

La médecine militaire coloniale française

Une aventure médicale de trois quarts de siècle

(1890-1968) *

par Louis-Armand HÉRAUT **

En ces temps de guerre des mémoires où la mémoire des uns heurte la mémoire des autres (21), il semble utile de rappeler des vérités factuelles souvent occultées. C'est le décret du 7 janvier 1890 qui crée et organise le corps de santé des colonies et des pays de protectorat. Le Service de santé colonial devient alors indépendant de celui de la Marine. La même année est ouverte à Bordeaux l'École principale du Service de Santé de la Marine, communément connue sous le nom de "Santé Navale". L'école, qui reste administrée par la Marine, est chargée d'assurer la formation des médecins et pharmaciens de la Marine et des Colonies. Les élèves officiers vont obtenir à la Faculté le diplôme de docteur en médecine ou celui de pharmacien selon les mêmes modalités que les étudiants civils (19).

On ne saurait nier que des précurseurs plus ou moins lointains ont existé, qu'il s'agisse des médecins dépêchés aux colonies sous l'ancien régime par les rois de France avant 1789, ou des médecins de la Marine placés en poste à terre outre-mer dans ce qui restait du premier empire colonial français (3). Toutefois la médecine coloniale militaire française que nous envisageons ici est celle qui est intimement liée à l'expansion coloniale européenne de la fin du XIX^{ème} siècle. Cette période peut se subdiviser en plusieurs phases, entrecoupées par deux guerres mondiales. Il y eut le temps des pionniers (1890-1914), celui des combattants glorieux (1914-1918), celui des ouvriers de l'empire (1919-1939), celui des combattants meurtris (1940-1945), puis vint le temps des désenchantements. Ce dernier temps est marqué par la guerre d'Indochine (1946-1954), la guerre d'Algérie (1954-1962), les indépendances de l'Afrique noire (1960) et se termine par la "coopération".

Si l'École de Bordeaux fut la colonne vertébrale du Service de santé colonial, l'École d'application du Pharo à Marseille, qui ouvre ses portes le 1^{er} février 1907, en a été le cerveau et le cœur. Le Pharo recevra en 1925, à la suite d'une grave crise des effectifs

* Comité de lecture du 17 décembre 2005 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 2, allée des Chevaliers, 78000 Versailles.



Le départ en 1905 (archives ASNOM).

sanitaires, l'apport important des médecins de la section coloniale de l'École de santé militaire de Lyon (18). Au Pharo, après avoir reçu d'ânés expérimentés un enseignement pratique immédiatement utilisable, les jeunes médecins et pharmaciens partaient outremer pleins d'enthousiasme. Ils allaient à travers le monde "porter la science" et pas seulement au "pays des Bantous", comme le proclame encore la chanson consacrée de leur

École. Une mystique s'est créée (14). La phrase magnifique qui termine en février 1907 le premier cours de biologie de Paul Louis Simond l'illustre pleinement : "Vous êtes à l'âge où l'esprit est exempt de préjugés, où les idées préconçues ne viennent pas contrarier la poursuite du vrai, à l'âge des élans généreux, à l'âge des enthousiasmes pour tout ce qui est vérité, lumière et progrès" (29). Dans cette aventure médicale singulière, marquée profondément par la révolution pastoriennne, il n'y eut pas que le microscope : ces jeunes hommes vont découvrir "l'autre" dans ses différences culturelles.

État des lieux à l'origine

L'action coloniale française s'est essentiellement déroulée dans les "pays chauds", on a fini par l'oublier. Certains, chauds et secs, nécessitent un minimum de trois litres d'eau par jour et par personne pour éviter la déshydratation ; d'autres, chauds et humides, sont encore plus dangereux, car le moteur musculaire humain, s'il doit fournir un travail important, peut s'emballer et c'est alors que survient la mortelle hyperthermie maligne d'effort. Tous ces territoires compris entre les tropiques du Cancer et du Capricorne étaient peuplés de façons très variées. Il y avait ceux qui avaient une civilisation millénaire élaborée, voire raffinée, avec écriture et architecture lithodomiale, et ceux de culture archaïque, sans écriture, sans édifices pérennes. L'empire colonial français, le second du monde en surface, s'étendait sur 11 millions de km² et comportait environ 35 millions d'habitants. Il venait immédiatement après l'empire colonial britannique qui, infiniment plus riche, s'étendait sur 33 millions de km² et comportait 400 millions d'habitants. L'empire colonial dont se dote la France a la particularité d'être voulu et réalisé par le seul état européen républicain de l'époque, qui met en avant les grands principes de sa révolution de 1789. Les médecins militaires vont directement participer à l'entreprise. Les conditions socio-économiques très difficiles qu'ils vont rencontrer expliquent la grandeur de l'œuvre qu'ils vont accomplir : elle se fera toujours dans la pénurie en hommes et en moyens financiers.

Quel que soit le continent, si l'on excepte le Japon qui avait imité l'Occident, aucun de ces pays exotiques n'avait d'infrastructures médicales organisées telles qu'elles existaient alors en Occident. Dans presque tous ces pays d'Afrique et d'Asie, il existait, peu ou prou, des guerres interethniques dont le colonisateur se servit à son avantage, le triba-

lisme, le féodalisme, l'esclavagisme coutumier, la misère et la famine, l'analphabétisme, l'irrationalité et la pensée magique, enfin les mutilations rituelles et l'anthropophagie. Si ces pays étaient dangereux pour l'homme blanc du fait des conditions climatiques, ils l'étaient aussi par la présence de maladies infectieuses et parasitaires inconnues en Europe ou encore de maladies communes en Europe mais qui, sous les tropiques, pouvaient avoir des évolutions funestes. Les autorités responsables n'étaient pas ignorantes des risques. Il est classique de citer Mahé, médecin de la Marine, professeur à l'École de médecine navale de Brest qui, en 1875, de retour du Congo, avertissait avec emphase mais réalisme ses élèves : "Là-bas sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicious Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro. Défiez-vous ! De la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné...", in Lapeyssonnie (16).

Le choléra, fréquent dans les pays tropicaux, ouvre une liste qui ne se veut pas exhaustive. Il avait fait une incursion dramatique en France en 1849 où il fit 50 000 morts rien qu'à Paris. Cette affection redoutable liée au péril fécal, favorisée par les grands rassemblements de population, entraînait la mort en quelques heures par déshydratation foudroyante à une époque où il n'y avait pas de sulfamides, d'antibiotiques ou de moyens de perfusion. Le seul moyen pour en limiter la propagation résidait dans des mesures draconiennes d'hygiène dont la "quarantaine" rigoureusement imposée avec l'aide des forces armées.

La peste, vieille connaissance qui élimina au XIV^{ème} siècle un tiers de l'humanité entre la Chine et la Scandinavie et sema encore la terreur à Marseille en 1720 et fut rencontrée par les troupes de Bonaparte en Égypte : il faut rappeler ici le geste audacieux de Desgenettes qui, à Jaffa en 1799, s'inocula le pus d'un bubon de pestiféré pour soutenir le moral défaillant des soldats. C'est le médecin colonial Alexandre Yersin qui, en 1894, découvrit à Hong Kong le bacille qui porte désormais son nom (31). Quatre ans plus tard, à Karachi, le médecin colonial Paul-Louis Simond démontre le rôle vecteur de la puce du rat (28). La lutte contre la peste en Afrique, à Madagascar, en Asie fit des victimes dans le corps médical. La mort héroïque du médecin major Gérard Mesny en 1911 à Kharbin, lors de l'épidémie de Mandchourie qui fit trembler le monde, eut à l'époque un grand retentissement (13). On ne peut oublier la mort tout aussi courageuse de Gaston Bourret en 1917 dans son laboratoire de Nouméa (23). Enfin ce sont les médecins militaires coloniaux Girard et Robic qui réussirent à mettre au point en 1932 à Tananarive un vaccin anti-pestueux efficace (8). La peste reste une menace potentielle et est un agent possible du bio-terrorisme (25).

La variole fit l'objet d'une lutte constante dès les premiers temps de la colonisation aussi bien en Afrique qu'en Asie. L'action sans défaillance du Service de santé des troupes coloniales a contribué de façon décisive à l'éradication de cette maladie effroyable qui, avant la découverte de Jenner en 1796, faisait en France 10 000 victimes par an. Le roi Louis XV en était mort en 1774 dans des conditions très misérables. La vaccination, qui se faisait au début de bras à bras comme au temps du docteur Guillotin en 1802, fut grandement améliorée quand on put inoculer des bufflons indigènes, créer des centres vaccino-gènes et transporter, grâce à Calmette, lui aussi médecin colonial, la lympho-vaccinale en tubes scellés (2).

Le typhus exanthématique est transmis par le pou, compagnon habituel des armées en retraite quand les conditions d'hygiène se dégradent ; cette affection rencontrée sous

tous les climats ravagea les camps de prisonniers, les camps de concentration et les gou-lags. Les médecins coloniaux en contact avec les malades ne furent pas épargnés, tel Chabaneix à Tien Tsin en Chine en 1913, dont l'agonie est racontée par Victor Ségalen qui l'assista dans ses derniers moments (24). Sous les tropiques s'ajoutaient les typhus de brousse alors mal connus et transmis par les tiques ; ils provoquèrent des pertes importantes parmi les corps expéditionnaires en opération de guerre.

La fièvre jaune ravagea le corps expéditionnaire envoyé à Saint-Domingue par le premier consul Bonaparte en 1802 (26). Elle lui enleva un beau-frère, le général Leclerc, et elle contribua à l'indépendance de l'île, ce qui est rarement mentionné. Affection redoutée, elle fit des incursions dans les ports européens au XIX^{ème} siècle (15 et 30). Elle fit de très nombreuses victimes dans le corps de santé colonial, comme en témoignent les monuments de Dakar et de Saint-Louis du Sénégal. Il faut attendre 1927 pour que le médecin colonial Laigret puisse obtenir un vaccin grâce au virus recueilli à Dakar sur un expatrié syrien (23). Par la suite la vaccination par le vaccin de Dakar et le vaccin américain Rockefeller permit d'obtenir rapidement un contrôle quasi-complet de cette affection redoutable qui était mal maîtrisée par la lutte contre les vecteurs *Aedes* ou *Stegomyia* porteurs du virus amaril.

Le paludisme, dont l'hématozoaire fut découvert par le médecin militaire Alphonse Laveran à Constantine en 1880 (17), fut en grande partie responsable du désastre sanitaire de la conquête de Madagascar qui, en 1895, tua 25% des 21 000 hommes du corps expéditionnaire, alors qu'il n'y eut que 25 morts par action de guerre. Le paludisme reste la principale cause de mortalité infantile sous les tropiques. Il faisait et fait partie du quotidien du médecin tropicaliste. Les premiers médecins qui s'acharnèrent à le combattre à travers son vecteur, le moustique, furent surnommés par les autochtones les « capitaines moustiques ». Victor Le Moal s'illustra particulièrement dans cette lutte culicidienne à Conakry (20).

La maladie du sommeil ou trypanosomose, parasitose particulièrement redoutable, atteint le système nerveux central en provoquant une apathie, des troubles du comportement et un état de délabrement organique cachectique extrême qui aboutit à la mort. Nombreux sont les médecins qui furent contaminés en la combattant, et parfois en sont morts. Cette affection dépeuplait en Afrique noire des régions entières. Elle fit très tôt l'objet d'études qui vont permettre à Jamot de développer son action (22). Nous y reviendrons plus loin.

La lèpre, une autre vieille connaissance, quasi disparue d'Europe, atteint la personne dans son apparence physique ainsi que dans sa dimension sociale. Marchoux va organiser la lutte contre cette maladie mutilante, lutte qui sera poursuivie et développée par le médecin général Richet en collaboration avec Daniel Follereau (2). De nombreux médecins coloniaux se consacreront à cette lutte difficile, dont Léon Stevenel qui isola le principe actif de l'huile de Chaulmoogra, seul médicament d'une certaine efficacité avant qu'apparaissent les sulfones.

Les affections intestinales bactériennes et parasitaires étaient communes et elles le sont restées. Peu nombreux furent les coloniaux qui échappèrent à l'amibiase et à ses complications. Malgré les précautions d'hygiène concernant les eaux de boisson, les dysenteries étaient fréquentes et meurtrières. Elles demeurent encore un fléau pédiatrique responsable d'une forte mortalité en pays défavorisés.

À ces affections s'ajoutaient des maladies culturellement déterminées, comme le Kwashiorkor lié à un déséquilibre alimentaire des jeunes enfants après le sevrage. La rougeole, maladie infantile relativement bénigne en Europe mais qui, en Afrique noire, faisait des ravages parmi les jeunes enfants. La méningite cérébrospinale, maladie endémo-épidémique sévissait surtout au Sahel, zone qui a reçu depuis l'appellation de ceinture de Lapeyssonnie, en hommage à celui qui y a consacré une partie de sa vie. La poliomyélite antérieure aiguë, affection neurologique virale qui touche les neurones moteurs de la moelle épinière, provoque des paralysies qui tuent ou, pire encore, laissent des séquelles définitives. Cette maladie pose les limites de la médecine de soins en pays sous-développés. Non seulement les infirmes survivants ne peuvent travailler pour assurer leur propre subsistance mais, plus encore, ils deviennent une charge insupportable pour la communauté qui vit dans un état de pauvreté souvent extrême.

On ne saurait être exhaustif dans le catalogue des maladies rencontrées alors sous les tropiques, cependant il faut citer la rage humaine, assez peu fréquente il est vrai, mais semant toujours la terreur ; la tuberculose, très commune sous toutes ses formes ; l'onchocercose et le trachome, qui rendent aveugle ; le tétanos lui aussi fréquent, duquel plusieurs médecins coloniaux sont morts avant qu'arrive la vaccination antitétanique en 1932 (27). Aux précédentes affections s'ajoutaient les nombreuses maladies vénériennes, dont la syphilis qui ne fut efficacement traitée qu'après la deuxième guerre mondiale avec l'avènement de la pénicilline. Il faut remarquer qu'à l'époque coloniale le SIDA, nouveau fléau de l'humanité, n'existait pas encore.

À la chaleur, pathogène par elle-même, et aux maladies, il faut ajouter les dangers d'une biomasse hostile où les petits animaux et insectes (pou, tique, moustique, mouche, araignée, scorpion, rat, chien) étaient autrement plus redoutables que les grands animaux sauvages (lions, panthères, crocodiles, tigres, buffles, éléphants, serpents, requins ...) qui étaient alors encore nombreux dans ces pays.

À cette liste de dangers on doit ajouter les accidents dus aux transports de l'époque. En premier lieu le cheval : le médecin colonial des premiers temps se devait d'être un cavalier endurant. Les aptitudes à l'équitation feront partie des notes du médecin militaire colonial jusqu'à la deuxième guerre mondiale. Certains furent victimes des humeurs de ce noble et ombrageux animal ; un moindre mal quand l'accident survenait en service, ce qui ouvrait droit à pension. Il y eut aussi les naufrages qui pouvaient être suivis de noyades. Sur les 1032 "Navalais" sortis de L'École de Santé Navale entre 1890 et 1914, on dénombre six morts par noyade, toutes survenues chez des médecins coloniaux, aucune n'est observée chez les médecins de la Marine. Enfin il faut aussi prendre en compte l'hostilité d'une partie des autochtones qui réagissaient à l'intrusion sur leur territoire par des actions guerrières ou par des assassinats.

L'implantation de l'infrastructure médicale de la colonisation

La médecine de brousse

Après l'installation sur les côtes, la logique de la colonisation poussa à la conquête du pays intérieur ; il convenait d'exploiter les matières premières et de les expédier vers la métropole par des routes et des chemins de fer. Les colonnes de pénétration se heurtèrent à des résistances parfois vives en Afrique, à Madagascar et en Indochine. Le déséquilibre considérable dans la puissance de feu et dans l'art militaire fit la décision. Ces colonnes conquérantes étaient composées pour l'essentiel de soldats indigènes encadrés par

des sous-officiers et des officiers français ; elles étaient toutes accompagnées de médecins militaires. Après les combats, assez peu nombreux il est vrai, les médecins traitaient indifféremment les blessés des deux camps. En dehors des combats, ils donnaient, c'était dans leur nature et c'était leur devoir, des soins aux habitants à commencer par les notables. C'était aussi leur intérêt de se protéger en instituant, autoritairement s'il le fallait, des mesures d'hygiène dans des pays qui n'en avaient aucune notion. La lutte contre le péril fécal était la première mesure d'urgence. La pacification obtenue, des garnisons s'installèrent dans l'arrière pays, parfois à des milliers de kilomètres de la côte et à plusieurs semaines de marche du port de débarquement. La présence d'un médecin était indispensable pour traiter et maintenir la bonne santé physique et psychologique des garnisons. C'est ainsi que se créèrent en Afrique, à Madagascar et en Indochine les postes de cercles ou de provinces souvent appelés "Ambulance". Ils furent le début d'un maillage sanitaire. Des chefs aussi clairvoyants que le général Gallieni connaissaient pour les avoir vécus dans des conditions périlleuses les avantages d'une médecine tournée vers les populations autochtones (11). Un succès médical auprès d'un chef traditionnel ralliait une région entière, les soins aux populations les plus humbles enlevaient des sympathisants aux rebelles. Lyautey, le continuateur de Gallieni, écrivit : "donnez-moi quatre médecins, je vous rends quatre compagnies...". C'est dans ces conditions que le médecin colonial Alexandre Lasnet créa l'Assistance médicale indigène connue sous le sigle d'A.M.I. La médecine qui s'installait était révolutionnaire car elle était gratuite et accessible à tous, en avance sur les traditions libérales de la médecine métropolitaine. Mais elle avait l'inconvénient d'être directement liée aux ressources financières du territoire. Elle dépendait en grande partie des impôts perçus et du bon vouloir des autorités administratives qui avaient souvent d'autres priorités. Ces dispositions fiscales contraignantes appliquées aux indigènes entraînèrent un bouleversement des structures politiques traditionnelles locales. Elles aboutirent parfois à des rébellions souvent attisées par les "races nobles", qui voyaient leur position dominante diminuer par rapport aux "races captives" qui, elles, ne virent pas de changement par rapport à leur position antérieure.

Au début de la colonisation, ce maillage sanitaire n'occupait que 400 médecins et pharmaciens et, à l'apogée de l'empire, vers 1938, il ne dépassa pas 800. L'Indochine, la belle colonie, occupait le tiers des effectifs en service outre-mer puis venaient l'AOF et Madagascar, suivaient l'Océanie, la Nouvelle-Calédonie, la Guyane avec ses bagnards, les Antilles, sans oublier les établissements de l'Inde. Un cas à part était représenté par la Chine où de nombreux médecins coloniaux se sont illustrés. Le Maroc avait également un contingent de médecins coloniaux relativement important, mais chargés de la surveillance sanitaire des troupes noires auxiliaires de la colonisation, ils étaient peu employés auprès des populations locales. L'Algérie, qui, officiellement, n'était pas une colonie, était du domaine de l'Armée métropolitaine et la Tunisie celui des médecins de la Marine.

Non entièrement dépourvue mais parente pauvre était l'AEF. La colonie avait mauvaise réputation, le climat chaud et humide y était particulièrement malsain. Toutefois, c'est là que va se développer une des plus remarquables réalisations du Service de santé colonial. En effet la maladie du sommeil, affection endémique, commençait à se propager de façon inquiétante sur un mode épidémique, favorisée par l'extension des voies de communication. Jamot engagea le combat. Il mit sur pied une médecine offensive et itinérante innovante qui vint compléter l'A.M.I. Elle était constituée d'équipes médicales mobi-

les qui, sous la conduite d'un médecin, sillonnaient les contrées atteintes et les subdivisaient en secteurs. Ces équipes poussées par la nécessité adoptèrent une stratégie autoritaire imposant des rassemblements de populations, l'examen de dépistage de tous les individus sans exception, l'examen du sang au microscope, la ponction des ganglions des suspects et la ponction lombaire si jugée nécessaire, le marquage des malades, l'administration du traitement, le fichage et le contrôle strict des malades traités. Dans une formule qui se voulait spectaculaire Jamot dit : "je réveillerai la race noire !". Les résultats sanitaires furent remarquables. Le modèle Jamot fut appliqué contre d'autres maladies endémo-épidémiques : la lèpre, l'onchocercose, le trachome, plus tard la rougeole et la méningite cérébrospinale. L'efficacité de ces campagnes, auxquelles on a reproché, après les indépendances, le caractère coercitif, reposa sur une mystique du service que Gaston Muraz, Richet et Labusquière, héritiers de Jamot, surent insuffler aux médecins et infirmiers qui composaient les équipes des grandes endémies (10).

Les grands hôpitaux

Dans les grandes villes côtières naquirent des hôpitaux à grande capacité d'accueil ; à la fin de la colonisation ils n'avaient rien à envier aux hôpitaux métropolitains de l'époque. D'abord destinés aux Européens militaires et civils, rapidement ils s'ouvrirent aux personnalités autochtones. De grands hôpitaux furent créés pour les populations indigènes des classes sociales inférieures. Tous étaient dotés de laboratoires radiologiques et biologiques performants. Aux côtés des médecins, les pharmaciens coloniaux installèrent les pharmacies d'approvisionnement et étudièrent la flore et les pharmacopées indigènes. Le Service de Santé colonial eut la chance de rencontrer un homme exceptionnel, ancien médecin de la Marine ayant opté pour le service colonial : Albert Calmette (1863-1933). À Saigon (1891-1894) il créa le premier Institut Pasteur d'outre-mer. Il fut à l'origine de sérums antivenimeux et surtout en 1921 avec Guérin il mit au point la vaccination antituberculeuse par le BCG. Il recruta Yersin qui sera son successeur en Indochine et devint le découvreur du bacille de la peste à Hong Kong. Retourné à la vie civile, fondateur de l'Institut Pasteur de Lille, Calmette resta toute sa vie le protecteur et le conseiller des médecins militaires coloniaux (4). Il favorisera l'implantation de nombreux instituts Pasteur aux quatre coins de la planète et contribuera puissamment à augmenter le prestige de la France qui défendait son rang de grande puissance face aux Anglais, aux Allemands et face à la puissance envahissante des Japonais en Extrême-Orient.

Aux impératifs politiques permanents s'ajoutèrent dans les années 30 des impératifs économiques : il convenait d'exploiter les richesses en matières premières de l'empire. Cela supposait avoir une force de travail. Celle-ci reposait fondamentalement sur la force musculaire des hommes, le meilleur des moteurs énergétiques, celui qui dure le plus longtemps si on en prend soin et qui est reprogrammable si nécessaire. De plus, une population nombreuse et en bonne santé augmentait la demande des biens de consommation manufacturés en métropole et qui étaient protégés par le pacte colonial. Cette nécessité s'imposa surtout en Afrique noire, territoire le moins peuplé mais réputé potentiellement riche. Il fallait impérativement faire chuter la mortalité, surtout la mortalité infantile qui était effroyable. Dans cette stratégie, le médecin colonial, instrumenté par le pouvoir politique, occupa un rôle de premier plan. Il devait être efficace et au moindre coût. La faiblesse des effectifs sanitaires perdura, expliquée en grande partie par les choix budgétaires gouvernementaux. Non seulement le métier était dangereux, (dans la génération des pionniers la mortalité a pu atteindre 30 % des effectifs de certaines promotions) mais

il était relativement mal payé ; ceci était encore plus vrai pour les médecins civils qui, après de longues et coûteuses études, auraient été tentés par ces contrées insalubres bien décrites par Céline en 1932 (5). Seuls les médecins militaires étaient disponibles. La création des écoles de médecine autochtones pallia en partie la difficulté. Le recrutement des élèves se fit par concours parmi les autochtones les plus intellectuellement doués. La création des écoles de médecine s'accompagna de la création d'écoles de sages-femmes et de multiples écoles d'infirmiers. Encore fallait-il en amont avoir des individus formés par un enseignement de qualité. L'école de médecine de Pondichéry fondée en 1863 par des médecins de la Marine sur ce vestige de l'éphémère empire des Indes françaises servit de modèle. Gallieni favorisa le développement de l'école de médecine à Tananarive dès 1896 ; ailleurs des écoles s'ouvrirent à Hanoï en Indochine, à Tien-tsin, à Shanghai et à Canton en Chine et enfin à Dakar en 1918.

Les découvertes médicales se multipliant au cours de la première moitié du XX^{ème} siècle, les spécificités pathologiques amenèrent à la création d'Instituts spécialisés. Implanté au milieu de l'endémie lépreuse, un Institut fut fondé en 1935 à Bamako, en 1944 il devint l'Institut Marchoux prenant le nom du médecin militaire colonial qui avait pris une part déterminante dans la lutte contre la lèpre. A Bobo-Dioulasso un organisme d'études des grandes endémies, le Centre Muraz, fut créé. En 1947 un Institut ophtalmologique tropical en Afrique fut fondé à Bamako pour lutter contre la cécité due à l'onchocercose et au trachome. Enfin, pour lutter contre la malnutrition, des médecins et de nombreux pharmaciens coloniaux participèrent à la création de l'ORANA (Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique). Nombreux furent les médecins militaires coloniaux qui participèrent à des organismes internationaux fondés après la seconde guerre mondiale : l'ORSTOM devenu IRD ; l'UNICEF. Certains ont occupé des postes de responsabilité importants au Musée de l'Homme et au Muséum d'histoire naturelle.

Le médecin colonial combattant

Les troupes coloniales considérées comme des troupes d'élite participèrent aux deux grandes guerres mondiales et les médecins militaires coloniaux les accompagnèrent. En 1914 elles furent engagées, dès les premiers jours, dans les malheureuses offensives de Lorraine et d'Alsace, puis elles furent de tous les combats de la frontière suisse à la mer du nord jusqu'à la victoire de 1918. Elles constituèrent le noyau dur des combattants de "l'Armée d'Orient" des Dardanelles et de Salonique. Le médecin colonial partagea le sort de ses "Marsouins", de ses tirailleurs "Sénégalais" et de ses tirailleurs "Marocains" et "Algériens" et de ceux du Pacifique. Tous les médecins qui étaient aux colonies vinrent en France et ceux qui étaient de France en 1914 vinrent relever ceux qui étaient aux colonies en Afrique, en Asie, à Madagascar et en Guyane. Il convenait de garder les territoires dans un bon état sanitaire et d'assurer aussi le recrutement de la "force noire" pour les combats en Europe. Les médecins coloniaux accompagnèrent au combat les troupes qu'ils avaient recrutées ; plusieurs y trouvèrent la mort.

Vingt ans plus tard, la défaite de la France en 1940 face à l'Allemagne hitlérienne, marqua un tournant radical dans l'histoire des médecins coloniaux. Ceux qui se trouvaient outre-mer à l'ouest d'une ligne verticale passant par Tunis restèrent fidèles au gouvernement de Vichy jusqu'en novembre 1942, ceux qui étaient à l'est de cette ligne se rangèrent au côté du général de Gaulle et de la France libre dès 1940 (6). Après le débarquement américain au Maroc en novembre 1942, les coloniaux qui étaient hors de France

furent à nouveau réunis et combattirent avec l'armée d'Afrique pour la libération du pays. Parmi ces médecins militaires coloniaux on compte dix-huit "Compagnons de la Libération". Ceux qui étaient en Indochine, coupée de la France depuis 1941, subirent les pires privations et la terrible agression des Japonais du 9 mars 1945. De nombreux noms se retrouvent sur le monument aux morts de l'École de "Santé Navale".

Puis ce fut la malheureuse guerre d'Indochine où 57 médecins coloniaux, Navalais ou Lyonnais, trouvèrent la mort (9) ; en 1954, après la bataille de Dien Bien Phu, grâce aux liens particuliers que les médecins du Vietminh, ses anciens élèves, avaient avec le médecin colonel Pierre Huard, professeur à la Faculté de médecine d'Hanoi, des blessés français grièvement atteints purent être évacués (1). Ils échappèrent ainsi à une mort certaine dans les camps d'internement où, en quelques mois, la mortalité dépassa 75 % chez les soldats français encore valides faits prisonniers. Puis ce fut la guerre d'Algérie ; 69 médecins en furent les victimes dont plusieurs coloniaux. En 1960, les colonies d'Afrique Noire et Madagascar accédèrent à l'indépendance. En Afrique Noire la décolonisation se fit dans d'assez bonnes conditions. S'il y eut quelques blessures d'amour-propre surtout ressenties par les plus anciens, les jeunes médecins n'en souffrirent pas. Une page était tournée. Les médecins militaires coloniaux français, devenus "coopérants", continuèrent à être entourés du respect et de l'amitié de la population alors que leur action commençait déjà à être dénigrée en France.

Le "legs" : au moment des indépendances, la France laissait, tout en continuant à en assurer le fonctionnement financier en hommes et matériel : 41 grands hôpitaux ; 593 hôpitaux secondaires ; 350 hyposeries et léproseries ; 5000 dispensaires ; 3000 maternités.

Les grands fléaux endémiques et épidémiques étaient sous contrôle; la variole éradiquée au point que la vaccination contre cette redoutable maladie n'est plus pratiquée. En 1992 le Centers for disease control and prevention d'Atlanta a officiellement reconnu le rôle déterminant de l'École du Pharo dans cette éradication. La population était passée de 35 millions à plus de 100 millions d'habitants.

On ajoutera au bilan plusieurs Facultés de Médecine qui se sont pérennisées : Tananarive, Hanoi, Saigon, Dakar, Abidjan ; plusieurs Centres de Recherche : le "Pharo", le Centre Muraz, l'Institut Marchoux, le I.O.T.A, l'O.R.A.N.A et les 14 Instituts Pasteur d'outre-mer (16). On estime qu'environ 800 médecins autochtones ont été formés par ces écoles de médecine autochtones. Plusieurs de ces médecins sont devenus des hommes politiques connus. Un des plus prestigieux a écrit : "Je garde une indéfectible reconnaissance à ces officiers du service de santé d'outre-mer qui ont œuvré avec tant de courage et de dévouement au service des populations d'Afrique noire. Ils nous ont formés à nos responsabilités dans la rigueur et la discipline" (F. Houphouët-Boigny président de la république de Côte d'Ivoire, 1978) (2).



« La récompense ».
médecin colonel Aubaile,
Madagascar 1968.
(Archives ASNOM)

L'œuvre des 5000 officiers médecins, des 400 officiers pharmaciens, des 200 officiers d'administration coloniaux eut un coût : 400 sont morts «victimes du devoir », beaucoup y perdirent des enfants et des compagnes.

L'homo medicus colonicus gallicus

Longtemps le médecin militaire colonial fut traité avec les égards qui correspondaient à son rang d'officier, en particulier lors des voyages sur les bateaux. Il goûta aux charmes et agréments de la vie en pays exotique, ce qui n'était pas toujours sans danger. Affecté en brousse, célibataire ou jeune marié, il vivait dans des conditions très rudimentaires ; pourtant ses séjours en brousse lui ont laissé des souvenirs impérissables qu'il lui est difficile de faire partager à ses compatriotes métropolitains. Il lui fallait circuler pour les besoins du métier ; les rencontres pouvaient être imprévues et les aventures innombrables. En service 365 jours par an, de jour et de nuit, il lui fallait décompresser et, une ou deux fois par an, il se réunissait avec des camarades et ils se donnaient des fêtes qu'ils appelaient «dégagements». Lors des cérémonies officielles, il savait tenir son rang et, en société, il avait conscience d'être le représentant de son pays, la France. Ce médecin colonial n'exerça pas son art uniquement sous les tropiques, deux d'entre eux étaient en permanence affectés à Saint-Pierre et Miquelon, un des derniers vestiges du premier empire colonial d'Amérique. D'autres, pour des raisons diverses, partirent vers les îles australes et les cinquantièmes rugissants. Ce médecin militaire, partie intégrante du système colonial, assurait aussi des fonctions auprès des services judiciaires et pénitenciers indigènes et européens ; des témoignages montrent qu'il en atténua les rudesses, en particulier à la Guyane auprès des bagnards (12).

Deux mots caractérisent ce médecin particulier produit des circonstances et d'une époque. Le premier mot est «ambiguïté». Ce médecin est le reflet des ambiguïtés sociologiques liées au système colonial : plus ou moins militaire chez les civils, il fut plus ou moins civil chez les militaires. Aristocrate chez les riches, il resta pauvre chez les pauvres. Efficace et peu cher, il multiplia la force de travail de l'Empire sous le couvert d'une mission humanitaire et philanthropique, tout en restant l'agent direct d'une politique et indirect d'une économie. Le personnage a aussi ses ambiguïtés psychologiques : il fut d'abord travailleur, dévoué et il fit preuve d'esprit d'initiative. Curieux et adaptable, désintéressé, il fut endurant physiquement et moralement. Il resta très attaché à sa condition militaire et à son uniforme. Il fut fidèle en amitié. Parmi ses défauts, qui peuvent parfois se transformer pour certains d'entre eux en qualités, on retiendra : l'anticonformiste, le goût de l'indépendance, le goût de la provocation. Il aima cultiver sa différence. Son instabilité affective était notoire. Comme les grognards de jadis il était râleur, volontiers frondeur et ombrageux, souvent brutal dans sa manière d'exprimer sans détour ses opinions.

Le second mot qui le caractérise est un mot anglais. Il fut utilisé par le Professeur B.B. Waddy, de la Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene de Londres, qui a longtemps fréquenté en Afrique de l'Ouest les médecins militaires coloniaux français. Il leur rend un hommage chaleureux dans le «Times» en 1962 et avec un humour tout britannique, il emploie pour les désigner la locution de «battalion of eccentrics», ce qui doit bien sûr se traduire par atypique et original (16).

Sa réussite sur le plan professionnel médical ne semble pas pouvoir être raisonnablement contestée. Elle a reposé sur la qualité des hommes sélectionnés par un concours d'entrée difficile et sur les vertus d'un système qui comportait : l'Unité de doctrine,

l'Unité de commandement dans une structure hiérarchisée, le Contrôle permanent de l'action menée sur le terrain, la Continuité de l'effort, la Souplesse dans l'exécution. Cette réussite n'aurait pas été possible sans un esprit de corps et une camaraderie à toute épreuve. Les survivants de cette époque ont le sentiment d'avoir appartenu à un groupe qui a vécu une aventure exceptionnelle, sentiment souvent teinté avec l'âge et le temps passé de nostalgie pour une jeunesse envolée et parfois aussi, pour certains, d'une certaine amertume de voir leur œuvre dégradée, dénigrée ou simplement occultée (7). Suivant le précepte du grand Percy, ces médecins militaires coloniaux n'eurent pour but que de servir leur pays et l'Humanité au travers de l'individu souffrant. Fidèles à la devise de leur École, ils restèrent sur mer et au-delà des mers toujours au service des hommes. Sans ciller ils peuvent, comme le fit en 1979 Maurice Payet, premier doyen de la faculté de médecine de Dakar, poser une simple question à ceux qui les critiqueraient : avec si peu de moyens matériels et si peu d'effectifs : "Qui a fait mieux et où ?" (16).

NOTES

- (1) ACCOCE Pierre - *Médecins à Dien Bien Phu*, Paris, Presses de la Cité, 1992, 239 p.
- (2) A.S.N.O.M. (site internet) - *L'œuvre humanitaire du corps de santé colonial*, www.asnom.org.
- (3) BRAU P. - *Trois siècles de médecine coloniale française*, Vigot, Paris, 1931, 208 p.
- (4) CALMETTE Albert - Fonds d'archives Albert Calmette. Institut Pasteur, Service des Archives.
- (5) CÉLINE Louis-Ferdinand - *Voyage au bout de la nuit* (illustré par Tardi), Paris, Gallimard 1997, 382 p. (1ère éd. Denoël et Steele, Paris, 1932).
- (6) CHAULIAC Guy - *Le Service de Santé de la France libre (1940 à 1943)*, Paris, Mercure graphic 1994, 243 p.,
- (7) CLAPIER-VALADON Simone - *Les médecins français d'outre-mer*, Anthropos, Paris, 1982, 280p.
- (8) COULANGES P. - "Cinquantième du vaccin antipesteux EV (Girard et Robic)", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1982, p. 114-120.
- (9) DELAHOUSSE Jacques et HÉRAUT Louis-Armand - En mémoire des officiers du service de Santé victimes des guerres françaises d'Indochine, *Médecine et Armées*, 2003, 31, 6, 555-564.
- (10) DOMERGUE-CLOAREC Danielle - *La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, Académie des sciences d'outre-mer, Paris, 1986, 587 p.
- (11) GALLIENI Joseph - "Exploration du haut Niger" *Le tour du monde nouveau journal des voyages*, Paris, Hachette, 1882, 44, p. 257-320 ; et 1883, 45, p. 113-208.
- (12) JACQUELIN Claire - *Aux bagnes de Guyane. Forçats et médecins (dessins et témoignages)*, Maisonneuve et Larose, Paris, 2002, 208 p.
- (13) HÉRAUT Louis-Armand - "Gerald Mesny", *Bull. ASNOM*, décembre 2004, n°106, 47-51.
- (14) *id.* "Pharo 1907 : origines et devenir des médecins et pharmaciens de la première promotion", *Méd. Trop.* 2005, 65, p. 213-218.
- (15) HILLEMANT Bernard - "L'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire en 1861", *Histoire des sciences médicales*, 2006, T. XL, n°1, p. 23- 36.
- (16) LAPEYSSONNIE Léon - *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Seghers, Paris, 1988, 310 p.
- (17) LAVERAN Alphonse - Fonds Alphonse Laveran (1845-1922). Institut Pasteur, Paris.
- (18) L'École du Pharo - *L'École du Pharo cent ans de médecine outre-mer 1905-2005* (Ouvrage collectif), Lavauzelle, Paris, 2005, 228 p.
- (19) L'École de Santé Navale - *Une École centenaire 1890-1990*, La Nef, Bordeaux, 1990, 151 p.
- (20) LE MOAL Victor - Dossier 4YE 516, Service Historique de l'Armée de Terre (SHAT), Château de Vincennes, BP 107, 00481 ARMÉES.

- (21) LIAUZU Claude - *Colonisation : droit d'inventaire*, Armand Colin, Paris, 2004, 352 p.
- (22) MARTIN Gustave, LEBŒUF Alexandre et ROUBAUD Émile - *La maladie du sommeil au Congo français*, Paris, Masson, 1909, 712 p.
- (23) MATHIS Constant - *L'œuvre des pastoriens en Afrique noire*, PUF, Paris, 1946, 580 p.
- (24) MILLELIRI J.M. et DEROO E. - "Joseph Chabaneix (1870-1913)", *Méd. Trop.*, 2005, 65, 285-289
- (25) MOULIN Anne-Marie - "La peste reste une menace sérieuse", *L'Histoire*, 2006, 310, 54-57.
- (26) PLUCHON Pierre - *Histoire des médecins et pharmaciens des colonies*, Privat, Toulouse, 1985, 430p., ISBN 27089.5322.2.
- (27) RAMON G. et ZOELLER C. - "L'anatoxine tétanique et l'immunisation active de l'homme vis-à-vis du tétanos", *Ann. Inst. Pasteur* 1927, 41, p. 803-833.
- (28) SIMOND Paul-Louis - "La propagation de la peste", *Ann.Inst.Pasteur* (Paris) 1898,12, 625-687.
- (29) SIMOND Paul-Louis - Fonds Simond, Bibliothèque Institut Pasteur, Paris.
- (30) VAN HEININGEN Teunis Willem - "De la contagiosité de la fièvre jaune aux Pays-Bas entre 1820 et 1825", *Histoire des sciences médicales*, 2006, T. XL, 1, 9-22.
- (31) YERSIN Alexandre - "La peste bubonique à Hong Kong", *Ann. Inst. Pasteur*, 1894, VIII, p. 662-667. Et "La peste bubonique à Hong Kong", *Archives de Médecine Navale*, 1894, 62, p. 256-261.

RÉSUMÉ

La médecine coloniale militaire française s'est exercée de 1890 à 1968 dans des pays tropicaux d'Afrique, d'Asie et d'Amérique où tout était à créer. Les médecins et pharmaciens issus des Ecoles de santé militaire de Bordeaux et de Lyon se dispersèrent sur 11 millions de km² pour y combattre les grands fléaux endémo-épidémiques qui ravageaient les populations. Aux postes de brousse médicaux fixes s'ajouta une médecine prospective itinérante qui alla au cœur des foyers endémiques. Parallèlement, des hôpitaux furent créés dans les grands centres urbains. Pour pallier le déficit des effectifs sanitaires, des écoles de médecine autochtones naquirent qui, plus tard, se pérennisèrent en Facultés. Des centres de recherches spécifiques et 14 instituts Pasteur d'outre-mer complétèrent le dispositif sanitaire. Les résultats furent d'autant plus remarquables qu'ils furent obtenus avec des moyens restreints. Du fait de leur condition militaire, les médecins et pharmaciens participèrent aux deux grands conflits mondiaux et à toutes les guerres coloniales. Produit des circonstances et d'une époque, le médecin colonial eut un profil particulier, conséquence de l'ambiguïté de ses fonctions à la fois civiles et militaires ; ses conditions de vie l'ont rendu différent de ses confrères militaires et civils métropolitains.

SUMMARY

The French colonial medicine lasted from 1890 to 1968 in the tropical countries of Africa, Asia and America. The Medical Doctors and Pharmacists went from the military schools of Bordeaux and Lyon and worked upon 11 millions km² to fight against the big endemic and contagious scourges within the local populations. Beside an itinerant medicine, some medical posts were created in the bush and some hospitals were built in the towns. Later some autochthonous schools were created and became Faculties of Medicine. 14 institutes of Pasteur made up the organisation. As the Medical Doctors and the Pharmacists were military they participated in the two World Wars and the colonial wars. As the product of an epoch, the colonial M.D. was also, the consequence of the ambiguity of his civilian and military status.

Translation : C. Gaudiot