SOMMAIRE

Dossier thématique : GUERRE, MALADIE, EMPIRE

Roberto ZAUGG, Guerre, maladie et empire. Les services de santé militaires en situation coloniale pendant le long XIXe siècle 9

Roberto ZAUGG et Andrea GRAF, Guerres napoléoniennes, savoirs médicaux, anthropologie raciale. Le médecin militaire Antonio Savaresi entre Égypte, Caraïbes et Italie 17

Pierre NOBI, Officiers de santé et soignantes créoles face à la fièvre jaune. Co-construction de savoirs médicaux dans le cadre de l'expédition de Saint-Domingue (1802-1803) 45

Philipp TEICHFISCHER, Transnational entanglements in colonial medicine. German medical practitioners as members of the health service in the Dutch East Indies (1816–1884) 63

Sílvio Marcus de Souza CORREA, Contre des « ennemis invisibles ». Récits de deux médecins militaires sur le Sud-Ouest africain allemand (1904-1905) 79

COMPTES RENDUS

Caroline HUSQUIN
COURTIL Jean-Christophe, *Sapientia contemptrix doloris : Le corps souffrant dans l'œuvre philosophique de Sénèque* 97

Olivier FAURE
DEPLAUDE Marc-Olivier, *La hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine* 100

Clarisse COULOMB
LARGUIER Gilbert (dir.), *Questions de santé sur les bords de la Méditerranée : Malades, soignants, hôpitaux, représentations en Roussillon, Languedoc et Provence (XVIe-XVIIIe siècle)* 105

RÉSUMÉS / ABSTRACTS 107

HISTOIRE, MÉDECINE ET SANTÉ n° 10, p. 9-16.

Roberto ZAUGG*

Guerre, maladie, empire. Les services de santé militaires en situation coloniale pendant le long XIX^{e} siècle

Lors des guerres de l'époque moderne, les pertes causées par des blessures restèrent – constamment et drastiquement – au-dessous des morts dues à des maladies[1], parmi lesquelles la dysenterie, la diarrhée et les fièvres typhoïdes avaient un rôle particulièrement dévastateur[2]. La concentration d'un grand nombre d'hommes (et de femmes accompagnant les troupes) dans des conditions hygiéniques précaires favorisait la contagion et faisait des armées et des escadres navales de véritables vecteurs épidémiologiques, aux conséquences souvent lourdes

* Roberto Zaugg est chercheur en histoire moderne à l'Université de Lausanne. Diplômé de l'Université de Florence et titulaire d'un doctorat de l'Université de Naples Federico II, il a enseigné pendant plusieurs années à l'Université de Bâle et au Centre d'histoire de Sciences Po. Il s'intéresse aux pratiques et institutions du commerce méditerranéen et atlantique, aux écritures autobiographiques, aux transferts culturels et migrations, ainsi qu'aux relations euro-africaines. Contact : roberto.zaugg@unil.ch

Ce numéro thématique est le résultat de la journée d'étude « Santé militaire, santé coloniale. Guerres, maladies et empires au XIX^{e} siècle » (Château de Vincennes, 6 fév. 2015), organisée avec le soutien du Service Historique de la Défense et du Centre d'Histoire de Sciences Po. Je voudrais exprimer ma reconnaissance au Colonel Jean Pérez et à ses collaborateurs pour leur soutien et hospitalité, ainsi qu'à Agnès Chablat-Beylot, Jean-François Chanet, Claire Fredj, Nahema Hanafi, Guillaume Lachenal, François Regourd et Jakob Vogel qui, avec leurs conseils et interventions, ont contribué à la réussite de cet évènement.

[1] GUÉRY Alain, « Les comptes de la mort vague après la guerre. Pertes de guerre et conjoncture du phénomène guerre, XVII^{e}-XIX^{e} siècles », *Histoire & Mesure*, 6, 1991, p. 289-312.

[2] COOK Gordon Charles, « Influence of Diarrhoeal Disease on Military and Naval campaigns », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 2001, p. 95-97 ; SMALLMAN-RAYNOR Matthew R., CLIFF Andrew D., *War Epidemics. An Historical Geography of Infectious Diseases in Military Conflicts and Civil Strife, 1850-2000*, Oxford, 2004, p. 83-86.

pour les populations civiles. L'inversion de cette tendance ne fut pas rapide. Tout au long du XIX[e] siècle, les facteurs pathologiques continuèrent à représenter un défi de premier ordre pour les forces armées des pays occidentaux. Au cours des guerres révolutionnaires et napoléoniennes, la marine militaire britannique perdit 92 386 hommes : 6 663 à cause d'accidents, 13 621 à bord de vaisseaux détruits ou coulés et 72 102 de pathologies. Dans la guerre de Crimée, 20 240 Français moururent sur les champs de bataille ou à la suite de blessures, tandis que 75 375 hommes périrent de maladie[3]. Quant aux États-Unis, ce n'est qu'avec la Seconde Guerre mondiale que la mortalité due aux combats surmonta celle déterminée par des facteurs épidémiologiques. Même pendant leur courte participation à la Grande Guerre, plus d'Américains furent frappés fatalement par les maladies (et notamment par la grippe espagnole) que par le plomb[4].

Cependant, les ressources disponibles pour le soin des troupes restèrent longtemps limitées. Certes, dans le cadre du développement des armées de métier, les gouvernements des grandes monarchies de l'Ancien Régime reconnurent progressivement la nécessité de professionnaliser les services sanitaires – largement formés par des chirurgiens – et entreprirent les premiers pas dans cette direction. Toutefois les résultats atteints demeurèrent généralement fragiles, et les liens avec la formation académique faibles.

À partir des guerres révolutionnaires et napoléoniennes, les besoins des nouvelles armées de masse entraînèrent des réformes visant à renforcer les services sanitaires des forces armées, à standardiser la formation des officiers de santé et à favoriser l'échange entre ceux-ci et la médecine académique. Or, comme l'ont montré en détail les travaux de Philip Curtin et John McNeill[5], la question médicale se posait d'une façon particulièrement drastique dans les régions dites « tropicales », où les troupes européennes avaient depuis longtemps tendance à être décimées par des maladies auxquelles les individus issus des métropoles n'étaient pas immunisés. Par conséquent, la présence militaire dans les colonies comportait des coûts élevés, à la fois en termes humains et budgétaires. De manière générale, les facteurs pathologiques conditionnèrent pendant des siècles, non seulement la capacité des forces armées à contrôler des territoires et à mener des opérations de combat, mais aussi l'installation de colons et donc le développement des sociétés coloniales.

---

[3] GUÉRY, « Les comptes », *op. cit.,* p. 307 et 308.

[4] BYERLY Carol R., « War Losses (USA) », *1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*, Berlin, 8 août 2014, http://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/war_losses_usa.

[5] CURTIN Philip D., *Death by Migration. Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge UP, 1989 ; *Idem, Disease and Empire. The Health of European Troops in the Conquest of Africa*, Cambridge, Cambridge UP, 1998 ; McNEILL John R., *Mosquito Empires. Ecology and War in the Greater Caribbean 1620-1914*, Cambridge, Cambridge UP, 2010. Le titre de ce numéro thématique est bien sûr un hommage aux travaux de Curtin.

À ce propos, le XIXe siècle constitua sous différents aspects une période de transition. À la suite de l'indépendance de la vaste majorité des colonies américaines, d'un côté, et de l'expansion territoriale en Afrique et en Asie, de l'autre, la géographie des empires coloniaux européens fut reconfigurée. En outre, tandis qu'à l'époque moderne la plupart des nouveaux arrivants au Nouveau Monde étaient des esclaves africains, le XIXe siècle se caractérisa par des émigrations de dimensions inédites en provenance du subcontinent européen – qui d'ailleurs ne se dirigèrent pas uniquement vers les Amériques, mais aussi vers les nouvelles colonies africaines et asiatiques. Dans ce cadre, les taux de mortalité parmi les migrants européens en Outre-Mer baissèrent radicalement : grâce à l'intensification des mesures hygiéniques (assainissement, traitement de l'eau…) et des progrès pharmaceutiques (quinine), la « relation épidémiologique entre l'Europe et le reste du monde » se transforma profondément[6]. Et à partir des années 1880, la « médecine tropicale » – dont l'étiologie fut notamment marquée par la récente révolution microbiologique – s'affirma comme un champ scientifique autonome, avec ses propres réseaux, ses revues et ses instituts de recherche[7].

Dans un contexte caractérisé par des interconnexions étroites entre politiques impériales et sciences, la médecine joua un rôle de premier ordre pour la mise en œuvre du projet colonial[8]. Tout d'abord, il s'agissait de créer des conditions favorables au stationnement des troupes. L'« aptitude aux tropiques » des militaires – « blancs » et « indigènes » – fut d'ailleurs une question médico-biologique intensément débattue parmi les médecins, les scientifiques et les fonctionnaires d'État[9]. Le développement d'infrastructures sanitaires constitua ensuite une démarche indispensable pour permettre la création de « petites Europes » pour les administrateurs, les entrepreneurs et les colons, en renforçant ainsi l'emprise sur le territoire des colonies. Finalement, les puissances impériales commencèrent peu à peu – et surtout après la Première Guerre mondiale – à mettre en place des services sanitaires pour les « indigènes ». Dotées de ressources nettement inférieures à celles

---

[6] CURTIN, *Death*, *op. cit.*, p. 1

[7] NEILL Deborah J., *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*, Stanford, Stanford UP, 2012, ch. 1.

[8] Cf., à titre d'exemple, MACLEOD Roy (dir.), « Nature and Empire. Science and the Colonial Enterprise », *Osiris*, 15, 2000, sur le lien science-colonialisme, ainsi que les études de cas de ARNOLD David, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley, University of California Press, 1993 ; ECKART Wolfgang U., *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*, Paderborn, Schöningh, 1997 ; MONNAIS-ROUSSELOT Laurence, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise (1860-1939)*, Paris, C.N.R.S., 1999.

[9] HARTMANN Heinrich, « Soldaten in den Tropen, Soldaten aus den Tropen. Neudefinitionen der Wehrkraft im kolonialen Kontext zwischen 1884 und 1914 », dans CHATRIOT Alain et GOSEWINKEL Dieter (dir.), *Koloniale Politik und Praktiken Deutschlands und Frankreichs 1880-1962*, Wiesbaden, Steiner, 2010, p. 223-246.

destinées aux Européens, ces structures et leurs offres – vis-à-vis desquelles l'attitude des colonisés oscillait entre refus et appropriation – eurent tendance à augmenter la complexité du pluralisme médical des régions extra-européennes[10].

Aux yeux de certains fonctionnaires réformateurs, hantés par des « anxiétés de dépeuplement »[11], élargir les bienfaits du progrès scientifique aux peuples conquis était un moyen d'augmenter la population apte au travail et donc la productivité économique des colonies. La médecine était censée incarner la « mission civilisatrice » et faisait partie de l'autoreprésentation du colonialisme. Hôpitaux, médecins, infirmières et patients non-européens devinrent de grands sujets photographiques[12]. Ce fut de la propagande colonialiste que cet imaginaire philanthropique et paternaliste – ensuite repris par le marketing des organisations d'aide au développement et dont le *topos* le plus fort est probablement celui du docteur blanc qui soigne l'enfant noir nécessiteux – tira son origine.

Ce n'est donc pas un hasard si la médecine coloniale continue à faire l'objet de visions et jugements divergents. L'historiographie produite par des médecins militaires a notamment tendance à reprendre le discours véhiculé par les mémoires des anciens officiers de santé mettant souvent l'accent sur l'abnégation de ceux qui avaient passé des années, voire des décennies, dans la « brousse » et sur « le rôle positif de la médecine militaire en Afrique »[13]. André Audoynaud, par exemple, estime que les médecins des armées furent « le fer de lance de l'action civilisatrice et humanitaire de la France, […] à qui revient, sans nul doute, le mérite d'avoir 'porté la science au pays des Bantous' »[14]. Diverses études universitaires récentes sont bien plus nuancées quant aux résultats produits par la médecine occidentale dans les colonies, soulignant aussi les liens entre doctrines médicales, théories raciales et ségrégation urbaine, ainsi que le caractère irrationnel et coercitif de certaines campagnes médicales[15].

---

[10] Pour un cas d'étude, cf. AU Sokhieng, *Mixed Medicines. Health and Culture in French Colonial Cambodia*, Chicago, University of Chicago Press, 2011.

[11] COGHE Samuël, « Tensions of Colonial Demography. Depopulation Anxieties and Population Statistics in Interwar Angola », *Contemporanea*, 18, 2015, p. 472-478 ; voir également LINDNER Ulrike, « The Transfer of European Social Policy Concepts to Tropical Africa, 1900-1950. The Example of Maternal and Child Welfare », *Journal of Global History*, 9, 2014, p. 208-231.

[12] BASTOS Cristiana, « Palácios, palhotas e pedras recicladas. Materialidades da assistência médica colonial », dans DIOGO Maria Paula et AMARAL Isabel Maria (dir.), *A outra face do império. Ciência, tecnologia e medicina (sécs. XIX-XX)*, Lisboa, Colibri, 2013, p. 163-182.

[13] AUDOYNAUD André, *Éloge de la médecine coloniale. Regard sur la santé en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 9.

[14] *Ibidem*, p. 22.

[15] Cf. NEILL Deborah, *Networks, op. cit.* ; LA COUR GRANDMAISON Olivier, *L'empire des hygiénistes. Vivre aux colonies*, Paris, Fayard, 2014 ; LACHENAL Guillaume, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, 2014.

Ce numéro thématique aborde la question de la médecine coloniale à partir des services sanitaires des forces armées, dont le rôle en Outre-Mer était fondamental bien au-delà du moment de la conquête[16]. Les officiers de santé (médecins, chirurgiens, pharmaciens) occupèrent une position intermédiaire : insérés dans une organisation militaire, ils se trouvèrent clairement aux marges du monde académique et se sentirent souvent obligés de défendre leurs positions scientifiques et leurs décisions pratiques. En même temps, l'implication sur le « terrain » colonial leur conférait un accès empirique à l'environnement tropical bien supérieur à la majorité des chercheurs travaillant en métropole. Par conséquent, ils pouvaient se servir de cette « expérience » pour gagner en légitimité dans le champ scientifique, tout en utilisant la reconnaissance académique pour consolider leur position dans la hiérarchie militaire. En ce sens, les instituts de recherche et les forces armées étaient des espaces « de production, transmission et application de savoirs » qui fonctionnaient selon des logiques différentes, mais néanmoins souvent étroitement connectées[17]. Les activités scientifiques des officiers de santé ne se limitaient d'ailleurs pas à la médecine : en de nombreux cas, elles incluaient également la botanique, la zoologie et l'anthropologie.

En adoptant le cadre temporel du long XIX^e^ siècle, ce numéro propose une lecture conjointe d'évènements et de contextes géographiques éloignés – de l'expédition d'Égypte au génocide contre les Hereros et les Nama en passant par Saint-Domingue et les Indes orientales néerlandaises – qui sont souvent examinés dans des sous-champs historiographiques différents[18]. Cette chronologie d'étude permet en outre de saisir à la fois les éléments de rupture (au niveau des doctrines, de l'étiologie, de la prévention, des méthodes de recherche) et les continuités sur le long terme (préoccupations hygiéniques, connexions entre anthropologie raciale et médecine, tensions théoriques entre la notion essentialiste de « race » et celle plus dynamique d'« acclimatation ») entre la médecine pratiquée par les Européens dans les « zones torrides » avant la révolution microbiologique, d'une part, et la nouvelle médecine tropicale qui s'affirme pendant la phase culminante de l'impérialisme européen, d'autre part. L'étude de Sílvio Marcus de Souza Correa – fondée sur l'analyse de sources épistolaires et autobiographiques et visant à reconstruire l'expérience des militaires allemands dans l'actuelle Namibie – montre à cet égard que le changement paradigmatique qui s'était produit dans la science médicale avec la découverte du rôle pathogénique des micro-organismes et le dépassement de la

[16] Cf. notamment FREDJ Claire, « Du local au global. Les médecins militaires français, l'Algérie et les 'maladies des pays chauds' », *Gesnerus*, 72, 2015, p. 250-268.

[17] Cf. GERMANN Pascal et HARTMANN Heinrich (dir.), « Labor und Kaserne. Wissensgeschichtliche Perspektiven auf das Militär », *Gesnerus*, 72/2, 2015, p. 210.

[18] Pour des études diachroniques voir ARNOLD David (dir.), *Warm Climates and Western Medicine. The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*, Amsterdam, Rodopi, 1996 ; CHAKRABARTI Pratik, *Medicine and Empire. 1600-1960*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2014, surtout le chapitre 3.

théorie des miasmes n'avait pas déterminé, dans l'immédiat, un changement radical dans les perceptions subjectives des Européens en Outre-Mer. Dans les déserts de l'Afrique australe en 1904, comme un siècle auparavant dans les Antilles, l'environnement était toujours perçu comme une menace majeure et opaque : les maladies continuaient à être des « ennemis invisibles » redoutés contre lesquelles les médecins se sentaient souvent démunis.

Tout en étudiant des cas spécifiques – les empires allemand, français et néerlandais –, ce numéro thématique vise à surmonter une vision strictement nationale, en faisant émerger les formes de coopération inter-impériales et l'implication d'acteurs issus d'États sans colonies dans l'histoire du colonialisme européen[19]. Il s'insère ainsi dans un courant de recherche récent qui entend relire l'histoire des colonies dans une perspective trans-impériale. Ces travaux prouvent que les échanges (technologiques, culturels, légaux, migratoires…) entre les différents empires furent tout à fait intenses, à la fois au niveau métropolitain et en Outre-Mer[20]. Ces connexions et ces savoirs coloniaux ont récemment été conceptualisés comme un véritable « cloud impérial »[21]. À ce propos, l'article d'Andrea Graf et Roberto Zaugg sur Antonio Savaresi – un médecin napolitain qui passa des années au service des armées françaises en Égypte et à la Martinique et transféra ensuite les savoirs acquis pendant ses migrations dans son pays natal – met en évidence le potentiel d'une approche biographique pour ce chantier de recherche. L'étude de Philipp Teichfischer, quant à elle, montre à quel point les structures sanitaires dans les Indes orientales néerlandaises dépendaient de la possibilité de recruter des chirurgiens et médecins issus des États allemands : ceci souligne que les entrelacements entre le monde médical des territoires germanophones et la médecine coloniale précédèrent clairement l'unification nationale et la constitution de l'empire colonial allemand.

Les échanges n'eurent pas lieu uniquement entre acteurs et institutions de différents pays européens. Les relations entre colonisateurs et colonisés furent aussi marquées – dans les deux sens – par la transmission et l'appropriation sélective de

---

19 Sur ce dernier point, voir LÜTHI Barbara, FALK Francesca et PURTSCHERT Patricia (dir.), « Colonialism without Colonies. Examining Blank Spaces in Colonial Studies », *National Identities*, 18/1, 2016.

20 Cf. notamment BARTH Volker et CVETOVSKI Roland (dir.), *Imperial Co-operation and Transfer, 1870-1930. Empires and Encounters*, London, Bloomsbury, 2015. En ce qui concerne les questions sanitaires, cf. NEILL Deborah, *Networks, op. cit.* ; MERTENS Myriam et LACHENAL Guillaume, « The History of 'Belgian' Tropical Medicine from a Cross-Border Perspective », *Belgisch Tijdschrift voor Filologie en Geschiedenis*, 90, 2013, p. 12 ; COGHE Samuël, « Inter-Imperial Learning and African Health Care in Portuguese Angola in the Interwar Period », *Social History of Medicine*, 28, 2015, p. 134-154.

21 KAMISSEK Christoph et KREIENBAUM Jonas (dir.), « The Imperial Cloud », *Journal of Modern European History*, 14/2, 2016.

savoirs[22]. L'histoire de la médecine coloniale ne peut effectivement être conçue comme un transfert unilatéral des laboratoires métropolitains aux territoires conquis qui, en termes de savoirs médicaux, étaient d'ailleurs tout sauf des *terrae nullis*. Dotés de ressources infrastructurelles, pharmaceutiques et humaines limitées, les officiers de santé étaient souvent obligés de faire face à des maladies qu'ils ne connaissaient pas et dont l'étiologie représentait souvent une question irrésolue. Malgré l'adhésion de la plupart aux discours sur la supériorité « blanche » et leur participation active, pour nombre d'entre eux, à l'élaboration du racisme scientifique[23], l'appropriation (généralement fragmentaire, mais néanmoins significative) de savoirs « indigènes » – surtout dans la sphère phytothérapeutique – joua un rôle important dans la construction de la médecine coloniale[24].

Comme le montrent l'article sur Savaresi pour l'Égypte et surtout celui de Pierre Nobi sur les relations entre soignantes créoles et officiers de santé français pendant l'expédition de Saint-Domingue (1802-1803), ces échanges de savoirs eurent lieu dans le cadre de rapports de pouvoir caractérisés par de nettes asymétries : des asymétries qui se reflétèrent dans le savoir scientifique issu de ces transferts. Dans les traités rédigés par les officiers de santé, les éléments non-européens appropriés furent insérés dans des cadres théoriques définis par des doctrines médicales européennes, en effaçant ainsi les contextes épistémiques des acteurs médicaux arabes et antillais. De plus, le rôle des non-Européens dans cette co-construction, ainsi que le fait que les savoirs supposés « locaux » étaient souvent le résultat d'échanges inter-régionaux complexes, furent largement invisibilisés dans les écrits scientifiques européens : les actrices et les acteurs « indigènes » ne seraient que des porteurs d'un savoir « communautaire » que seul le scientifique (mâle) européen pouvait élever à la dignité de « science universelle ».

Les services de santé des forces armées forment donc une jonction entre différents aspects constitutifs de l'impérialisme : expansion militaire, emprise scientifique, politiques démographiques, propagande... Ils constituent également un champ d'enquête stratégique pour saisir les négociations sociales multipolaires et les

---

[22] Cf. RAJ Kapil, *Relocating Modern Science. Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe*, 1650-1900, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2007.

[23] Cf. notamment HARRIES Patrick, « Guerre, commerce et sciences. Biologie de la race en Afrique du Sud », dans BANCEL Nicolas, DAVID Thomas et THOMAS Dominic (dir.), *L'invention de la race. Des représentations scientifiques aux exhibitions populaires*, Paris, La Découverte, 2014, p. 189-202.

[24] Sur ces dynamiques, qui d'ailleurs étaient déjà bien présentes à l'époque précoloniale, cf. JUHÉ-BEAULATON Dominique et LAINE Agnès, « Processus d'acquisition et de transmission des ressources africaines dans les sources européennes du XVII[e] au XIX[e] siècle », *Outre-Mers*, 92, 2005, p. 47-78 ; BASTOS Cristiana, « Medical Hybridisms and Social Boundaries. Aspects of Portuguese Colonialism in Africa and India in the Nineteenth-Century », *Journal of Southern African Studies*, 33, 2007, p. 767-782 ; HAVIK Philip J., « Hybridising Medicine. Illness, Healing and the Dynamics of Reciprocal Exchange on the Upper Guinea Coast (West Africa) », *Medical History*, 60, 2016, p. 181-205.

compénétrations épistémiques qui marquent les expériences coloniales du XIXe siècle.