des propriétaires dont les bestiaux ont été abattus ou les récoltes et autres objets mobiliers détruits par ordre de l'autorité, en vue d'arrêter la propagation des épizooties.

Art. 37.

La présente loi sera exécutoire un an après le jour de sa publication.

Toutefois, l'entrée en vigueur de certaines de ses dispositions pourra, par voie d'arrêtés royaux, être fixée à une date plus rapprochée.

L'article 37 fixe un délai d'un an pour la mise en vigueur de la loi.

Ce délai est nécessaire pour permettre au Gouvernement de préparer les arrêtés et instructions qu'entraînera l'application de la loi, notamment de l'article premier et des dispositions rappelées à l'article 35.

De même, les autorités provinciales et les administrations communales auront à prendre les mesures nécessaires pour l'organisation des services prévus aux articles 23 à 26. Conformément toutefois à une remarque présentée par le Conseil supérieur d'hygiène, en séance du 30 juin 1910, rien ne devrait s'opposer à ce que telle partie du projet de loi puisse être mise en vigueur sans attendre l'expiration de ce délai : le second alinéa de l'article 37 permettra, le cas échéant, de hâter, dans la mesure du possible, l'application de certaines dispositions du projet de loi.

D'autre part, ce délai d'un an sera encore indispensable pour permettre aux divers pouvoirs, État, provinces et communes, de voter les ressources destinées à couvrir les dépenses qu'entraîneront divers articles du projet.

En ce qui concerne l'État, ces dépenses dériveront notamment du fonctionnement des Comités régionaux de salubrité publique et de l'inspection d'hygiène, ainsi que de l'application des articles 9, 10 et 36 du projet.

Quant aux Provinces, ces dépenses résulteront, tout au moins pour quelques-unes d'entre elles, de l'institution d'un service de recherches chimiques et bactériologiques, ainsi que de l'organisation d'un service public de désinfection, car la plupart des provinces possèdent déjà l'un et l'autre de ces deux services.

En ce qui concerne les communes, les dépenses nouvelles que leur impose le projet de loi dériveront principalement de la surveillance à exercer sur les enfants mis en garde ou en nourrice, de la vérification des naissances et des décès et de l'inspection médicale des écoles. Les communes dont la population s'élève à plus de 5,000 habitants devront organiser un service de désinfection. Celles dont la population dépasse 10,000 habitants, auront à pourvoir au fonc-

tionnement de leur bureau d'hygiène, ainsi qu'à la construction d'un hôpital ou pavillon d'isolement. Grâce aux subsides des provinces et de l'État, les frais d'établissement seront minimes. Les dépenses de fonctionnement ne seront d'ailleurs pas hors de proportion avec leurs ressources.

Au surplus — il importe de l'affirmer une fois de plus — ces dépenses ne grèveront que passagèrement le budget des administrations locales. Elles se traduiront inévitablement, et à bref délai, par une réduction plus importante des charges de la bienfaisance, de même qu'elles réduiront les frais de maladie qui incombent aux particuliers et augmenteront, on peut l'espérer, le bien-être de tous.

Rendre la population saine et vigoureuse, diminuer les causes de souffrance et de misère, prolonger la vie humaine, tels sont les bienfaits qui résultent de l'observation des lois de l'hygiène : il ne serait pas difficile d'établir, par des calculs précis, que les dépenses faites en vue de la santé publique sont, de toutes, les plus productives.

Les sommes considérables dépensées en travaux d'assainissement au cours de ces cinquante dernières années par les communes, les provinces et l'État, attestent combien tous les pouvoirs publics sont pénétrés de cette vérité. Il est permis d'en tirer la conclusion que ces pouvoirs ne se déroberont pas aux charges nouvelles qu'entraînera pour eux le vote du projet de loi.

Le Ministre de l'Intérieur,

PAUL BERRYER.

PROJET DE LOI

Albert,

ROI DES BELGES,

A tous présents et à venir, Salut.

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Le projet de loi, dont la teneur suit, sera présenté en Notre Nom, aux Chambres législatives, par Notre Ministre de l'Intérieur.

Pouvoir réglementaire attribué au Gouvernement.

ARTICLE PREMIER.

Le Gouvernement est autorisé à prescrire, par voie de règlements généraux et après avoir pris l'avis de l'Académie royale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène, les mesures de prophylaxie et d'assainissement nécessaires :

1° Pour prévenir ou combattre les maladies transmissibles offrant un danger général, dont la liste aura été dressée sur l'avis conforme des autorités sanitaires précitées;

2° Pour assurer la salubrité des habitations privées ou collectives et de leurs dépendances, notamment en ce qui con-

ONTWERP VAN WET

Albert,

KONING DER BELGEN,

Aan allen, tegenwoordigen en toekomenden, Heil.

Op voorstel van Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken,

WIJ HEBBEN BESLOTEN EN WIJ BESLUITEN :

Het Wetsontwerp, waarvan de inhoud volgt, zal, in Onzen Naam, door Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken, aan de Wetgevende Kamers voorgelegd worden.

Aan de Regeering toegekende verordenende macht.

ARTIKEL ÉÉN.

De Regeering is er toe gemachtigd om, bij wijze van algemeene reglementen en na het advies ingewonnen te hebben van de Koninklijke Academie van Geneeskunde en van den hoogeren Gezondheidsraad, de noodige voorbehoed- en gezondmakingsmaatregelen te nemen :

1° Tot voorkoming of bestrijding van aanstekelijke ziekten, welke een algemeen gevaar opleveren en waarvan een lijst zal opgemaakt worden, op gelijkluidend advies van voormelde gezondheidsoverheden;

2° Tot verzekering van de gezondheid der bijzondere of gemeenschappelijke woningen en hunner aanhoorigheden,

cerne l'alimentation en eau potable et l'évacuation des matières et eaux usées.

Il n'est en rien préjudicié, par les dispositions qui précèdent, aux droits que les lois en vigueur confèrent aux autorités communales. Les règlements communaux ne peuvent toutefois être contraires aux règlements d'administration générale.

inzonderheid wat betreft het bevoorraden ervan met drinkwater en het afvoeren van de vuilnis en het vuil water.

Voormelde beschikkingen verminderen geenszins de rechten, welke de van kracht zijnde wetten verleenen aan de gemeenteoverheden. Nochtans mogen de gemeentereglementen niet strijdig zijn met de reglementen van algemeen beheer.

Information des maladies transmissibles.

Art. 2.

Est obligatoire, en tout temps, la déclaration de tout cas, avéré ou suspect, de choléra asiatique, de peste, de variole, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine et de méningite cérébro-spinale épidémique.

L'obligation de la déclaration pourra être, par arrêté royal, étendue soit en tout temps, soit temporairement, pour tout ou partie du territoire du royaume, à d'autres maladies transmissibles et pouvant devenir épidémiques, moyennant l'avis conforme de l'Académie royale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Art. 3.

La déclaration doit être faite sans délai et, au plus tard, dans les vingt-quatre heures de la constatation :

1° A l'inspecteur d'hygiène de la circonscription, par le médecin qui a constaté le cas ;

2° Au bourgmestre, par le chef de ménage; à défaut du chef de ménage, par les membres de la famille du malade, âgés de plus de 18 ans et présents dans l'habitation; à défaut de parents, par le principal occupant ou par la personne chez qui le malade se trouve logé

Berichtgeving der aanstekelijke ziekten.

Art. 2.

Is te allen tijde verplichtend de aangifte van elk bewezen of verdacht geval van Aziatische cholera, pest, pokken, typhuskoorts, diphteritis (brandige keelontsteking), scharlakenkoorts en aanstekelijke hersenvlies- en ruggemergsontsteking.

De verplichting van aangifte zal bij koninklijk besluit mogen uitgebreid worden, 'tzij te allen tijde, 'tzij tijdelijk, voor geheel of een gedeelte van 't Rijk, tot andere aanstekelijke ziekten en welke heerschend kunnen worden, mits gelijkluidend advies van de Koninklijke Academie van geneeskunde en van den hoogeren Raad van openbare gezondheid.

Art. 3.

De aangifte moet geschieden zonder uitstel en, ten laatste, binnen de vier en twintig uren der vaststelling van de ziekte :

1° Aan den gezondheidsopziener der omschrijving, door den dokter die het geval vastgesteld heeft ;

2° Aan den burgemeester, door het gezinhoofd; bij ontstentenis van het gezinhoofd, door de leden der familie van den zieke, leden van meer dan 18 jaar oud en in de woning aanwezig; bij gemis van familieleden, door den voornaamsten bewoner of door den persoon bij wien

ou hébergé ; à défaut, par toute personne qui soigne le malade.

Si le cas est survenu à bord d'un navire, d'un bateau ou d'une barque, la déclaration incombe au capitaine, au patron ou à celui qui le remplace.

Le bourgmestre tient note des déclarations qu'il reçoit et les transmet dans les vingt-quatre heures à l'inspecteur d'hygiène du ressort.

Art. 4.

L'article 458 du Code pénal n'est pas applicable à la déclaration à l'autorité sanitaire, par le médecin ou la sage-femme, des cas de maladies transmissibles non soumises à déclaration obligatoire en vertu de l'article 2 de la présente loi.

Vaccination antivariolique.

Art. 5.

La vaccination antivariolique au cours de la première année d'existence et la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année sont obligatoires, sauf les tempéraments qui seront admis par le règlement d'exécution à édicter pour l'application de la présente disposition.

Le père et, à défaut, la mère, le tuteur ou toute personne qui a la garde ou la responsabilité du mineur sont personnellement tenus à l'observation de cette prescription en ce qui concerne la vaccination et la première revaccination.

Protection de l'enfance.

Art. 6.

Nul ne peut recevoir en nourrice ou en garde, moyennant salaire, des enfants âgés de moins de 7 ans, sans une autori-

de zieke gehuisvest of geherbergd is ; bij ontstentenis dezer personen, door alwie den zieke verpleegt.

Indien het geval zich heeft voorgedaan aan boord van een vaartuig, schip of boot, dient de kapitein, de patroon, of hij, die hem vervangt, de aangifte te doen.

De burgemeester houdt nota van de aangiften, welke hij ontvangt en maakt deze binnen de vier en twintig uren over aan den gezondheidsopziener van het gebied.

Art. 4.

Artikel 458 van het Strafwetboek is niet toepasselijk op de aangifte, aan de gezondheidsoverheid door den dokter of de vroedvrouw, der gevallen van aanstekelijke ziekten welke niet onderworpen zijn aan de verplichte aangifte krachtens artikel 2 van deze wet

Koepokinenting.

Art. 5.

De koepokinenting in den loop van het eerste levensjaar en de herinenting in den loop van het elfde en het een en twintigste jaar zijn verplichtend, behalve de verzachtingen welke zullen toegelaten worden door het uit te vaardigen reglement van uitvoering voor de toepassing dezer beschikking.

De vader en, bij onstentenis, de moeder, de voogd of elke persoon die de bewaking of de verantwoording van den minderjarige heeft, zijn persoonlijk verplicht dit voorschrift na te komen, wat betreft de inenting en de eerste herinenting.

Bescherming der kinderen.

Art. 6.

Niemand mag, mits loon, kinderen van min dan 7 jaar als voedsterling of ter bewaking ontvangen, zonder een toela-

sation du Collège échevinal, qui ne l'accordera qu'après s'être assuré que le requérant offre toutes les garanties désirables.

La décision du Collège, qui est toujours révocable, indique les conditions auxquelles l'autorisation est subordonnée et mentionne notamment le nombre des enfants qui peuvent être reçus eu égard aux locaux et au personnel de garde.

Il est ouvert aux inspecteurs d'hygiène ainsi qu'aux intéressés un recours auprès de la députation permanente du conseil provincial contre les décisions du collège échevinal.

Art. 7.

Les nourrices et gardiens visés à l'article 6 doivent, endéans les vingt-quatre heures de la réception ou du départ d'un enfant, en donner avis au bourgmestre.

Il est tenu, à l'administration communale, un registre spécial pour y consigner les déclarations prescrites par l'alinéa précédent.

Art. 8.

Les enfants âgés de moins de 7 ans, mis en nourrice ou en garde moyennant salaire, sont placés sous la surveillance du collège échevinal.

Le conseil communal désigne un médecin chargé de les visiter périodiquement et au moins une fois par mois, et de s'assurer qu'ils reçoivent tous les soins nécessaires.

Après chaque inspection, le médecin adresse au collège un rapport dont copie est transmise à l'inspecteur d'hygiène de la circonscription.

ting van het schepencollege, welk deze slechts zal verleenen na zich te hebben vergewist dat de aanvrager alle wenschelijke waarborgen oplevert.

De beslissing van het college, die altoos mag ingetrokken worden, bepaalt de voorwaarden aan welke de machtiging onderworpen is en vermeldt inzonderheid het getal kinderen, welke mogen aanvaard worden, met het oog op de lokalen en op het personeel van bewaking.

Tegen de beslissingen van het schepencollege mag in beroep gegaan worden door de gezondheidsopzieners, alsook door de belanghebbenden bij de bestendige deputatie des provincieraads.

Art. 7.

De voedsters en bewakers, bedoeld in art. 6, moeten binnen de 24 uren van de ontvangst of het vertrek van een kind, hiervan bericht te geven aan den burgemeester.

Er wordt bij het gemeentebestuur een bijzonder register gehouden om er de door vorig lid voorgeschreven verklaringen in op te nemen.

Art. 8.

De kinderen van min dan zeven jaar, als voedsterling of ter bewaking uitbesteed tegen loon, worden geplaatst onder het toezicht van het schepencollege.

De gemeenteraad duidt een dokter aan, belast met ze van tijd tot tijd en ten minste eens per maand te bezoeken en zich te vergewissen dat zij al de noodige zorgen ontvangen.

Na elk bezoek zendt de dokter aan het college een verslag, waarvan afschrift wordt overgemaakt aan den gezondheidsopziener der omschrijving.

ART. 9.

Des subventions sont accordées, dans les conditions à déterminer par arrêté royal, aux consultations de nourrissons et autres œuvres, publiques ou privées, de protection de la première enfance.

Prophylaxie de la tuberculose.

ART. 10.

Des subventions sont accordées, dans les conditions à déterminer par arrêté royal, aux dispensaires anti-tuberculeux et autres œuvres, publiques ou privées, de prophylaxie de la tuberculose.

Constatation des naissances et des décès.

ART. 11.

L'article 55 du Code civil est modifié comme suit :

« Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état-civil du lieu.

» Un médecin, désigné par l'autorité communale, se transportera au domicile de la mère, pour vérifier la naissance et le sexe de l'enfant. »

ART. 12.

L'article 77 du Code civil est modifié comme suit :

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil qui ne pourra la délivrer qu'après vérification médicale du décès; hors les cas prévus par les règlements de police, l'inhumation ne peut avoir lieu endéans les vingt-quatre heures suivant le décès. »

ART. 9.

Ondersteuningen worden verleend in de bij koninklijk besluit te bepalen voorwaarden, voor het bezoeken van voedsterlingen en andere openbare of bijzondere werken tot bescherming der kleine kinderen.

Voorbehoeding tegen de tering.

ART. 10.

Ondersteuningen worden verleend in de bij koninklijk besluit te bepalen voorwaarden aan de dispensariums voor teringlijders en andere openbare of bijzondere werken tot voorbehoeding tegen de tering.

Vaststellingen der geboorten en overlijdens.

ART. 11.

Artikel 55 van het burgerlijk wetboek wordt gewijzigd als volgt :

« De aangiften van geboorte zullen gedaan worden binnen de drie dagen na de verlossing aan den plaatselijken ambtenaar van den burgerlijken stand.

» Een dokter, aangeduid door de gemeenteoverheid, zal zich naar de woning der moeder begeven om de geboorte en het geslacht van het kind te onderzoeken. »

ART. 12.

Artikel 77 van het burgerlijk wetboek wordt gewijzigd als volgt :

« Geen begraving zal plaats hebben zonder een ongezegeld en kosteloos verlof van den ambtenaar van den burgerlijken stand, die dit niet zal mogen afleveren dan na onderzoek van het overlijden door een dokter; buiten de gevallen, voorzien door de politiereglementen, mag de begraving geen plaats hebben binnen de vier en twintig uren na het overlijden. »

Art. 13.

La déclaration des causes de décès est obligatoire pour le médecin qui a, en dernier lieu, donné ses soins au défunt ou qui a constaté le décès.

Le Gouvernement règle l'organisation du service de déclaration des causes de décès, de manière à assurer le secret médical.

Protection des eaux souterraines utilisées pour l'alimentation.

Art. 14.

Lorsqu'un ouvrage de captage de sources ou d'eaux souterraines, utilisé pour l'alimentation d'un service public de distribution d'eau, est reconnu d'utilité publique par le Gouvernement, celui-ci peut, par arrêté royal, subordonner à une autorisation préalable l'exécution, dans un périmètre qu'il déterminera, de tout ouvrage dont l'existence pourrait avoir pour résultat de réduire le débit du captage ou d'altérer les qualités de l'eau qu'il fournit.

Le périmètre de protection ainsi délimité et la nomenclature des ouvrages dont l'exécution est soumise à autorisation préalable, peuvent être modifiés ultérieurement par un nouvel arrêté royal.

Art. 15.

Les arrêtés royaux, dont il est question à l'article précédent, sont pris après une enquête qui se tiendra dans les formes déterminées par les articles 3, 4, 5 et 6 de la loi du 27 mai 1870 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique; le plan sur lequel portera cette enquête renseignera le tracé du périmètre de protection de l'ouvrage de captage et, d'après les indications cadastrales, les

Art. 13.

De aangifte der oorzaken van overlijden is verplichtend voor den dokter die laatstelijk aan den overledene zijn zorgen verstrekt of het overlijden vastgesteld heeft.

De Regeering regelt de inrichting van den dienst van aangifte der oorzaken van overlijden, derwijze het beroepsgeheim der dokters te verzekeren.

Bescherming van het onderaardsche water voor de voeding benuttigd.

Art. 14.

Wanneer een werk tot opvanging van bronnen of onderaardsche wateren, benuttigd door een openbaren dienst van waterleiding, door de Regeering erkend wordt als zijnde van algemeen nut, mag de Regeering, bij koninklijk besluit, de uitvoering afhankelijk maken van een voorafgaande machtiging, binnen een door haar te bepalen omtrek, van alle werk, welks bestaan zou kunnen voor gevolg hebben het waterdebiet der opvanging te verminderen of aan de hoedanigheid van het geleverde water te schaden.

De aldus bepaalde beschermingsomtrek en de opsomming der werken, waarvan de uitvoering onderworpen is aan voorafgaande machtiging, mogen later gewijzigd worden door een nieuw koninklijk besluit.

Art. 15.

De koninklijke besluiten, waarvan in vorig artikel spraak is, worden genomen na een onderzoek, dat zal geschieden in de vormen bepaald door de artikelen 3, 4, 5 en 6 der wet van 27 Mei 1870 op de onteigening wegens algemeen nut; het plan, waarover dit onderzoek zal loopen, zal de afbakening van den beschermingsomtrek van het werk tot opvanging opgeven en, volgens de kadastrale aan-

limites des parcelles de terrain qui y sont comprises ainsi que les noms des propriétaires de ces parcelles; il spécifiera la nature des travaux dont l'exécution sera subordonnée à autorisation préalable.

Le dossier de l'enquête est soumis à la Députation permanente qui émet son avis par délibération motivée.

Art. 16.

Les demandes d'autorisation prévue à l'article 14 sont adressées à la Députation permanente du Conseil provincial. Celle-ci, après avoir entendu le propriétaire de l'ouvrage de captage, statue, sous les réserves et conditions qu'elle juge utile de prescrire, endéans les deux mois de la réception de la demande au gouvernement provincial.

La date de cette réception est portée à la connaissance du demandeur par lettre recommandée à la poste.

A défaut par la Députation de statuer dans le délai fixé au premier paragraphe, l'autorisation sollicitée sera considérée comme étant accordée.

Art. 17.

La Députation permanente et, à son défaut, le Roi pourront ordonner, et au besoin assurer d'office, l'abandon et la destruction d'ouvrages dont la construction aurait été autorisée ou dont l'établissement n'aurait pas dû, aux termes de l'arrêté royal prévu à l'article 14, faire l'objet d'une autorisation, s'il est démontré, soit en cours d'exécution, soit après leur achèvement, qu'ils sont de nature à réduire le débit du captage ou à altérer les qualités de l'eau qu'il fournit.

duidingen, de grenzen der perceelen gronds, welke er in begrepen zijn, alsmede de namen der eigenaars van deze perceelen; dit plan zal den aard der werken nauwkeurig aanduiden waarvan de uitvoering aan voorafgaande machtiging zal onderworpen zijn.

Het dossier van het onderzoek wordt onderworpen aan de Bestendige Deputatie, welke door met redenen omkleede beraadslaging haar advies uitbrengt.

Art. 16.

De bij artikel 14 voorziene aanvragen tot machtiging worden gezonden aan de Bestendige Deputatie des provincieraads. Deze, na den eigenaar van het werk tot opvanging gehoord te hebben, doet uitspraak, onder de voorbehoudingen en voorwaarden welke zij nuttig oordeelt op te leggen, binnen de twee maand der ontvangst van de aanvraag bij het provinciebestuur.

De datum dezer ontvangst wordt ter kennis gebracht van den aanvrager bij ter post aangeteekenden brief.

Indien de Bestendige Deputatie verwaarloost binnen het in lid één voorgeschreven tijdsbestek uitspraak te doen, wordt de gevraagde machtiging als verleend beschouwd.

Art. 17.

De Bestendige Deputatie en, bij ontstentenis dezer, de Koning, mag bevelen en desnoods ambtshalve verzekeren, het verlaten en vernielen van werken, waarvan het bouwen zou toegelaten geweest zijn of waarvan de inrichting, naar luid van het bij artikel 14 voorzien koninklijk besluit, het voorwerp niet had moeten uitmaken van een machtiging, indien bewezen wordt, hetzij tijdens de uitvoering, hetzij na de voltooing ervan, dat zij van aard zijn het waterdebiet te verminderen of aan de hoedanigheid van het geleverde water te schaden.

L'indemnité qui pourrait être due de ce chef ne peut excéder le montant des pertes matérielles qu'a éprouvées le propriétaire du terrain et le prix des travaux devenus inutiles, augmentés de la somme nécessaire pour le rétablissement des lieux dans leur état primitif; elle est réglée à l'amiable ou par les tribunaux; elle est à la charge du propriétaire de l'ouvrage de captage.

De vergoeding, welke uit dien hoofde zou kunnen verschuldigd zijn, mag het bedrag niet overtreffen der werkelijke verliezen door den eigenaar van den grond geleden in den prijs der nutteloos geworden werken vermeerderd met de som noodig voor de herstelling der plaatsen in hun vorigen staat; zij wordt in der minne of door de rechtbanken geregeld; zij valt ten laste van den eigenaar van het werk tot opvanging.

Art. 18.

Les décisions rendues par la Députation permanente en exécution des articles 16 et 17 sont notifiées aux intéressés par lettre recommandée à la poste.

Elles peuvent faire l'objet d'un recours au Roi; ce recours doit être exercé, à peine de nullité, dans le délai de quinze jours à dater de la notification; il est suspensif des travaux qui en font l'objet.

Art. 18.

De beslissingen, genomen door de Bestendige Deputatie in uitvoering der artikelen 16 en 17, worden den belanghebbenden aangezegd bij ter post aangeteekenden brief.

Zij kunnen het voorwerp uitmaken van een verhaal bij den Koning; dit verhaal moet, op straf van ongeldigheid, gedaan worden binnen de vijftien dagen te rekenen van de aanzegging; het brengt de schorsing mede der bedoelde werken.

Art. 19.

Les décisions prévues aux articles 16 et 17 sont rendues par arrêté royal pour les parcelles de terrain situées en dehors de la province où se trouve l'ouvrage de captage.

Art. 19.

De bij de artikelen 16 en 17 voorziene beslissingen worden genomen bij koninklijk besluit voor de perceelen gronds, gelegen buiten de provincie waar het werk der opvanging gelegen is.

Protection des eaux minérales.

Bescherming der minerale wateren.

Art. 20.

Les dispositions des articles 14 à 19 de la présente loi sont applicables, sur avis conforme de l'Académie de médecine, aux eaux minérales ou thermales appartenant aux communes.

Art. 20.

De beschikkingen der artikelen 14 tot 19 dezer wet zijn, op eensluidend advies van de Academie van Geneeskunde, toepasselijk op de aan de gemeenten toebehoorende minerale of thermale wateren.

Exécution d'office de travaux d'assainissement.

Ambtshalve uitvoering van gezondmakingswerken.

Art. 21.

Lorsque, durant les cinq dernières années, la moyenne des décès dans une

Art. 21.

Wanneer, gedurende de vijf jongste jaren, het gemiddeld sterftecijfer in een

commune a dépassé le taux de la mortalité moyenne du royaume, le Ministre qui a l'administration du service de santé et de l'hygiène dans ses attributions, charge une commission de procéder à une enquête sur la situation sanitaire de la commune. La commission est composée de trois délégués du comité régional de salubrité publique, du bourgmestre de la commune ou de son délégué et de l'inspecteur d'hygiène de la circonscription.

Si l'enquête établit la nécessité de travaux d'assainissement ou d'installations sanitaires, le Ministre invite le conseil communal de la localité ou des localités intéressées à délibérer sur leur exécution.

Si, dans les six mois, le conseil communal n'a pas déféré à cette invitation ou si les mesures qu'il projette paraissent insuffisantes, le Gouvernement fait procéder à une nouvelle enquête par les soins du Conseil supérieur d'hygiène.

Si cette seconde enquête confirme les résultats de la première, le conseil communal est mis en demeure de dresser le projet et de procéder à l'exécution des travaux jugés nécessaires.

S'il ne s'est pas conformé à cette réquisition endéans les délais qui lui ont été fixés ou si les divers conseils communaux intéressés ne se mettent pas d'accord sur la nature des travaux, leur mode d'exécution ou la répartition de la dépense, le Gouvernement, sur avis conforme de la Députation permanente, peut décider l'exécution d'office des travaux. La Députation permanente est chargée des mesures d'exécution ; elle fait dresser et elle approuve le projet, elle règle la direction et la surveillance des travaux, inscrit d'office le crédit nécessaire au budget, conformément à l'article 133 de la loi communale, et mandate le paiement des travaux dans les conditions fixées par l'article 147 de la même loi. Le cas

gemeente grooter is dan het gemidddeld sterftecijfer van het Rijk, belast de Minister, die het Beheer van den Gezondheidsdienst onder zijn bevoegdheid heeft, een Commissie met het doen van een onderzoek over den gezondheidstoestand der gemeente. De Commissie bestaat uit drie afgevaardigden van het gewestelijk Comiteit van Openbare Gezondheid, den burgemeester der gemeente of zijn afgevaardigde en den gezondheidsopziener der omschrijving.

Indien het onderzoek de noodzakelijkheid vaststelt van gezondmakingswerken of van gezondheidsinstellingen, aanzoekt de Minister den gemeenteraad der betrokken plaats of plaatsen, tot het beraadslagen over de uitvoering daarvan.

Indien binnen de zes maanden, de gemeenteraad aan deze uitnoodiging geen gevolg heeft gegeven of indien de door hem ontworpen maatregelen onvoldoende blijken, doet de Regeering overgaan tot een nieuw onderzoek, door de zorgen van den hoogeren gezondheidsraad.

Indien dit tweede onderzoek de uitslagen van het eerste bevestigt, wordt de gemeenteraad gedwongen het ontwerp op te maken en over te gaan tot de uitvoering der noodig bevonden werken.

Indien hij zich niet gedragen heeft naar deze opvordering binnen de tijdsbestekken welke hem opgelegd werden, of indien de verschillende betrokken gemeenteraden niet overeenkomen over den aard der wérken, de wijze van uitvoering ervan of de verdeeling der uitgave, mag de Regeering, op eensluidend advies van de bestendige deputatie, beslissen tot de ambtshalve uitvoering der werken. De bestendige deputatie is belast met de uitvoeringsmaatregelen ; zij doet het ontwerp opmaken en keurt het goed, zij regelt het bestuur en het toezicht der werken, schrijft ambtshalve de noodige kredieten in de begrooting, overeenkomstig artikel 133 der gemeentewet, en mandateert de betaling der werken in

échéant, elle fixe la part des dépenses de chaque commune proportionnellement, soit au degré d'intérêt qu'elles ont respectivement à l'exécution des travaux, soit à la responsabilité qui leur incombe dans la cause d'insalubrité qu'il s'agit de supprimer, sauf recours au Roi de la part des communes intéressées.

Si les communes intéressées à l'exécution d'un même travail appartiennent à des provinces différentes, il est directement statué par le Roi au sujet de la répartition de la dépense.

de voorwaarden, bepaald door artikel 147 derzelfde wet. In voorkomend geval, bepaalt zij het aandeel der uitgave van elke gemeente, in evenredigheid 'tzij tot den graad van belang welk zij onderscheidenlijk hebben bij het uitvoeren der werken, 'tzij volgens de verantwoordelijkheid welke hun ten laste valt in de oorzaak van ongezondheid welke dient weggeruimd, behoudens beroep bij den Koning vanwege de betrokken gemeenten.

Indien de gemeenten, betrokken in de uitvoering van eenzelfde werk, tot verschillende provinciën behooren, wordt rechtstreeks door den Koning uitspraak gedaan aangaande de verdeeling der uitgaaf.

Protection des cours d'eau.

ART. 22.

Les dérogations à l'interdiction édictée par l'article 27, 5° de la loi du 7 mai 1877, de laisser couler, dans les cours d'eau non navigables ni flottables, des liquides ou d'y jeter ou déposer des matières pouvant altérer ou corrompre les eaux, ne peuvent être accordées par les Députations permanentes des conseils provinciaux qu'après une enquête de commodo et incommodo ; elles sont subordonnées aux réserves et conditions nécessaires en vue d'éviter la pollution de ces cours d'eau.

L'autorisation peut être retirée si le bénéficiaire n'observe pas ces réserves et conditions ou s'il refuse de se soumettre aux obligations nouvelles que la Députation permanente conserve le droit de lui imposer, si l'expérience en démontre la nécessité.

Les décisions des Députations permanentes portant autorisation ou refus d'autorisation sont immédiatement affichées,

Bescherming der waterloopen.

ART. 22.

De afwijkingen van het verbod, uitgevaardigd door artikel 27, 5°, der wet van 7 Mei 1877, van in de niet bevaarbare noch vlotbare waterloopen vloeistoffen te laten loopen of er zelfstandigheden in te leggen of te werpen van aard het water te bederven en te besmetten, mogen enkel verleend worden door de bestendige deputaties der provincieraden na een onderzoek de commodo et incommodo ; gemelde afwijkingen zijn onderworpen aan de voorbehoudingen en voorwaarden noodig ten einde de verontreiniging dezer waterloopen te beletten.

De toelating mag ingetrokken worden indien de verkrijger deze voorbehoudingen en voorwaarden niet nakomt of indien hij wijgert zich te onderwerpen aan de nieuwe verplichtingen, welke de bestendige deputatie het recht behoudt op te leggen, zoo de ondervinding er de noodzakelijkheid van bewijst.

De beslissingen der bestendige deputaties tot machtiging of tot intrekking der machtiging worden onmiddellijk,

par les soins des bourgmestres, dans les communes intéressées.

Appel contre les décisions des Députations permanentes peut être interjeté auprès du Roi, endéans les dix jours de l'affichage, par tout intéressé.

door de zorgen van den burgemeester, in de belanghebbende gemeenten aangeplakt.

Beroep tegen de beslissingen der bestendige deputaties mag door den belanghebbende aangeteekend worden bij den Koning, binnen de tien dagen na de aanplakking.

Organisation des services d'hygiène

ART. 23.

Toute commune est tenue d'établir gratuitement :

1° Un service de vaccination antivariolique à domicile ou organisé au moyen de séances publiques et fonctionnant au moins une fois l'an, ainsi qu'en temps d'épidémie de variole.

La lymphe vaccinale est gratuitement mise à la disposition de tous les médecins par l'office vaccinogène de l'État;

2° Un service d'inspection médicale scolaire, comprenant un examen des élèves au moment de leur entrée à l'école et au moins une visite mensuelle.

A la suite de chaque visite, le médecin-inspecteur adresse au bourgmestre un rapport dont copie est transmise à l'inspecteur d'hygiène et à l'inspecteur de l'enseignement du ressort.

ART. 24.

Toute commune de plus de 5,000 habitants est tenue d'organiser un service public de désinfection et d'instituer un comité de salubrité publique, chargé de porter son attention sur tout ce qui intéresse la santé publique et d'éclairer l'administration communale sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions hygiéniques de la localité.

ART. 25.

Les communes de plus de 10,000 ha-

Inrichting der gezondheidsdiensten.

ART. 23.

Elke gemeente is er toe gehouden kosteloos in te richten :

1° Een koepokinentingsdienst aanhuis of ingericht bij middel van openbare zittingen, welke ten minste eenmaal per jaar werkzaam zijn, alsook wanneer de pokken heerschen.

De entstof wordt kosteloos ter beschikking gesteld van al de dokters, door den deinst van den Staat tot bereiding van entstof;

2° Een geneeskundigen schooltoezichtsdienst, bestaande uit een onderzoek der leerlingen bij hun intrede in de school en uit ten minste een bezoek per maand.

Na elk bezoek zendt de dokter-opziener een verslag naar den burgemeester, waarvan een afschrift wordt overgemaakt aan den gezondheidsopziener en aan den schoolopziener van het gebied.

ART. 24.

Elke gemeente van meer dan 5,000 inwoners is verplicht een openbaren ontsmettingsdienst in te richten en een comiteit in te stellen van openbare gezondheid, belast met het oog te houden op al wat den gezondheidsdienst aanbelangt en met het voorlichten van het gemeentebestuur omtrent de te nemen maatregelen ten einde de gezondheidsvoorwaarden der plaats te verbeteren.

ART. 25.

De gemeenten van meer dan 10,000

bitants doivent avoir un bureau d'hygiène chargé, sous l'autorité du bourgmestre, de l'application des lois et règlements concernant la santé et la salubrité publiques.

Ces communes sont tenues également, soit à elles seules, soit en s'entendant avec des localités voisines, dans les conditions prévues au littera B de l'article 1er de la loi du 27 novembre 1891 sur l'assistance médicale gratuite, d'avoir un hôpital ou pavillon d'isolement pour malades atteints d'affection transmissible.

Les autres communes sont tenues de prendre, en temps d'épidémie, les mesures nécessaires pour pourvoir à l'isolement, dans un local spécialement affecté à cet objet, des malades atteints d'affection transmissible.

En cas de refus ou d'inaction, le Gouvernement pourra décider l'exécution d'office des mesures nécessaires, en suivant la procédure tracée à l'avant-dernier alinéa de l'article 21 de la présente loi.

Art. 26.

Chaque province est tenue d'organiser :

1° Un service de recherches chimiques et bactériologiques;

2° Un service public de désinfection fonctionnant pour les communes de moins de 5,000 habitants, qui ne possèdent pas de service communal de désinfection.

Un règlement provincial arrête les conditions auxquelles les administrations locales, les médecins et les particuliers peuvent gratuitement avoir recours à ces deux services.

Art. 27.

Le conseil supérieur d'hygiène, institué auprès du Ministère de l'Intérieur, a pour mission d'étudier et de recher-

inwoners moeten een gezondheidsbureel bezitten, belast, onder het gezag van den burgemeester, met het toepassen der wetten en reglementen, betreffende de openbare gezondheid.

Deze gemeenten zijn ook verplicht, 'tzij voor hen alleen, 'tzij in gemeen overleg, met aangrenzende plaatsen in de voorwaarden voorzien onder de letter B van artikel 1 der wet van 27 November 1891 op den kosteloozen geneeskundigen onderstand, van een gasthuis te hebben of een afzonderingspaviljoen voor de personen die aan aanstekelijke ziekten lijden.

Bij heerschende ziekten zijn de andere gemeenten verplicht de noodige maatregelen te nemen om te voorzien in de afzondering, in een opzettelijk daartoe bestemd lokaal, der zieken welke aan aanstekelijke ziekten lijden.

In geval van weigering of verzuim, mag de Regeering tot de ambtsbehalve uitvoering der noodige maatregelen beslissen, daarbij volgende de in het voorlaatste lid van artikel 21 dezer wet aangeduide handelwijze

Art. 26.

Elke provincie is gehouden in te richten :

1° Een dienst van schei- en bacteriekundige navorschingen ;

2° Een openbaren ontsmettingsdienst in werking voor de gemeenten van minder dan 5,000 inwoners, welke geen gemeentelijken ontsmettingsdienst bezitten.

Een provinciereglement bepaalt de voorwaarden mits welke de plaatselijke besturen de dokters en de bijzonderen kosteloos gebruik mogen maken van deze twee diensten.

Art. 27.

De hoogere Gezondheidsraad, ingesteld bij het Ministerie van Binnenlandsche Zaken, heeft voor zending alles te

cher tout ce qui peut contribuer aux progrès de l'hygiène.

Indépendamment des avis qu'il est appelé à émettre en vertu soit de la présente loi, soit de diverses lois spéciales, il répond aux demandes qui lui sont adressées par le Ministre de l'Intérieur sur toutes les questions d'ordre sanitaire.

L'organisation et le mode de fonctionnement du Conseil sont réglés par arrêté royal.

Art. 28.

Il sera établi, dans chaque province, un ou plusieurs comités régionaux de salubrité publique, dont les membres sont nommés par le Roi. L'inspecteur d'hygiène du Gouvernement est, de droit, membre des comités existant dans sa circonscription.

Les comités régionaux de salubrité publique ont la surveillance de tout ce qui intéresse la santé publique dans leur ressort.

Leur mode de fonctionnement est déterminé par arrêté royal.

Art. 29.

Il est institué un service d'inspection d'hygiène, dont le personnel est nommé par le Roi et qui a pour mission :

1° De surveiller l'état sanitaire des populations et la situation hygiénique des localités ;

2° De veiller, concurremment avec les officiers de police judiciaire, à l'exécution des lois et règlements généraux et locaux concernant l'hygiène et la salubrité publiques.

Les inspecteurs d'hygiène sont tenus, avant leur entrée en fonctions, de prêter devant le juge de paix du canton de leur

bestudeeren en na te vorschen wat kan bijdragen tot den vooruitgang der gezondheid.

Behalve de adviezen welke deze raad uit te brengen heeft, krachtens, 'tzij van deze wet, 'tzij van verschillendere bijzondere wetten, antwoordt hij op de vragen welke hem worden toegezonden door den Minister van Binnenlandsche Zaken over al de punten betreffende de gezondheid.

De inrichting en de werkwijze van den Raad worden geregeld bij koninklijk besluit.

Art. 28.

In elke provincie zullen er een of meer gewestelijke comiteiten van openbare gezondheid ingesteld worden, waarvan de leden worden benoemd door den Koning. De gezondheidsopziener der Regeering is van rechtswege lid van de in zijn omschrijving bestaande comiteiten.

De gewestelijke comiteiten van openbare gezondheid houden toezicht over alles wat de openbare gezondheid in hun gebied betreft.

Hun werkwijze wordt bepaald bij koninklijk besluit.

Art. 29.

Er wordt een gezondheidstoezichtdienst ingesteld, waarvan het personeel wordt benoemd door den Koning en welke voor zending heeft :

1° Den gezondheidstoestand der bevolking en der plaatsen te bewaken ;

2°) Te zorgen, te zamen met de officieren der rechterlijke politie, voor de uitvoering der wetten en algemeene en plaatselijke reglementen, betreffende de openbare gezondheid.

De gezondheidsopzieners zijn er toe gehouden, alvorens in dienst te treden, vóór den vrederechter van het kanton

résidence le serment prescrit par le décret du 20 juillet 1831.

Ils constatent, par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve contraire, les infractions aux lois et règlements ci-dessus visés.

Une copie du procès-verbal sera transmise au contrevenant, au plus tard dans les quarante-huit heures de la constatation de l'infraction.

Art. 30.

Les inspecteurs d'hygiène du Gouvernement ont le droit de pénétrer, en se conformant aux conditions et restrictions fixées par le règlement organique de l'inspection,

A. — Pendant les heures de jour :

1° Dans les établissements, les usines et les installations sanitaires dépendant des communes ou d'associations intercommunales ;

2° Dans les établissements hospitaliers et les institutions d'assistance médicale, autres que les asiles d'aliénés, ainsi que dans ceux autorisés en exécution de l'article 6 de la présente loi ;

3° Dans les habitations, navires, bateaux et barques où a été constaté un cas de l'une des maladies transmissibles visées à l'article 2 ci-dessus ;

4° Dans les immeubles en construction ainsi que dans ceux où s'effectuent des travaux de transformation.

B. — De jour et de nuit, dans les asiles de nuit et les maisons de logement.

Pénalités et dispositions finales.

Art. 31.

Les infractions aux dispositions de la présente loi et des règlements édictés pour son exécution sont punies d'une amende de 26 à 100 francs et d'un em-

hunner verblijfplaats den eed af te leggen, voorgeschreven bij het dekreet van 20 Juli 1831.

Bij processen-verbaal, geloofwaardig tot bewijs van tegendeel, stellen zij de overtredingen op de hierboven bedoelde wetten en reglementen vast.

Een afschrift van het proces-verbaal zal overgemaakt worden aan den overtreder, ten laatste binnen de acht en veertig uren van de vaststelling der overtreding.

Art. 30.

De gezondheidsopzieners der Regeering, mits zich te gedragen naar de voorwaarden en beperkingen vastgesteld door het organische reglement van het toezicht, hebben het recht binnen te treden :

A. — Gedurende den dag :

1° In de inrichtingen, fabrieken en gezondheidsinstellingen, afhangende van de gemeenten of van wedergemeentelijke genootschappen ;

2° In de gastvrije inrichtingen en de instellingen van geneeskundigen onderstand, behalve de krankzinnigenhuizen, alsmede in deze welke in uitvoering van artikel 6 dezer wet toegelaten zijn ;

3° In de woningen, vaartuigen, schepen en booten, waar een geval vastgesteld is van een der bij artikel 2 hierboven bedoelde aanstekelijke ziekten ;

4° In de in opbouw zijnde vaste goederen alsmede in die waaraan werken van verandering worden toegebracht.

B. — Bij dag en bij nacht, in de nachtverblijven en kosthuizen.

Straffen en eindbepalingen.

Art. 31.

De inbreuken op de beschikkingen van deze wet en van de reglementen, uitgevaardigd voor de uitvoering ervan, worden gestraft met een geldboete van

prisonnement de 8 jours à un mois ou de l'une de ces peines seulement.

En cas de récidive dans les deux années de la dernière condamnation, ces peines peuvent être élevées au double.

26 tot 100 frank en met een gevangenzitting van 8 dagen tot een maand, of enkel met één dezer beide straffen.

Bij hervalling binnen de twee jaren der laatste veroordeeling mogen deze straffen verdubbeld worden.

Art. 32.

Ceux qui ont mis obstacle à la surveillance exercée par les inspecteurs d'hygiène du gouvernement ou se sont opposés ou refusés à leurs visites dans les cas prévus à l'article 30 de la présente loi, sont punis d'une amende de 26 à 100 fr., sans préjudice, s'il y a lieu, de l'application des peines comminées par les articles 269 à 274 du Code pénal.

En cas de récidive dans les deux ans de la dernière condamnation, le tribunal peut élever l'amende jusqu'à 500 francs et prononcer un emprisonnement de 8 jours à 2 mois.

Art. 32.

Zij die het toezicht, uitgeoefend door de gezondheidopzieners der Regeering, verhinderd of belet hebben, of afgewezen de bezoeken in de gevallen voorzien bij artikel 30 dezer wet, worden gestraft met een geldboet van 26 tot 100 frank, onverminderd desgevallende, de toepassing der straffen, voorgeschreven bij de artikelen 269 tot 274 van het strafwetboek.

Bij hervalling binnen de twee jaar der laatste veroordeeling, mag de rechtbank de geldboet verhoogen tot 500 frank en een gevangenzitting uitspreken van acht dagen tot twee maanden.

Art. 33.

L'article 85 du Code pénal est applicable aux infractions punies par les articles 31 et 32 précités.

Art. 33.

Artikel 85 van het strafwetboek is toepasselijk op de overtredingen, gestraft naar de voormelde artikelen 31 en 32.

Art. 34.

Les articles 7 à 16 de la loi sanitaire du 18 juillet 1831 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Toute infraction aux dispositions de la présente loi ou des arrêtés pris par le gouvernement ou par les autorités sanitaires, est punie d'une amende de 26 fr. à 1,000 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 2 ans, ou d'une de ces peines seulement.

« Les peines sont doublées si l'infraction a été commise la nuit ou en bande ou au moyen de fausse clef, ou si elle a été

Art. 34.

De artikelen 7 tot 16 der gezondheidswet van 18 Juli 1831, worden vervangen door de volgende beschikkingen :

« Elke overtreding der bepalingen dezer wet of der besluiten, genomen door de Regeering of door de gezondheidsoverheden, wordt gestraft met een geldboet van 26 frank tot 1000 frank en met een gevangenzitting van acht dagen tot twee jaar, of enkel met een dezer beide straffen.

» De straffen worden verdubbeld indien de overtreding 's nachts of in bende of bij middel van valsche sleutels ge-

accompagnée d'effraction ou d'escalade, sans préjudice, s'il y a lieu, de l'application des peines comminées par les articles 269 à 274 du Code pénal. Il en est de même en cas de récidive dans les cinq ans de la dernière condamnation pour une infraction à la présente loi ou aux arrêtés pris en vertu de cette loi.

« Le livre Ier du Code pénal est, en entier, applicable aux dites infractions »

Art. 35.

Des arrêtés royaux pourvoiront aux mesures d'application et de contrôle nécessaires à l'exécution des dispositions de la présente loi, notamment en ce qui concerne l'organisation des bureaux d'hygiène et le mode de fonctionnement des services provinciaux et communaux de désinfection.

Art. 36.

Un règlement d'administration déterminera les cas dans lesquels une indemnité, dont il fixera le montant, sera allouée aux médecins, du chef de leur coopération aux mesures sanitaires.

Seront, de même, déterminées par arrêté royal les conditions auxquelles l'Etat pourra, dans la limite des crédits budgétaires, dédommager partiellement les communes des allocations accordées par elles aux particuliers, pour les indemniser des pertes qu'ils auront subies par suite de l'application des mesures de prophylaxie prises en vertu de la présente loi.

Art. 37.

La présente loi sera exécutoire un an après le jour de sa publication.

pleegd werd, of indien zij vergezeld ging van inbraak of beklimming, onverminderd desgevallende, de toepassing der straffen, voorgeschreven door de artikelen 269 tot 274 van het strafwetboek. Het is insgelijks zóó bij hervalling binnen de vijf jaar der laatste veroordeeling voor een inbreuk op deze wet of op de krachtens deze wet genomen besluiten.

» Boek I van het Strafwetboek is, in zijn geheel, op gemelde overtredingen toepasselijk. »

Art. 35.

Koninklijke besluiten zullen voorzien in de maatregelen van toepassing en van toezicht, noodig tot uitvoering der bepalingen van deze wet, inzonderheid wat betreft de inrichting der gezondheidsbureelen en de werkwijze der provinciale en gemeentelijke ontsmettingsdiensten.

Art. 36.

Een reglement van beheer zal de gevallen opgeven, in welke een vergoeding zal verleend worden aan de dokters uit hoofde van hun medewerking aan de gezondheidsmaatregelen; dit reglement zal het bedrag dezer vergoeding bepalen.

Eveneens, zullen worden bepaald bij koninklijk besluit, de voorwaarden mits welke de Staat, binnen de grenzen der begrootingskredieten, de gemeenten gedeeltelijk mag schadeloos stellen voor de door haar aan bijzonderen verleende bewilligingen, om deze te vergoeden voor de verliezen welke zij zouden geleden hebben door de toepassing der voorbehoedmaatregelen, genomen krachtens deze wet.

Art. 37.

Huidige wet zal uitvoerbaar zijn één jaar na den dag harer afkondiging.

Toutefois, l'entrée en vigueur de certaines de ses dispositions pourra, par voie d'arrêtés royaux, être fixée à une date plus rapprochée.

Donné à Bruxelles, le 2 décembre 1911.

Nochtans mag het van kracht worden van sommige harer beschikkingen, op een vroegeren datum bij koninklijke besluiten bepaald worden.

Gegeven te Brussel, den 2e December 1911.

ALBERT.

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,

Van s' Konings wege :

De Minister van Binnenlandsche Zaken,

PAUL BERRYER.