

L'APPORT D'UNE COLONIE DANS L'ÉMERGENCE DE LA MÉDECINE TROPICALE :

**Le cas de l'Indochine française
(1860-1939)**

Laurence Monnais-Rousselot
Université Paris VII (France)

« La seule excuse de la colonisation, c'est le médecin ».

Lyautey, 1926

Si la colonisation est désormais considérée comme ayant été un facteur de progrès dans divers secteurs, celui qu'elle a engendré dans le domaine de la médecine, et plus généralement de la santé, n'a que très rarement fait l'objet d'une étude monographique et ce pour plusieurs raisons qui touchent davantage à des querelles de disciplines qu'à un désintéret volontaire. A ce stérile cloisonnement s'ajoute un manque d'attention (compréhensible au vu de sources défectueuses) à l'égard de l'ex-Indochine française.

L'histoire des sciences oublie souvent l'histoire de la médecine. Cette dernière apparaît pourtant comme la science la plus à même de rendre compte, pour la question précise qui nous préoccupe, non seulement d'un nouveau rapport à la nature que confère la colonisation, mais aussi d'un contexte social aux multiples facettes et accélérateur d'un progrès scientifique en métropole et sur le territoire colonisé.

Quant à la médecine proprement coloniale, elle souffre d'être occultée par l'histoire générale de la médecine, alors même que son avènement coïncide avec la période la plus foisonnante de progrès scientifique jamais connue, à savoir le XIX^e siècle. Contradiction surprenante, et je dirais malheureuse, car il est incontestable que l'histoire de la médecine a eu « *une dimension coloniale* » (1), dimension que confirment les Archives nationales d'outre-mer déposées à Aix-en-Provence en offrant une documentation précieuse sur la santé (même si tout n'est pas encore classé).

Troisièmement, et c'est un reproche cette fois-ci qui s'adresse directement aux historiens français, il est bien dommage que les spécialistes de l'histoire coloniale ne se soient pas davantage attardés sur les engagements sociaux de la politique métropolitaine (représentés, entre autres, par l'action sanitaire et la politique d'enseignement).

A tout cela s'ajoute enfin, une méconnaissance de l'histoire de l'Indochine, dont l'étude est rendue délicate par divers obstacles qu'il n'est pas nécessaire de développer ici. Cette histoire, controversée, offre un exemple révélateur de l'implantation médicale occidentale dans un pays, colonisé, asiatique et tropical (2). Heureusement, depuis ces dernières années, la conférence de la Société pour l'histoire sociale de la médecine qui a eu lieu à Birmingham sur le thème « *Medicine and Empire* », l'historiographie essaye de prendre en compte les bons et les mauvais côtés des politiques sanitaires impérialistes.

Pour ma part, tout cela m'a confortée dans l'idée qu'une étude sur la « médecine coloniale en Indochine, moteur d'un vaste progrès scientifique » (3) pouvait, modestement, remédier à la carence historique issue de ces réticences. En somme, il devenait intéressant de rendre historique une réflexion qui se contentait, jusqu'alors, d'être une étude sur les médecins coloniaux (4), de faire ressortir la spécificité de l'Indochine dans son rapport à la médecine occidentale en pleine mutation, et surtout de révéler l'impact des conséquences scientifiques de cette nouvelle action sanitaire qui s'adapte aux tropiques.

On a incontestablement assisté à l'avènement d'une nouvelle médecine, d'une médecine résolument plus scientifique au sein d'une colonie, très loin de l'Occident. J'irai même jusqu'à dire que pour connaître la difficile gestation de la médecine tropicale, il faut en connaître l'histoire et les origines coloniales. L'action sanitaire française en Indochine fait intégralement partie de cette histoire et c'est ce que je me propose maintenant d'évoquer succinctement.

L'action sanitaire française en Indochine : un bref et incontournable historique

La construction lente et progressive d'un système sanitaire en Indochine Française s'est vue conditionnée par un double contexte qu'il faut garder continuellement à l'esprit : celui, incontournable, de la colonisation et un second, propre au XIX^e siècle, de progrès scientifique, double contexte annonciateur d'une période dite de « *nouvelle idéologie hygiéniste* » (5). Le médecin se retrouve alors investi d'une mission politique, celle de répandre la culture française aux colonies et de rapporter des données nécessaires au progrès médical.

C'est au XIX^e siècle que les voyages d'explorateurs se multiplient : c'est ce que l'on a souvent appelé la période des « naturalistes ». Médecins, anthropologues, ethnologues, botanistes vont se mettre au service de la colonisation qui cherche à dominer le territoire qu'elle est en train de s'approprier (6). Yersin voyage chez les Moïs dont l'étrangeté attire, Simond dresse des cartes pathologiques et dessine les anophèles d'Indochine, Corre entreprend son *Traité des maladies des pays chauds* (7). Entre 1860 et 1890, ils vont donc « repérer les lieux », aplanir des régions hostiles, déterminer les contours géographiques et sociaux des contrées indochinoises. En mission officielle ou officieuse, ces scientifiques en mal de recherche sont devenus, et ce parfois à leur insu, les promoteurs de la pacification. Les premiers médecins – de la Marine – ont ainsi préparé le terrain aux militaires qui vont, quant à eux, se consacrer à la conquête et solliciter leur concours et leur connaissance de la pathologie exotique pour conserver leur bonne santé, celle du milieu colonisé et de ses frontières.

La colonisation est presque immédiatement devenue le moteur extraordinaire de la mise en place d'une politique de santé publique qui se doit d'être rapide, adaptée et surtout efficace (8).

Cette première implantation médicale, incontestablement désordonnée, s'est faite dans un contexte international de progrès scientifique qui va permettre de mieux appréhender la diversité du milieu indochinois. Les découvertes de Pasteur et l'avènement de la microbiologie (9) vont changer radicalement les modalités de la conquête, de la pacification, puis de la colonisation elle-même (10). On se rend compte qu'il faut disséquer avec soin un milieu inconnu pour minimiser les obstacles à une installation définitive. La constitution d'une géographie médicale de l'Indochine se précise en même temps que se construisent les premières structures hospitalières – en particulier, les « *infirmiers-ambulances* », structure mobile de l'Annam et du Tonkin qui suit les garnisons, et les premiers hôpitaux militaires urbains, les premiers du genre dans une colonie – et que des mesures de prévention contre les affections les plus dévastatrices sont prises. Il est bien évident que ce n'est pas encore l'heure d'une assistance civile qui reste le domaine réservé des congrégations religieuses. Et pourtant, les premiers soins, sporadiques, dispensés aux populations locales permettent déjà à l'embryon d'une administration sanitaire, mise en place dès 1861 avec l'hôpital cochinchinois de Choquan, d'organiser une protection à l'encontre des poussées épidémiques et des dangers malconnus venant des frontières (11).

Le temps de la pacification révolu, les données du problème vont radicalement changer : les Français bien établis dans « leur Indochine » peuvent davantage se consacrer à la mise en place d'une administration coloniale et laïque puissante. Simultanément, c'est-à-dire entre 1890 et 1905, une floraison de lois sanitaires revendique la suprématie de la **prévention**, dans la continuité directe des décisions du temps de la pacification. Dès 1894, le ministre des Colonies, Delcassé, met en place une Inspection générale du Service de santé en Indochine, un Conseil supérieur et un Bureau d'hygiène et de statistiques médicales. Sur proposition du Corps de santé colonial (créé en 1890), chaque pays de l'Union se voit octroyer la possibilité d'élaborer son propre règlement sanitaire, en gardant à l'esprit une triple obligation : la déclaration des affections les plus dangereuses, la vaccination antivariolique, la constatation systématique des décès (12). Ce n'est qu'ensuite que l'Administration décide de prendre en compte l'assistance aux individus en officialisant l'assistance médicale indigène (13), orientation qui consacre l'extension de mesures d'hygiène, à la fois collectives et individuelles contre un grand nombre de maladies exotiques. Les termes d'« individu », d'« indigène », en tant que malade potentiel, et de « gratuité » apparaissent pour ne plus disparaître du champ de la politique sanitaire française ; des soins personnalisés, des expériences nombreuses et attentives à chaque cas font avancer la connaissance médicale (14). C'est enfin l'heure de la construction de programmes de santé reprenant les grands principes de la colonisation, version III^e République (15).

Ainsi, s'est mise en place une véritable **politique** de santé. A une période de grande urgence, dominée par une approche épidémiologique grossière et des mesures simples et pragmatiques luttant au hasard contre le paludisme, la variole ou le choléra dévastateurs, succède une phase plus « sélective » que consacre un nouvel abord des mala-

dies de l'Indochine (16), une nouvelle connaissance de ses maux insidieux (17). On assiste à un passage historique, celui de l'avènement de théories sanitaires supplantant un empirisme fragile et dirigé par la peur et l'ignorance. Administrateurs et médecins semblent s'être donné, conjointement, les moyens d'établir, dans ce nouveau contexte, un système de santé révolutionnaire.

Une nouvelle conception de la santé publique

Pour passer de la théorie à la pratique, la jeune politique d'action sanitaire avait besoin d'un support idéologique : les objectifs de la colonisation lui donnent davantage, à savoir une justification (18).

L'objectif économique, primordial dans une colonie d'exploitation comme l'Indochine, cherchait à fortifier les populations et devait permettre d'accroître la masse de main d'œuvre. Le but politique reste moins évident à déceler, peut-être parce qu'il est celui qui a donné les résultats les plus médiocres : en effet, l'idée communément développée était que si l'on dispensait des soins à tout le monde, les populations seraient, en quelque sorte, reconnaissantes envers la métropole et resteraient soumises. Enfin, la politique de santé se voulait aussi représentative de la grande mission que s'était fixée la France : elle devait symboliser son expansion culturelle outre-mer.

Or, sans aborder les problèmes « techniques » rencontrés quotidiennement par le jeune système (comme la pénurie chronique de personnel (19), la lourdeur bureaucratique, ou encore le manque de fonds) il faut bien considérer qu'on avait voulu, à tort et dans l'enthousiasme d'une époque de progrès en matière de santé publique, appliquer directement des mesures conçues pour la métropole (20). Les échecs de cette politique d'assimilation au rabais ont été quasiment immédiats, et même s'ils ne concernent pas notre propos actuel, ils permettent de mieux comprendre le contexte d'émergence d'une nouvelle médecine.

En effet, ces échecs, preuve malheureuse de la nécessité d'une adaptation vont, paradoxalement, être le facteur déclenchant, quoiqu'involontaire, de transformations radicales. C'est l'abandon de ce que Harun nomme les « *campagnes agressives* » (21). C'est l'heure d'une adaptation, d'ailleurs largement moins onéreuse, qui passe par la dotation des provinces en constructions simples « *de type annamite* » (22), en dispensaires de consultation essentiellement ruraux, en cadres subalternes locaux et en praticiens indochinois qui deviennent les agents efficaces d'une médecine résolument plus mobile. L'impulsion des années 1920 et 1930 (à la suite du programme quinquennal de Sarraut datant de 1911) a été décisive : nouveau rôle du personnel, des structures qui doivent toucher une population plus large, résurgence officielle des pratiques médicales sino-vietnamiennes. La politique de structures est désormais subordonnée à l'emploi d'un personnel efficace qui exerce une médecine préventive ; les pratiques traditionnelles, qui donnaient l'impression aux Français de freiner l'application de leur système et qui les engageaient à ne pas laisser de part à l'initiative locale, vont donner à ce système une force et un impact nouveau en concourant à l'émergence d'une nouvelle action sanitaire (23).

Forte de ces modifications, la politique de santé publique suggère progressivement l'intégration en un système unique de toutes les branches de l'action sanitaire (24).

Politique curative (25) et préventive s'allient dans un effort de rationalisation (26) pour de meilleurs résultats ; un personnel diversifié se doit désormais d'être attentif aux demandes locales quotidiennes ; et pour servir ce savant mélange, le médecin se transforme en **hygiéniste**, en un praticien polyvalent. L'exercice de ce dernier est désormais dirigé par trois maîtres mots : rigueur, vigilance et flexibilité, que nécessite l'adaptation à des milieux et des patients hétéroclites (27). Grâce à la gratuité des soins, il se fait vaccinateur – surtout contre la variole –, distributeur de quinine et diffuseur de notions d'hygiène en milieu rural qui contribuent la lutte contre les épidémies. Les fondements, encore balbutiants, d'une nouvelle orientation médicale voient le jour, hors du laboratoire du microbiologiste.

On assiste, en résumé, au passage d'une médecine individuelle aux soins sporadiques à une médecine publique (c'est-à-dire à un développement de la médecine en milieu urbain avec la mise en place d'une hygiène publique au profit des collectivités), puis à une médecine sociale (c'est-à-dire au service de la société, une médecine de liaison entre l'hygiène sociale et la politique sociale). La médecine « coloniale-tropicale » se définit désormais comme une médecine de masse, une médecine préventive qui va vers le malade.

Nouveau regard sur l'Indochine, vaste champ d'expérimentation

Même si le bilan de l'action sanitaire française en Indochine reste globalement mitigé, les apports médicaux et plus généralement scientifiques, nés de cette nouvelle expérience, sont eux indéniables. La politique de santé publique coloniale, dans son contexte indochinois, s'est abondamment nourrie de ses échecs et de ses adaptations plus ou moins réussies.

En effet, la liberté d'expérience scientifique que le milieu colonial a permise a été le vecteur principal de nouvelles découvertes. Dans ce contexte, le médecin a carte blanche pour faire ses expériences, à l'abri d'une opinion métropolitaine méfiante et des réticences françaises au progrès médical. L'Indochine est rapidement devenue « *une véritable champ d'expériences* » (28), et c'est à partir de cette rapide constatation que le système sanitaire mis en place va faire porter une partie non négligeable de ses efforts sur la recherche scientifique. Mais, qu'est-ce qui a fait de l'Indochine, ce vaste lieu d'expérimentation ?

L'Indochine offrait un environnement géographique riche et propice à de nouvelles recherches et découvertes, en résumé à un progrès scientifique foisonnant (29). La métropole française, face à ce constat attirant, se donne alors, et tout au long de la période coloniale, les moyens de faire bonne figure scientifique auprès de sa grande rivale impérialiste, la Grande-Bretagne. A cela s'ajoute la nécessité de la **rapidité** dans toute action entreprise car les maladies exotiques sont impitoyables, les épidémies se propagent sans que l'on ait le temps de compter les morts.

Pour servir cette soif d'expériences et ce besoin de réussite, l'hôpital indigène apparaît comme une bonne structure d'études. A ses côtés, on construit avec enthousiasme, des établissements scientifiques de toutes sortes et en particulier les instituts Pasteur, figure de proue d'une recherche libre et diversifiée, à la fois totalement indépendants des structures sanitaires classiques et en lien constant avec elles (30). Chercheurs et

hygiénistes y évoluent pour servir à la fois leurs propres recherches – les correspondances entre protagonistes n'ont de cesse d'évoquer une course aux honneurs et à la reconnaissance de leur pairs – et le progrès scientifique occidental, tout en apprenant à connaître les structures de la morbidité indochinoise et à combattre ses taux alarmants (31).

Cette période d'expérience, que la France en tant que puissance coloniale n'a bien entendu pas été la seule à connaître, consacre une ouverture avide sur de nouveaux horizons pour le progrès scientifique mondial et le développement des relations internationales (32). Avec la prise de conscience de l'utilité d'une entraide dans la connaissance des maladies, la correspondance s'étoffe entre les principales puissances coloniales non plus seulement pour prévenir l'étranger d'affections dangereuses mais bien pour échanger des vues, des découvertes, voire des tubes de vaccins ou des publications. Émerge alors une communauté scientifique internationale qui se regroupe autour de grands organismes qui dépêchent régulièrement des commissions en Asie du Sud-Est (33). Le Bureau d'Orient de la Société des Nations envoie périodiquement des missions de recherche sur certaines maladies, les congrès de la *Far Eastern Association of Tropical Medicine* font avancer la recherche sur certaines affections pernicieuses. À la confiance du début dans l'apport de la médecine européenne succède une période plus pessimiste (liée à des aspects à la fois scientifiques, économiques ou politiques), nécessitant des collaborations plus étroites avec les colonies étrangères voisines.

Pour conclure ce développement, on peut se demander si le rôle joué par la colonisation en Extrême-Orient dans la rationalisation de la médecine et de l'hygiène occidentale a été réfléchi, organisé. Les thèses, *a posteriori*, divergent sur cette question du rôle dévolu à la santé publique outre-mer : c'est au fil des années, des échecs et des victoires obtenus que s'y est construite une politique officielle d'expérimentation. Mais, elle ne l'a sûrement pas été dès le début (34), ce que déplore dans ses mémoires (35) le Dr Constant Mathis, fameux pastorien, en parlant de ses études sur l'amibiase en 1913 qui ne sont pas parvenues en France alors que la première guerre mondiale comptait des cas similaires à ceux rencontrés en Indochine. Les erreurs de diagnostic qui en ont résulté lui font dire que la colonie, intermédiaire entre découverte et progrès médical, n'était, à cette époque, pas encore judicieusement exploitée.

Avec le recul dont nous disposons, il apparaît pourtant important de s'attarder sur ce que cette expérience coloniale a offert à la métropole, sur les « effets en retour » de l'implantation médicale outre-mer ainsi que sur ce que cet enrichissement a finalement apporté aux ex-pays colonisés de la péninsule (36).

Le « va-et-vient » et l'émergence de la médecine tropicale

La métropole française, en partie grâce à l'Indochine, a réussi sa révolution scientifique, à défaut de réussir sa politique coloniale d'action sanitaire. De l'exploitation de ces nouveaux horizons, la science médicale a largement profité. Naît alors la **médecine tropicale** qui va balayer l'ancienne « médecine coloniale » et qui s'impose désormais comme une spécialité nouvelle (qui perdure de nos jours).

Le rôle que la colonisation de l'Indochine a joué dans l'avènement de cette spécialité apparaît comme une preuve de la modernisation de la métropole par le biais du

processus de colonisation. On a vu que le déclic, symbolique, de la révolution pastoriennne, qui coïncidait avec les premières conquêtes militaires (37), a fait de l'Indochine un vaste laboratoire de recherches pour la France. Progressivement la métropole a repris à son compte, au compte de ses recherches, cette expérience originale et en a fait profiter rapidement ses élites scientifiques et ses jeunes praticiens (38). L'enseignement de ces nouvelles données médicales affirme l'existence d'une spécialité inédite qui consacre l'ex-médecine coloniale à la fois en tant que science et que profession.

Mais le progrès scientifique a été un vecteur de cette transformation à d'autres titres : en effet, il n'a pas seulement su rapidement prendre en compte un milieu spécifique, un « environnement tropical » (39) qui permet au médecin transformé en hygiéniste, attentif aux spécificités locales, de savoir faire la distinction entre causes morbides et causes sociales des différentes affections (40) ; il a permis à la médecine occidentale d'affirmer une sorte de supériorité scientifique qui, les premiers temps de crainte et de désintérêt à l'égard de pratiques médicales locales révolus, a pris en compte, pour s'enrichir, certains éléments de la tradition médicale de l'Indochine (41).

La médecine coloniale s'est trouvée transformée par de nouvelles données scientifiques, par une connaissance du milieu tropical indochinois, mais aussi et surtout par une nouvelle appréhension de mentalités et de réactions locales (42). Elle s'est transformée, sur place, en quittant son caractère purement impérialiste (43), elle s'est transformée en métropole en acquérant son caractère tropical, celui d'une nouvelle spécialité, avant de revenir sur le territoire colonial, progressivement libérée de ses objectifs purement coloniaux, au profit d'objectifs sociaux moins intéressés.

Pour reprendre les idées de Georges Basala (44), qui cadrent parfaitement avec l'exemple indochinois, il y a eu en fait trois étapes dans le développement de la médecine en Asie du Sud-Est : elle a été une médecine dite d'« exploration » (45), puis une médecine coloniale (coïncidant avec une période pendant laquelle l'Indochine devient un vaste laboratoire, pendant laquelle les médecins, militaires et civils, se fixent tout en restant dépendants du joug métropolitain) et enfin une médecine tropicale qui, officialisée en métropole, a ensuite rejoint la colonie, plus indépendante à l'égard de la politique impérialiste (46). Terrain d'enseignement, terrain de recherche, justification d'une pratique professionnelle, la médecine tropicale est devenue une spécialité à part entière (47).

Est alors enfantée, non sans difficultés, une médecine tropicale, spécialité nouvelle appartenant à la science médicale dont elle a affiné les contours et l'étendue du champ d'action en donnant des réponses à ses aspects tropicaux, en prenant en compte un ensemble de facteurs sociaux, économiques et culturels. La pathologie tropicale s'affirme selon la tradition de l'ancienne « médecine des pays chauds » comme en partie dépendante du climat, mais aussi de la géographie, de la faune, du niveau et du mode de vie des habitants, de leur alimentation : autant de paramètres encore indispensables de nos jours pour guider les pratiques médicales dans le monde entier (48). Le « *paradigme environnemental* » et le « *paradigme orientaliste* » (49) ont radicalement transformé la pathologie exotique.

En devenant médecine tropicale, cette dernière s'est libérée du carcan dans lequel

elle se trouvait et a apporté à la science médicale une nouvelle manière d'aborder la maladie, un complément d'information primordial sur de nombreuses affections dont on ne connaissait l'évolution qu'en Europe. La progression dans le domaine de la santé publique a été de taille (on se souviendra, à titre de preuve, de l'éradication de la variole déclarée par l'OMS en 1977, éradication permise, en partie, par les campagnes massives de vaccinations entreprises dès 1860 en Cochinchine) et l'on peut résolument affirmer que, s'il y a bien eu un transfert de technologie de la métropole à la colonie, il y a eu, en retour, un transfert d'expériences constructives qui ont nourri la constitution d'une nouvelle spécialité médicale.

Certes, la métropole française a réussi sa colonisation du XIX^e siècle mieux que lors de ses essais précédents, grâce à sa technologie ; certes, elle l'a transférée en Indochine tout d'abord en adaptant au milieu ses techniques et ses méthodes puis en diffusant ses acquis scientifiques par un apprentissage, progressif, dispensé aux populations locales. Mais, ce transfert ne s'est pas fait que dans un sens : la colonie a joué un rôle primordial dans l'affirmation d'une nouvelle spécialité scientifique, comme elle l'a d'ailleurs fait dans d'autres domaines (50).

La médecine coloniale s'est intégrée dans le processus de colonisation française au travers d'une politique de santé qui doit naturellement sa spécificité à cette période. Il est incontestable que la médecine tropicale a été l'héritière de ces circonstances, produit d'une médecine à la fois impérialiste – une médecine politisée, donc conquérante et coercitive visant au progrès socio-économique d'un pays dominé – et « moderne », issue de la révolution scientifique. Mais, la médecine ne pouvait être totalement « soumise » à la politique de colonisation, ses objectifs profonds et ses caractéristiques intrinsèques, en résumé son éthique, l'obligeant à conserver une certaine indépendance (51). Grâce à l'expérience indochinoise, elle est devenue une médecine pratique qui se nourrit de la recherche pour améliorer ses expériences et prend en compte les caractéristiques sociales, culturelles et économiques des contrées concernées. Cette médecine, comme le dit très bien Michael Worboys dans sa thèse (52), ne pouvant renier pour autant ses objectifs profonds (à savoir la découverte, l'expérience, la réussite au profit des populations), est même devenue une médecine « désintéressée » qui, depuis l'époque de la décolonisation, symbolise une attitude de l'Occident face à ce que l'on appelle désormais le Tiers monde.



NOTES

- 1) Worboys, Michael, *Science and British Colonial Imperialism 1895-1940*, thèse non publiée, Université du Sussex, 1979, p. 2, puis, dans son sillage, Hairudin Bin Harun, *Medicine and imperialism: a study of the British colonial medical establishment. Health policy and medical research in the Malay Peninsula 1786-1918*, thèse non publiée, Londres, 1988, 518 p. Quant aux seuls ouvrages récents sur la médecine coloniale, ils se contentent de retracer l'histoire des médecins militaires coloniaux :
 - Pluchon, Pierre, *Histoire des médecins et des pharmaciens de la Marine et des colonies*, Paris, Privat, 1985.
 - Clapier-Valladon, Simone, *Les médecins français d'outre-mer*, Paris, Anthropos, 1982.
- 2) Pierre Huard affirme même, dans un article sur « La diffusion de la science au Viêt-nam : de la conquête à la décolonisation », *Histoire des Sciences*, t. 3, vol. 2, pp. 941-946, que le Viêt-nam est le symbole de l'invasion scientifique en Asie du Sud-Est. Les preuves qu'il avance sont nombreuses. En ce qui concerne les instituts scientifiques, par exemple, l'Indochine a été une colonie pionnière : s'y installent les deux premiers instituts Pasteur d'outre-mer (Saïgon, dès 1890 et Nha Trang en 1891), le premier service de géologie (1895), le premier Institut de recherche agronomique et forestière de Saïgon et Hanoï, l'Institut Océanographique de Nha Trang...
- 3) Ce qui constituera un chapitre important de ma thèse intitulée *Médecine coloniale, pratiques de santé et sociétés en Indochine française (1860-1939)* qui essaiera de développer quatre grands thèmes, à savoir : l'historique du système de santé implanté en Indochine, l'histoire de ses épidémies, la sociologie de son milieu médical (occidental et indigène) et la vaste question de la démographie indochinoise.
- 4) Ou sur quelques grandes figures de la médecine coloniale comme Alexandre Yersin, Albert Calmette ou Paul-Louis Simond dont on oublie trop souvent de replacer les découvertes dans le contexte de la colonisation indochinoise. Les archives de l'Institut Pasteur sont, à ce titre, d'une aide précieuse et en particulier le fonds Simond (actuellement en cours de classement) qui permet de mieux connaître une carrière médicale outre-mer exemplaire et l'importance de la « période indochinoise » d'un ancien médecin de la marine devenu en 1898, directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon puis professeur de bactériologie et d'épidémiologie au Pharo (1905-1911) et enfin, directeur du service de santé de l'Indochine (1914-1917).
- 5) Léonard, Jacques, *La médecine entre savoirs et pouvoirs*, Paris, Aubier, coll. Histoire, 1981, p. 30. Il va même jusqu'à parler de l'avènement d'un « militantisme hygiéniste », p. 157.
- 6) Il serait intéressant, si les sources le permettaient, d'essayer d'appréhender l'impact des découvertes, hétéroclites, de ces naturalistes du XIX^e sur les futures pratiques médicales qui se sont, incontestablement, nourries de ces premières expériences.
- 7) Dès 1879, année de son arrivée en Cochinchine en tant que médecin centralisateur de la vaccine (Fonds Corre, Carnets, Musée Pasteur).
- 8) Calmette a fondé l'Institut vaccinogène de Saïgon, futur Institut Pasteur, et Yersin a étudié les travaux du Chemin de Fer menant à la région chinoise du Yunnan sur demande du ministère de la Guerre.
- 9) La microbiologie de Pasteur et de Koch ayant permis la découverte des germes qui causent la plupart des grandes infections, elle a eu un rôle primordial à jouer dans la connaissance des maladies dites « tropicales » et en particulier de celles de l'Indochine (Cf. les découvertes sur les agents pathogènes du paludisme, du choléra, de la dysenterie, de la peste ou encore du pian).
- 10) Tout en permettant à la médecine coloniale de devenir un support symbolique du progrès scientifique européen.
- 11) Les mesures restent conditionnées par les dangers les plus immédiats : quelques mesures quarantaines contre les maladies dites « pestilentielles » et les premières campagnes de vaccination ; la vaccine est théoriquement obligatoire en Cochinchine depuis 1870.
- 12) Ces instructions sont contenues dans le décret sur la santé publique du 19.09.1905, 1905 étant l'année de toutes les innovations sanitaires et de l'officialisation de l'assistance médicale indigène. Pour connaître la législation sanitaire en Indochine, on peut consulter deux ouvrages de référence :

- Gouvernement général de l'Indochine, *Fonctionnement de l'Assistance Médicale en Indochine*, Paris, Larose, 1911, 352 p.
- Exposition Coloniale de 1931, Gaide, L., *L'Assistance Médicale et la protection de la Santé Publique*, Hanoï, IDEO, 1931, 419 p.
- 13) A la fin du XIX^e, la doctrine du ministère des Colonies était celle d'une assistance médicale hospitalière, libérale, paternaliste, assurant pour la population civile une possibilité de recours en cas d'urgence ou d'épidémie. Ce n'est qu'avec les conquêtes spectaculaires de la science médicale et la pacification de l'Indochine terminée que l'administration a cherché à étendre soins et prévention à tous avec le décret du gouverneur général Beau officialisant l'assistance médicale le 30 juin 1905 (officialisée pour la première fois dans une colonie à Madagascar en 1903).
- 14) A ce titre, il est intéressant d'étudier les articles scientifiques de revues comme *les Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale* ou le *Bulletin de la Société Médicochirurgicale de l'Indochine* relatant les expériences, les réflexions de médecins pour lesquels la période indochinoise a été une période formatrice.
- 15) La III^e République voulait donner le droit à la santé comme elle donnait le droit à l'éducation. Plus largement, elle voulait rationaliser l'organisation d'une politique de santé publique (ce qui nous permet de dire que la question de la santé est au centre du système colonial, de ses aspirations et de ses objectifs. On peut même affirmer avec Headrick, D., *Tools of Empire*, New York, Oxford University Press, 1981, 221 p. que la médecine a été un véritable « outil de colonisation » en tant que « force impérialiste culturelle » selon les termes de Roy MacLeod, *Disease, Medicine and Empire*, London, New York, Routledge, 1988, 339 p.), outil primordial dans un pays où le pourcentage des gens ayant besoin de soins est sans commune mesure avec les pays tempérés.
- 16) De nombreuses maladies commencent alors à attirer l'attention des médecins et en particulier les maladies infantiles (comme le tétanos ombilical) et les maladies dites « sociales » (les maladies vénériennes, par exemple, qui préoccupent la médecine tropicale). Le programme du Dr Hermant, de 1938 (Centre des archives d'outre-mer, Commission Guernut, Bb), dans la continuité des idées développées lors de la Conférence intergouvernementale des pays d'Orient sur l'hygiène rurale de Bandung (1937), donne la preuve de la priorité donnée à la lutte contre les maladies en milieu rural et à la protection de l'enfance.
- 17) Dans les années 1920 et 1930, les thèses d'étudiants français et vietnamiens sont le plus souvent des monographies sur les affections de l'Indochine, fruit de leur expérience dans les hôpitaux locaux.
- 18) On donne généralement à la colonisation trois objectifs : un objectif économique, un objectif politique et un objectif culturel, largement développés par le fameux gouverneur général et ministre des Colonies, Albert Sarraut.
- 19) Il n'y a souvent qu'un médecin par chef-lieu, voire par province au Cambodge et au Laos, les demandes de congé ou de changement d'affectation diminuant considérablement, au fil des années, le nombre des postes réellement pourvus.
- 20) En fait, la France avait voulu imposer des normes sociales par l'intermédiaire de mesures sanitaires qui ne correspondaient pas aux spécificités de la colonie cochinchinoise et des protectorats. Il en résultait que chaque nouvelle mesure sanitaire, maladroite, était ressentie comme une obligation administrative à contourner, au même titre que l'impôt.
- 21) *Op. cit.*, note 1.
- 22) Correspondance sanitaire diverse, 1907-1922 (CAOM, Gougal, dossier 32995).
- 23) Et donc d'une nouvelle spécialité médicale. En effet, ce qui fait une des originalités de l'évolution de la médecine en Indochine, par rapport à l'expérience dans d'autres colonies, c'est une tradition médicale (sino-vietnamienne et cambodgienne) millénaire et donc puissante que la métropole ne pouvait se permettre d'évincer au profit d'une médecine exclusivement occidentale.
- 24) Cf. le programme du gouvernement général Pasquier (Discours au Conseil du gouvernement, 15 octobre 1930) qui prône une transformation des organes de direction sanitaire et crée une inspection générale de la santé publique, civile, avec trois branches principales d'activité : l'assistance médicale, l'hygiène et la médecine préventive et l'assistance sociale.
- 25) Née du décret de 1905 sur l'assistance médicale indigène.

- 26) Que consacre le développement de structures d'isolement (lazarets et léproseries), de services spécialisés, de dispensaires ruraux nombreux. En 1930, par exemple, il existe au Laos 14 formations sanitaires mais surtout 55 postes ruraux dont les résultats sont considérés comme satisfaisants (CAOM, Gougal, dossier 47474).
- 27) Cf. Van Riel, Jacques, *Santé publique tropicale*, Liège, Desoer, s.d, 387 p. « *La médecine sous les Tropiques, à l'origine geste charitable, est devenue une discipline précise* », Pluchon, *op. cit.*, note 1, p. 255.
- 28) Selon les termes du Dr Jollivet, *Voyage d'études*, 1895 (CAOM, Gougal, dossier 23731).
- 29) L'Indochine était souvent le théâtre d'épidémies et de maladies qu'il était difficile d'étudier en France. De plus, chaque pays de l'Union, chaque région comportait ses propres foyers épidémiques et endémiques.
- 30) Les instituts Pasteur jouaient, à la fois, un rôle dans les services pratiques que constituent la fabrication des vaccins et les analyses bactériologiques et dans les travaux de recherche, qui se préoccupent des grands problèmes d'hygiène du pays (comme, par exemple, l'amélioration des eaux d'alimentation des grandes agglomérations urbaines comme Hanoï, Saïgon et Phnom Penh).
- 31) Ils ont expérimenté leurs découvertes à grande échelle auprès des populations locales, en particulier grâce à leur production de vaccins.
- 32) La correspondance découverte à ce sujet dans le fonds du Gougal du CAOM est révélatrice de ces nouveaux liens au service de la recherche scientifique. Apparemment, les services du gouvernement général ont multiplié, dès le tournant du xx^e siècle, les dépêches télégraphiques aux ambassadeurs, consuls de France à Tokyo, Pékin, Bangkok, Shangai, Batavia, Canton ou encore Hong Kong, Singapour et même Le Caire pour les tenir au courant de l'évolution de la moindre épidémie (contacts qui confirment, par ailleurs, le rôle traditionnel des postes consulaires).
- 33) Cf. création de l'Office international d'hygiène publique, de la *Far Eastern Association of Tropical Medicine* fondée en 1908 à Manille « *pour aider le progrès médical international* » et du Bureau d'Orient de la SDN (en 1925). Voir Howard Jones, Norman, *La santé publique internationale entre les deux guerres*, Genève, OMS, 1979, 96 p.
- 34) Les premiers soins et les premières mesures de prévention étaient un simple moyen de protection des populations européennes, une sorte de « cordon sanitaire » protégeant les colons des affections touchant les populations locales.
- 35) « Titres et résumés de travaux scientifiques », Papiers Personnels (Fonds Privés).
- 36) Le développement qui va suivre n'est encore qu'un ensemble d'hypothèses qu'il me faudra confirmer ultérieurement.
- 37) Période de conquête pendant laquelle les médecins militaires se sont rendus très vite compte que c'étaient les maladies tropicales et non le climat, communément accusé, qui décimaient les troupes.
- 38) Dès 1900, une loi prévoyait la création d'une école d'application en matière de pathologie tropicale, créée finalement en 1905 pour les futurs médecins d'outre-mer. Cette école, le fameux Pharo de Marseille, est rapidement devenue le lieu de la pratique de la microbiologie et de la connaissance des données épidémiologiques de chaque colonie pour le jeune médecin avide de connaissance qui se prépare à quitter la métropole. Cette création confirme, selon Michael Worboys (« *The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Speciality* » in Lemaine, G et al, *Perspectives on the Emergence of New Scientific Disciplines*, Paris, Mouton, 1976, pp. 75-98), l'existence d'une spécialité médicale, car toute spécialité scientifique, pour s'affirmer, doit devenir, à son avis, un terrain d'enseignement.
- 39) En voulant construire une géographie médicale de l'Indochine, certains médecins ont essayé de mettre en corrélation données géographiques, sociologiques, culturelles et pathologiques. Tout cela prouve bien que l'environnement tropical faisait l'objet d'attentions nouvelles.
- 40) On assiste, par exemple, au passage d'une reconnaissance des problèmes d'alimentation des populations locales à une étude scientifique sur le concept de malnutrition, dès les années 1920.
- 41) A l'époque des premiers pas de la médecine occidentale en Indochine, qui sont aussi ceux de la microbiologie, la médecine traditionnelle apparaissait un peu comme le spectre des médecines empiristes

que les élites scientifiques du XIX^e considéraient comme du charlatanisme. Les premières peurs passées, les premières victoires acquises peuvent expliquer un retournement de la situation, à savoir une progressive conciliation. Cf. Annick Guénel dans ce volume.

- 42) Cf. Léonard, Jacques, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, op. cit. note 5, p. 8 : « La médecine-science n'est jamais une spéculation isolable. Elle est la médecine d'un contexte culturel. De même, la médecine profession n'est jamais une réalité neutre, elle est la médecine d'un milieu socio-politique ». Cette phrase prend tout son sens lorsqu'il s'agit d'évoquer l'Indochine.
- 43) Et donc en abandonnant, plus ou moins volontairement, sa lutte contre la médecine locale.
- 44) « The spread of Western Science », *Science*, vol. 156, n° 3775, pp. 611-622.
- 45) Car « la pathologie exotique essentiellement basée sur l'épidémiologie (...) et sur la prophylaxie (...) a besoin d'être précédée par la connaissance approfondie de la géographie médicale », Nguyen Vien Hai, *Contribution à l'étude de la géographie médicale du Tonkin*, thèse de médecine, Paris, 1929, 40 p.
- 46) Apparaît alors la notion d'« impérialisme constructif » qui annonce les actions sanitaires humanitaires de l'après 1945.
- 47) Cf. Worboys, Michael, art. cit., note 38.
- 48) En effet, l'avènement de la microbiologie pastorienne avait entraîné l'abandon du facteur « climatique », du rôle des « miasmes » dans le développement des affections tropicales: l'expérience indochinoise remet en partie à l'honneur cette conception en affirmant l'influence de l'environnement tropical dans son intégralité dans le développement des maladies.
- 49) Selon les termes de David Arnold, *Colonizing the body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*, Berkeley, University of California Press, 1993, 354 p.
- 50) David Arnold, op. cit., note 49, a développé cette idée, en prenant l'exemple des Indes britanniques. Pour lui, cet apport colonial est principalement dû au rôle des populations locales: des « pratiques occidentales et des corps orientaux » ont inévitablement engendré des **résistances** constructives dont la tradition médicale locale s'est faite le porte-parole.
- 51) Même si la politique d'action sanitaire métropolitaine a connu de nombreux échecs, certains de ses aspects survivent au Viêt-nam, repris, à leur compte, par les politiques de santé nationale.
- 52) Op. cit., note 1.



**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^E SIÈCLE**

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**



VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

CRISTOM
éditions

**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^e SIÈCLE**

20TH CENTURY SCIENCES:
BEYOND THE METROPOLIS

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**

VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ
MEDICAL PRACTICES AND HEALTH

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

ORSTOM Éditions

L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION
PARIS 1996