
Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe



Thermalisme et climatisme en Guadeloupe

Éric T. Jennings

Number 133, September–December 2002

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040758ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040758ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Société d'Histoire de la Guadeloupe

ISSN

0583-8266 (print)

2276-1993 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Jennings, É. T. (2002). Thermalisme et climatisme en Guadeloupe. *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, (133), 3–35.

<https://doi.org/10.7202/1040758ar>

Thermalisme et climatisme en Guadeloupe¹

par *Éric T. Jennings*
professeur d'histoire
université de Toronto (Canada)

Un pharmacien de la marine française étudiant les sources thermales de la Guadeloupe observait en 1864 :

« Par suite de l'incidence des rayons solaires qui, de l'extérieur de la maison, viennent frapper obliquement le pavé des piscines, le corps immergé des baigneurs prend une couleur blanche cadavérique. Cet effet est tellement prononcé qu'un nègre paraît blanc dans l'eau de ces bassins. »²

Cette remarque illustre certains des motifs du thermalisme colonial. Bien sûr, dans les colonies françaises on attribuait aux eaux les mêmes qualités curatives presque miraculeuses qu'en Europe. Mais, dans un cadre colonial, on leur prêtait également d'autres miracles. Elles avaient pour don de recréer la France outre-mer, offrant aux colons ayant le mal du pays des répliques en miniature de stations bourgeoises de loisir telles Vichy, Royat, Aix-les-Bains, Dax ou Bagnères-de-Bigorre³. Autrement dit, en tant qu'agents de francité, ces eaux reflétaient la mère patrie outre-mer. Un pharmacien pouvait ainsi imaginer qu'en immergeant un Guadeloupéen de couleur dans les eaux thermales locales, considérées alors

1. Cet article est paru en Anglais sous le titre « Curing the Colonizers : Highland Hydrotherapy in Guadeloupe » dans la revue *The Social History of Medicine*, 15 : 2, 2002, p. 229-261. Nous tenons à remercier les éditeurs de la *Social History of Medicine*, ainsi qu'Oxford University Press, de nous avoir accordé les droits de reproduction. L'auteur est reconnaissant à Chantal Bertrand-Jennings pour son aide dans la traduction.

2. G. Cuzent, *Eau thermo-minérale de la Ravine-Chaude du Lamentin*, Pointe-à-Pitre, 1864, p. 13.

3. Sur l'histoire du thermalisme français, cf. C. Jamot, *Thermalisme et villes thermales en France*, Clermont-Ferrand, 1988 ; A. Wallon, *La Vie quotidienne dans les villes d'eaux, 1850-1914*, Paris, 1981 ; P. Chambriard, *Aux Sources de Vichy : naissance et développement d'un bassin thermal (XIX-XX^e siècles)*, Saint Pourçain-sur-Sioule, 1999 ; D. Mackaman, *Leisure Settings : Bourgeois Culture, Medicine and the Spa in Modern France*, Chicago, 1998.

comme un domaine réservé de la science européenne, on pouvait effacer les différences raciales. L'eau thermale était, de toute évidence, un agent ou un remède puissant.

Des études récentes dans l'histoire de la médecine ont souligné le fait que la médecine coloniale en tant qu'outil de légitimation de la règle coloniale s'était souvent avérée vaine, les peuples indigènes ayant résisté contre cet instrument du pouvoir de diverses manières¹. Et pourtant peu de travaux ont scruté systématiquement la construction et l'élaboration de thérapies médicales, encore moins de remèdes populaires en tant qu'elles s'appliquaient aux colonisateurs. Dans un article sur la médecine tropicale britannique en Australie, Alison Bashford a exprimé l'opinion dissidente selon laquelle : « au lieu d'étudier le corps noir, ... en Australie la médecine coloniale [avait en fait] étudié le corps blanc »². En retournant la question et en examinant des pratiques de médecine alternative élaborées par des Européens face à de nouvelles maladies dites « exotiques », cet article tente d'éclairer l'apparat culturel de la pratique quotidienne de la médecine coloniale. Dans ce domaine, culture coloniale et discours scientifique se rencontraient et se reconfiguraient sans cesse autour d'un réseau de dispositions, de thérapies et de prophylaxies presque routinières, chacune élaborée comme un antidote aux tropiques.

Les sources thermales offrent une perspective à travers laquelle on peut observer plusieurs autres dimensions cruciales du colonialisme moderne. En premier lieu, elles reflètent la récréation outre-mer d'oasis métropolitaines que leur géographie culturelle transformait en lieux de pouvoir. En second lieu, les thermes coloniaux illustrent l'ambivalence fondamentale ressentie par les coloniaux vis-à-vis de la patrie lointaine, tension qu'Albert Memmi a caractérisée comme « une dialectique exaltation-ressentiment, qui unit le colonialiste à sa patrie »³. La complexité de la relation coloniale avec la métropole s'est trouvée reflétée au vingtième siècle dans les luttes entre stations thermales guadeloupéennes et métropolitaines. En troisième lieu, les stations guadeloupéennes rappelaient la métropole. Il s'agissait de sites où pouvait se réaliser le fantasme colonial d'un retour ponctuel à la mère patrie. En quatrième lieu, et c'est sans doute là le point le plus important, la crénothérapie éclaire l'interaction entre climat et maladie dans la vision coloniale. Les médecins coloniaux français réimaginèrent constamment, à la fois les très réelles maladies qui les confrontaient, et les thérapies qu'ils élaborèrent pour les contrecarrer. Le preuve en est l'usage prescriptif, et en constante évolution, de l'altitude et des eaux minérales comme autant de prophylaxies contre les tropiques. Durant toute la longue durée de leur présence aux

1. Voir par exemple L. Menderson, *Science and the State : Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*, Cambridge, 1996 ; M. Vaughan, *Curing their Ills : Colonial Power and African Illness*, Stanford, 1991 ; D. Arnold, *Colonizing the Body : State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley, 1993 ; M. Lyons, *The Colonial Disease : Sleeping Sickness and the Social History of Zaire, 1890-1939*, Cambridge, 1992. Sur la résistance indigène face à la médecine coloniale, voir L. White, *Speaking with Vampires : Rumor and History in Colonial Africa*, Berkeley, 2000.

2. A. Bashford, « Is White Australia possible ? Race, colonialism and tropical medicine », dans *Ethnic and Racial Studies*, n°23, mars 2000, p. 248-249.

3. A. Memmi, *Portrait du colonisé*, Utrecht, 1966, p. 103.

Antilles, depuis le dix-septième siècle jusqu'au vingtième siècle, les scientifiques français allaient continuer à puiser dans les eaux thermales, et chercher dans les sommets, l'élixir pour combattre l'environnement local. Et ceci dans l'espoir qu'on pouvait mettre la géographie de la Guadeloupe au service de la lutte contre son climat délétère.

« EAUX ANCIENNES » ET « NOUVEAU MONDE »

En un sens donc, les thermes guadeloupéens montrent dans un premier temps comment les Européens, entourés par l'« Autre », cherchèrent la moindre trace du familier dans leur environnement. Loin d'être séduits universellement par l'exotique, ils rejetèrent l'aliénation quotidienne, au nom de l'acclimatation. Dans cette logique, les stations thermales, si typiquement françaises¹, servirent de puissant rappel de la patrie. De toute évidence, les stations thermales remplirent cependant bien plus qu'une seule fonction affective : depuis le tout début de leur présence dans les Antilles les Français avaient recherché, tant les eaux thermales que les hauteurs, combinaison qu'on croyait déjà pouvoir procurer un refuge prophylactique contre les effets néfastes des tropiques.

Les sources thermales de la Guadeloupe sont décrites par plusieurs voyageurs français, vers l'époque de l'annexion française de l'île en 1674. De toute évidence, les sources de l'île saisirent l'imagination des premiers visiteurs européens, apparaissant comme des eaux familières dans un monde étranger. Des récits français de l'époque reconnaissent que les peuples indigènes utilisaient les eaux chaudes de l'île depuis longtemps, et qu'ils avaient en fait guidé les Européens vers elles au dix-septième siècle. Ce qui est moins clair, c'est la façon dont les peuples Caraïbes et Arawaks avant eux, avaient considéré ces sources. Ils leur avaient sans doute attribué d'autres significations que ne l'avaient fait les colonisateurs français qui, dès le dix-septième siècle, avaient commencé à les utiliser pour le traitement d'une « multitude de maladies ». Le grand chroniqueur des Antilles, Jean-Baptiste Labat, rappelle qu'à cette époque un bassin sulfurique marécageux (sans doute la Ravine-Chaude) avait déjà acquis une certaine réputation parmi les Français, comme guérissant « les sueurs froides » et les contractions nerveuses². Un voyageur français de retour de Guyane avait spécifiquement recherché les eaux de la Guadeloupe pour traiter ce que Labat nomme un cas d'œdème aigu³. Une autre relation de l'époque, l'*Histoire générale des Antilles* du père Du Tertre, datant de 1667, caractérisait les eaux chaudes de la Guadeloupe comme « très salutaires ». Du Tertre soutenait qu'en dépit de leur puanteur et de leur caractère brouillé⁴, les sources de l'île avaient prouvé leur

1. Certes, le thermalisme se pratique dans le monde entier, depuis la Nouvelle-Zélande jusqu'à l'Allemagne, en passant par la Grèce, le Japon, ou la Corée. Mais nous faisons allusion ici à un modèle français, à l'image de Vichy, Vittel, Plombières ou Dax.

2. LABAT (Père J.-B.), *Voyage aux Isles de l'Amérique (Antilles), 1693-1705*, Paris, 1931, vol. 1, p. 270-271.

3. Pour une comparaison avec l'utilisation des eaux minérales aux colonies espagnoles, cf. P. A. Pastrana, « Tradición y modernidad en la Nueva España. Estudios sobre aguas minerales (S. XVII-XVIII) », dans *Llull*, n°19, 1996, p. 325-345.

4. R. P. Du Tertre, *Histoire générale des Antilles*, Paris, 1667, vol. 2, p. 22.

efficacité à soigner des maladies. Néanmoins, le cas qu'il présentait jette des doutes sur les résultats obtenus. Il citait l'exemple d'un certain Monsieur de Poincy qui mourut peu après avoir pris les eaux pour soigner sa rate¹. Sur un site qui correspond à la description de la Ravine-Chaude, Du Tertre décrivait un traitement plus réussi de plusieurs personnes affligées de différents maux². Dans leur cas, une immersion de huit jours dans un bassin d'eau naturellement chaude produisit des rétablissements quasi miraculeux. Du Tertre attribue indirectement cette guérison au contenu fortement sulfuré des eaux guadeloupéennes, propriété qu'il découvrit en faisant bouillir de l'eau de source et en étudiant le résidu après évaporation³. On est cependant tenté de suggérer que la quête de l'auteur d'un remède par les eaux provient largement d'une perception des tropiques comme toxiques. En effet, Du Tertre était persuadé que le sol guadeloupéen émettait des vapeurs venimeuses⁴.

Dans le contexte de cette épistémologie, les eaux guadeloupéennes en vinrent à constituer un antidote naturel européenisé, contre un environnement décrit comme putride et fétide. Pour emprunter l'expression du géographe David Livingstone, les tropiques étaient victimes « d'un stéréotypage environnemental négatif »⁵. Pour combattre des pathologies mystérieuses, les Français en Guadeloupe eurent recours aux anciens éléments de l'eau, de l'air et du feu⁶, Du Tertre ayant déjà établi un rapport entre le contenu sulfureux des sources guadeloupéennes et le volcan de l'île. Puis, après le tremblement de terre de février 1843, des analyses furent effectuées sur les eaux thermales, dans le but de comprendre si « cette grande révolution terrestre a eu quelque influence sur [la] composition des eaux »⁷. C'est paradoxalement en partie cet apprentissage géologique qui allait amener les métropolitains, les classes administratives ou fortunées, à se concentrer sur les pentes du volcan actif de la Soufrière, tout comme leurs infortunés homologues de la Martinique qui périrent sur les flancs de la Montagne Pelée après l'éruption de 1902⁸.

Des guide médicaux français portant sur les Antilles révèlent les multiples problèmes auxquels devaient faire face les futurs colonisateurs, souci permanent auquel on ne semblait pouvoir échapper en zone dite « torride ». Il est vrai qu'à l'époque qui précéda la théorie des microbes, on blâmait le climat pour tous les maux, depuis la jaunisse jusqu'à la fatigue chronique. Le guide sanitaire de 1816 d'un docteur en médecine, ancien médecin du gouvernement à Saint-Domingue, M. E. Descourtilz, citait les aphorismes hygiéniques suivants, censés régir les actions quotidiennes des colonisateurs. D'abord :

1. *Ibid.*

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

4. *Ibid.*, vol. 1, p. 81.

5. D. Livingstone, « Tropical Climate and Moral Hygiene : the Anatomy of a Victorian Debate », dans *British Journal for the History of Science*, n°32, mars 1999, p. 94.

6. Philip Curtin avance cet argument : *Death by Migration*, p. 50.

7. Basse-Terre, 28 avril 1843, document conservé aux archives de l'île de la Réunion (!), Archives départementales de la Réunion, 5 M 16.

8. Au sujet du thermalisme martiniquais, consulter : Conseil Général de la Martinique, *Le Site thermal d'Absalom*, Fort-de-France, 1989 ; et J. Pope-Hennessy, *The Baths of Absalom*, Londres, 1954.

« Une des causes prédisposantes de la fièvre jaune étant la grande chaleur, les nouveaux débarqués éviteront, pendant quelque temps, l'action du soleil, et ne sortiront dans les rues, s'il est possible, que le matin et le soir. »

Ensuite :

« On recherchera un air pur et tempéré sous la zone torride, où, dans l'espace de vingt-quatre heures, deux vents opposés se succèdent régulièrement l'un à l'autre, pour rafraîchir l'air qui y est naturellement saturé d'humidité, ainsi que le prouvent l'abondance des pluies, la multiplicité des insectes, l'oxydation prompte des métaux, et la putréfaction subite des corps organisés. »

Et, plus loin :

« On prescrira les bains tièdes aux personnes chez lesquelles la transpiration est difficile ; aux ouvriers amidonniers, aux pileurs de farines de maïs, aux ouvriers employés dans les manufactures de tabac. Ces bains auront d'autant plus d'effet qu'on s'y sera disposé par des frictions sur toute l'habitude du corps. »¹

Le guide sanitaire de Levacher de 1840 inventoriait lui aussi un certain nombre de pratiques préventives, employées pour mener une guerre considérée comme ardue contre le climat. Premièrement, les autorités françaises devaient insister pour que les nouveaux arrivants européens soient dispersés autour de l'île, et que leur linge soit changé régulièrement. Deuxièmement, la plus grande propreté devait être maintenue, et on devait prendre soin d'éviter la surpopulation des hôpitaux. Troisièmement, des lazarets devaient être établis sur des îlots avoisinants, comme une sorte de zone de décompression pour les arrivants européens. Ces îlots, situés sur la côte orientale de « plusieurs des Antilles » présentaient l'avantage supplémentaire d'être « parfaitement ventilés et ne contenir aucun marécage ». Quatrièmement, « les bains tièdes [étaient considérés] d'une utilité indispensable pour l'Européen qui débarque ; il doit même en adopter l'usage et le continuer avec modération ». Cinquièmement, « les vêtements seront légers, renouvelés fréquemment et en même temps appropriés ». Enfin, grand soin devait être pris de suivre un régime rationnel sous les tropiques. Il comprenait deux repas réguliers : « Deux repas suffisent à l'homme, comme en Europe ; ils doivent être variés, modérés et généreux. L'on évitera l'abus des mets épicés, salés et pimentés du pays ... Les boissons les plus salutaires aux repas et entre les repas sont les vins de Bordeaux »². Cette liste d'avertissements montre comment la balnéologie en vint à être considérée comme un des fondements du style de vie colonial, cette routine constituant l'un des nombreux commandements que les guides dispensaient aux colonisateurs potentiels des Antilles françaises. À leur tour, les principes cardinaux dénombrés ci-dessus tournaient autour de trois considérations essentielles : l'hygiène, le rejet de l'Autre (qui se manifeste par la peur de se confondre à l'élément

1. M.E. Descourtilz, *Guide sanitaire des voyageurs aux colonies ou conseils hygiéniques en faveur des Européens destinés à passer aux îles ; suivis d'une liste des médicaments dont on doit munir la pharmacie domestique à établir sur chaque habitation*, Paris, 1816, p. 89, 97, 105.

2. M. G. Levacher, *Guide médical des Antilles et des régions intertropicales à l'usage de tous les habitants de ces contrées*, Paris, 1840, p. 93-95.

indigène en ingérant la cuisine locale), et la reproduction des comforts de la patrie (incarnés par le vin de Bordeaux). Les stations thermales d'altitude répondaient à ces diverses préoccupations coloniales.

DOLÉ ET LE CAMP-JACOB : SANATORIA ET SITES DE POUVOIR

À partir du début du dix-neuvième siècle, l'administration navale et civile de la Guadeloupe commença à déceler le potentiel de la région située au coin sud-ouest de la Basse-Terre, site bien balayé par les vents, montagneux et doté d'une végétation luxuriante. Le gouverneur de l'île, l'amiral Jacob, entreprit de déterminer un endroit adéquat pour construire un hôpital militaire et une station de repos près de la capitale de Basse-Terre. Le 13 décembre 1823, Jacob convoqua son conseil de santé pour qu'il lui recommande l'altitude nécessaire à l'acquisition de l'immunité contre la fièvre jaune¹. Six jours plus tard, le conseil de santé rapporta qu'une altitude de plus de 400 pieds pouvait suffire tant que les soldats y demeuraient de façon permanente et que le site choisi était bien éloigné des marécages². Trois ans après ces délibérations préliminaires, le Dr. Vatable produisit une étude détaillant les conditions et les localités pour l'implantation éventuelle d'un sanatorium. Vatable était d'accord pour dire que les troupes nouvellement arrivées devaient être protégées des effets dévastateurs de la fièvre jaune, mais faisait remarquer que plusieurs régions des hauteurs guadeloupéennes, qui semblaient épargnées par la fièvre jaune, étaient malheureusement sujettes à la dysenterie. À son avis, l'emplacement idéal se trouvait près de Matouba, site qui allait effectivement être retenu pour le Camp-Jacob. En ce qui concerne les conditions de vie et le régime, comme Levacher, Vatable exhortait l'administration à substituer le vin au rhum³.

Vatable, Jacob et leurs collègues s'étaient fixé comme priorité absolue l'évitement des maladies. Ils avaient toutes les raisons pour cela. En effet, dans les années d'épidémie de fièvre jaune, un neuvième de tous les patients hospitalisés de la Guadeloupe périssait en moyenne⁴. Quel que fût le coupable, la chaleur, les marécages, le rhum ou la toxicité des régions en contrebas, il devait être endigué au plus vite afin d'assurer la continuité de la présence coloniale française dans de telles conditions. En avril 1829, des plans furent dressés pour établir un campement militaire sur les hauteurs de Saint-Claude. La même année, le directeur du dépôt des fortifications de la Marine royale française ajouta une variation importante à la fonction originelle du Camp Matouba/Jacob. Au lieu de servir de campement permanent, il serait utilisé comme une sorte de chambre de décompression tropicale à l'intention des troupes. Cette période d'adaptation devait durer quelque vingt mois après leur arrivée de France⁵. Selon cet officiel, la phase la plus critique était en effet le

1. Archives nationales, Centre des archives d'Outre-mer, Aix-en-Provence (dorénavant abrégé CAOM), DFC Guadeloupe, Mémoires, carton 31, n°663.

2. *Ibid.*, n°664, 19 décembre 1823.

3. *Ibid.*, n°718, 27 mai 1826.

4. *Ibid.*

5. *Ibid.*, n°785, 29 avril 1829.

premier hivernage, après quoi la plupart des Européens pouvaient être considérés comme acclimatés. Ainsi, le Camp-Jacob était conçu comme une sorte d'antichambre aux tropiques pour les troupes blanches nouvellement arrivées.

Au cours des délibérations à propos du Camp-Jacob, les partisans du projet originel de « camp permanent » se tournèrent vers un second site pour l'implantation d'un établissement militaire de convalescence qui serait quant à lui réservé aux troupes déjà postées dans l'île. Le gouverneur Jacob fut aisément convaincu, étant donné que ce projet, planifié à Dolé-les-Bains, promettait d'importantes épargnes en diminuant le nombre de jours de maladies et, mieux encore, en économisant le transport des convalescents vers la France¹. Mais Dolé-les-Bains, comme son nom l'indique, avait été choisi principalement pour ses sources thermales. Le document de 1832 qui ordonnait l'établissement de ce campement sanitaire présentait les eaux de Dolé comme « favorables surtout aux hommes atteints de la dysenterie ou de fièvres intermittentes »² (voir figure 1). Les « fièvres intermittentes » comprenaient habituellement à la fois la fièvre jaune et la malaria, preuve des qualités curatives qu'on attribuait alors aux sources de Dolé. Les partisans de ce projet insistaient pour séparer les traitements des nouvelles recrues d'un côté, et des hommes « agueris » de l'autre : « il nous semble que le cantonnement sanitaire de Dolé doit être spécialement affecté aux convalescents et aux hommes atteints de maladies pour le traitement desquelles l'emploi des eaux thermales est nécessaire. »³ En 1831, le Conseil privé de la Guadeloupe embrassa cette vision, agréant que :

« Le cantonnement de Dolé servirait également de convalescence pour les militaires qui auraient besoin de changement d'air et qui pourraient quelquefois se rétablir dans la colonie, sans occasionner des frais de voyage pour retourner en Europe. Il serait d'une utilité évidente pour les militaires malades auxquels l'usage des eaux thermales de Dolé sera indiqué comme moyen curatif par le conseil de santé. Cet établissement, en leur procurant des moyens de salubrité que l'on ne trouve point ailleurs, aurait encore l'avantage de diminuer le nombre des journées d'hôpitaux, dont la dépense est considérable. »⁴

Ce passage insiste de nouveau sur les économies possibles qu'impliquerait le traitement des troupes européennes sur place. Un concept-clé venait de voir le jour : l'administration pouvait épargner gros en créant en Guadeloupe le même genre de station que celui qui commençait à jouir d'un grand succès en France métropolitaine.

Sans nous attarder sur la question des motivations, on peut conclure qu'en l'espace d'une décennie, d'à peu près 1821 à 1831, les mesures prophylactiques jumelles qu'étaient les cures d'eau minérale et d'altitude s'étaient enracinées dans l'administration navale et civile comme autant de modes de salut européens rationnels contre la fièvre jaune, le paludisme

1. CAOM, DFC Guadeloupe, Mémoires, carton 32, n°823 : « Rapport sur le projet d'établir un cantonnement sanitaire à l'habitation Dolé », 9 mars 1832.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

4. CAOM, DFC Guadeloupe, Mémoires, carton 32 n°829, Conseil privé, octobre 1831.

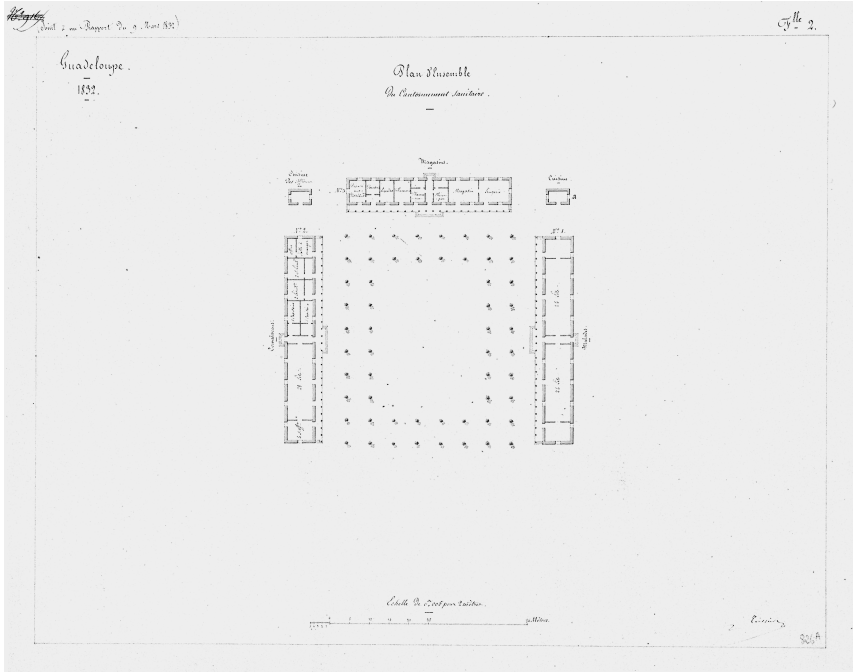


Figure 1 –Épure originelle du camp sanitaire de Dolé-les-Bains, 1832. CAOM, DFC Guadeloupe 12 A 826 © CAOM

et la dysenterie. À cette époque, ces cures étaient dispensées principalement par deux établissements militaires et gouvernementaux, l'un au Camp-Jacob/Matouba et l'autre à Dolé-les-Bains, sites qui avaient été fondés, au moins en partie, dans le but d'épargner à l'administration française de renvoyer ses bureaucrates et ses soldats en France en congé de convalescence. C'est ainsi que des considérations financières pratiques rejoignaient le besoin reconnu des troupes blanches de trouver un « ressourcement ».

Au cours des décades suivantes, des hommes d'affaires privés et des médecins entreprenants allaient commencer à établir des services climatiques et hydrothérapiques pour le grand public, développant les sources de la Ravine-Chaude, érigeant un établissement « civil », certes assez rudimentaire, contigu au camp militaire de Dolé-les-Bains (le Grand Hôtel de Dolé et la « modernisation » des bassins de Dolé allaient devoir attendre jusqu'en 1917). Ce courant reflétait sur une échelle, certes plus modeste, l'accroissement de la privatisation et de la rentabilité de l'industrie thermale en France métropolitaine vers le milieu du dix-neuvième siècle¹.

1. D. Mackaman, *op. cit.*, p. 64.

UN ESPACE COLONIAL D'ÉLITE

D'après le médecin français colonial Alexandre Kermorgant, le Camp-Jacob pouvait se targuer d'être le tout premier sanatorium d'altitude colonial. Commentant l'évolution de la région de Matouba depuis l'implantation du Camp-Jacob, Kermorgant écrivait en 1899 : « [aujourd'hui] les hauteurs de l'île deviennent un refuge pour la population aisée et pour les malades »¹. Il ajoutait que le grand avantage du Camp-Jacob provenait précisément de cette étroite communauté grandissante de responsables, fonctionnaires, convalescents et de gens concernés par leur santé. Il observait :

« De véritables petits sanatoria se sont créés dans les hauteurs du Petit-Bourg, de Sainte-Rose, aux Trois-Rivières, à Gourbeyre, enfin à Matouba, situé à 100 mètres d'altitude au-dessus du Camp-Jacob, qui dépend de la commune de Saint-Claude. Chaque jour, on voit s'élever de nouvelles habitations. La beauté du site ... a fait dénommer le village de Saint-Claude la Suisse des Tropiques ... Le grand avantage du camp Jacob, c'est que les troupes, les fonctionnaires, le gouverneur y résident. On y a édifié un hôpital de 120 lits ; c'est par le fait non un camp, mais une vraie ville de santé. »²

Ce qui est à peine voilé sous ces remarques c'est qu'au tournant du siècle, la région du Camp-Jacob/ Matouba, de même que les hautes pentes de la Soufrière, étaient devenues un « peuplement blanc », mettant en contact des officiels coloniaux au sommet même de la pyramide de commandement colonial, des résidences luxueuses de planteurs, des hôpitaux coloniaux et des établissements thermaux dans une seule région, nichée dans le sud-ouest montagneux de la Basse-Terre. De fait, jusqu'à ce jour, la résidence du préfet se trouve au Camp-Jacob³. Le fourmillement de propriétés d'élite autour de ces lieux d'autorité au dix-neuvième siècle trahit les liens de pouvoir qui se formaient autour des thermes et sanatoria dans les hauteurs de Saint-Claude. La région n'était pas seulement devenue chic (bien que, paradoxalement, comme nous le verrons, certains des thermes eux-mêmes étaient plutôt dilapidés), elle s'était également établie comme un lieu où l'on pouvait tisser des réseaux. Le fait que cette rencontre entre planteurs, bourgeois et dirigeants ait eu lieu autour de stations de repos n'était évidemment pas une coïncidence. Douglas Mackaman a montré comment dans la France du dix-neuvième siècle les thermes étaient devenus un terrain de jeu pour une clientèle bourgeoise grandissante, qui cherchait à la fois un régime médical et des activités de loisir ultra-structurées⁴. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques susceptibles de contribuer à un profil social du curiste guadeloupéen au dix-neuvième siècle, on peut certainement estimer que la Guadeloupe du

1. A. Kermorgant, « Sanatoria et camps de dissémination de nos colonies », dans *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°2, 1899, p. 347. Pour une étude récente du Dr. Kermorgant, cf. B. Weiner et J. Flahaut, « Alexandre Kermorgant (1843-1921), témoin de l'état sanitaire des anciennes colonies françaises », dans *Histoire des Sciences médicales*, n°33, 1999, p. 267-274.

2. A. Kermorgant, *op. cit.*

3. L'opulence des quartiers « administratifs » dans les hauteurs des capitales, que ce soit au Didier en Martinique ou à Saint-Claude en Guadeloupe, reste frappante à ce jour.

4. D. Mackaman, *op. cit.*, p. 36-66.

dix-neuvième siècle vit un accroissement similaire dans le cachet social associé aux thermes. Il reflétait sans doute également un autre phénomène français du dix-neuvième siècle : l'émergence des thermes comme enclave bourgeoise dont les indigents étaient de plus en plus exclus¹. Mais, dans un contexte colonial, le racisme doit être ajouté aux considérations de classe et de pouvoir.

Tout au long du dix-neuvième siècle, les personnes de couleur en Guadeloupe, comme leurs homologues de toutes les Antilles, ne jouissaient pas pour la plupart des « conditions optimales » de la région de Saint-Claude/ Matouba. L'historienne Dominique Taffin a montré comment une épidémie de choléra en Guadeloupe en 1865 fut largement occultée par l'administration française, dans un effort pour dissimuler « les données extrêmement défavorables ... quant aux conditions de vie de la majorité noire de la population »². Cependant, comme nous l'avons observé, la population française métropolitaine nouvellement arrivée était concentrée dans la moitié occidentale montagneuse et bien balayée par les vents de la Basse-Terre. Autrement dit, il y allait de bien plus que l'accès aux soins : les Européens s'étaient approprié ce qu'ils percevaient comme le seul coin véritablement salubre de la Guadeloupe. Et ils commençaient à esquisser d'ambitieux projets pour la région. En 1917, le chef des services de santé guadeloupéens, le Dr. Pichon, exprima l'espoir que « toute cette région, du Matouba à Dolé, en passant par Saint-Claude et Gourbeyre, devrait être un vaste sanatorium et un lieu de villégiature et de convalescence pour toutes les Antilles, et l'Amérique »³. Ces versants montagneux réputés salubres, nouvelle patrie des classes blanches de l'administration, se voyaient sans cesse opposer à la moitié est de la Guadeloupe, remarquablement différente avec ses plaines productrices de canne à sucre. Sous presque tous les aspects, la Grande-Terre représentait l'antithèse de la Basse-Terre, son repoussoir du point de vue sanitaire.

Ici, la géologie rivalisait avec la topographie comme élément conditionnant la certification de salubrité ou d'insalubrité. Dans son traité de 1827 sur la fièvre jaune, *Memoirs of West Indian Fever*, le médecin anglais John Wilson était déjà arrivé au diagnostic suivant pour la Guadeloupe :

« À en juger par son apparence, la Guadeloupe est une formation calcaire. À plusieurs endroits, on y trouve de la chaux en surface. Si toute l'île est réputée insalubre, ces régions le sont encore plus. La Pointe-à-Pitre mérite de retenir l'attention. Le coin est généralement marécageux et insalubre, mais les endroits secs et élevés constituent des foyers de fièvres des Indes orientales, mortelles au plus haut degré. À un mile à l'est de la ville se trouve le Fort Louis, et un mile plus à l'est la Fleur-d'Épée. Elles occupent une crête calcaire ... dont l'altitude, la sécheresse et la proximité de la mer auraient pu laisser penser, au premier abord, qu'elles procurent une situation favorable à la santé. Or ces forts se sont distingués par leurs taux de mortalité qui ont ravagé

1. *Ibid.*, p. 68-72.

2. D. Taffin, « À propos d'une épidémie de choléra : science médicale, société créole et pouvoir colonial à la Guadeloupe, 1865-66 », dans *Asclepio*, 44 : 1, 1992, p. 220. Pour une approche comparative, cf. K. Kiple, « Cholera and Race in the Caribbean », dans *Journal of Latin American Studies*, n°17, 1985, p. 157-177.

3. Dr. Pichon, « Ressources sanitaires de la Guadeloupe » dans *La Guadeloupéenne*, janvier-février 1917, p. 18.

les troupes, une mortalité guère rivalisée dans tous les ports des Indes orientales. »¹

La Grande-Terre était ainsi apparue dès 1827 comme un lieu mortel, et ce en grande partie à cause de son sous-sol. Pour ce médecin, la géologie pesait même davantage que l'altitude en ce qui concerne les hauteurs surplombant Pointe-à-Pitre. La principale agglomération de l'île paraissait bien insalubre par rapport à la petite capitale de Basse-Terre. Et, sur les collines surplombant Basse-Terre, à Saint-Claude, Matouba, et Camp-Jacob, l'administration blanche allait continuer à s'accrocher à la formule de l'altitude, combinée au sol volcanique, aux eaux salubres qui en émanaient et aux vents, pour prévenir les maladies. Cette formule allait résister même à l'avènement de la science microbienne.

Ainsi, à partir du dix-neuvième siècle, les stations guadeloupéennes apparurent comme les sites multifonctionnels d'un pouvoir blanc. En ce sens, on peut concevoir le triangle Saint-Claude/ Matouba/ Camp-Jacob comme un précurseur des capitales estivales du Raj britannique, en tant que siège de pouvoir colonial². Le parallèle n'échappa pas à l'attention du médecin belge colonial Dryepont, qui notait en 1900 :

« Il ressort de l'examen de nos connaissances sur les sanatoria des Indes et des Antilles qu'Anglais et Français se sont servis avec avantage des hauteurs comme lieu d'habitation permanente et comme lieu de refuge pendant la mauvaise saison ; ils ont également, les uns et les autres, établi sur les altitudes des postes médicaux, des sanatoria-hôpitaux, des *Hill Convalescence Depots*, dont les effets se sont montrés favorables sur les malades. »³

Ce passage nous rappelle également les raisons premières des stations d'altitude. En effet, aux colonies, le besoin de campement d'altitude, la quête d'eaux thermales, les débats sur les vêtements et le régime, tout comme le développement de typologies d'acclimatation, tous ces soucis dérivait de l'obsession de la chaleur tropicale. Comme les Anglais en Inde, les Français pensaient qu'ils « se conservaient mieux dans les hauteurs. »⁴

LE MOULE CLIMATIQUE

Il est difficile de reconstituer aujourd'hui l'importance accordée au climat dans le discours scientifique des dix-huitième et dix-neuvième siècles. La plupart des philosophes du siècle des Lumières opéraient dans le cadre d'un déterminisme climatique inspiré d'Hippocrate et, il est vrai, plus rigide pour certains penseurs de cette période que pour d'autres (pratiquement insignifiant pour Hume, par exemple, mais primordial

1. J. Wilson, *Memoirs of West Indian Fever : Brief Notices Regarding the Treatment, Origin and Nature of the Disease commonly called Yellow Fever*, Londres, 1827, p. 134.

2. Sur Saint-Claude, cf. G. Lafleur, *Saint-Claude, histoire d'une commune de la Guadeloupe*, Paris, 1993.

3. G. Dryepont, *La question des sanatoria dans les colonies*, Bruxelles, 1900, p. 84-85.

4. D. Kennedy, *The Magic Mountains. Hill Stations and the British Raj*, Berkeley, 1996, p. 19.

pour Herder)¹ *L'Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert de 1777 révèle la croyance que le climat tropical rendait les femmes « sursexuées » au point que les hommes dans ces régions devaient porter des ceintures de chasteté². De même, selon Montesquieu, la seule raison pour laquelle il n'était pas nécessaire d'« enfermer » les Européennes, c'était que les climats septentrionaux garantissaient les « bonnes mœurs »³. La nymphomanie semblait être d'origine tropicale. Le climat faisait plus qu'affecter les « humeurs » et la sexualité. On croyait alors qu'il présidait à l'origine même des différences culturelles et de comportement, elles-mêmes exagérément déformées pour légitimer la domination européenne. Montesquieu en particulier exposa la « tyrannie » du climat. Son *Esprit des lois* (1748) impute le rite du sati en Inde, la vente des filles en Chine, de même que la défaite de la Rome ancienne, aux différences de températures⁴. Selon lui, la différence principale entre les Européens et les « sauvages » résidait dans le fait que chez ces derniers, « la nature et le climat dominent presque seuls »⁵. Montesquieu concluait aussi que les Européens étaient tout à fait inadaptés, et donc très vulnérables dans les colonies lointaines. Il écrit : « L'extrême éloignement de nos colonies ... fait que ceux qui vont s'y établir ne peuvent prendre la manière de vivre d'un climat si différent ; ils sont obligés de tirer toutes les commodités de la vie du pays d'où ils sont venus. »⁶ Ici, la médecine et la culture de confort se confondaient. Selon lui, les colonisateurs devraient recréer l'Europe aux tropiques pour y survivre. Cette entreprise était considérée comme un combat titanique contre la nature. Selon l'historien Anthony Pagden, « Ils avaient beau déployer tous leurs efforts pour rester français, anglais ou espagnols aux tropiques, tôt ou tard l'environnement rétablirait son empire et replacerait les choses dans le bon ordre »⁷.

Comme ce fut le cas dans l'Inde coloniale britannique, aux Antilles françaises l'arrivée au dix-neuvième siècle de la science microbienne et de la science raciste ne parvint pas à détrôner le déterminisme climatique. En fait, ils se rencontrèrent, livrant des résultats multiples et complexes⁸. À partir du dix-neuvième siècle, les théories climatiques françaises s'étaient de fait vues codifiées et polarisées en lois hygiéniques pseudo-scientifiques de toxicité et de salubrité, en partie sous l'influence des idées de Gobineau, pensée qui établissait une taxinomie et une hiérarchie des races. On disait maintenant que, plutôt que d'agir sur les « constitutions », le climat constituait un facteur déterminant dans la production des « races ». D'après Mark Harrison, c'est le dix-neuvième siècle qui marqua le rejet complet de la possibilité même d'une adaptation

1. A. Pagden, *European Encounters with the New World, from the Renaissance to Romanticism*, New Haven, 1993, p. 146. R. Young, *Colonial Desire : Hybridity in Theory, Race and Culture*, Londres, 1995, p. 38.

2. Diderot et D'Alembert, *Encyclopédie*, définition de « femme ».

3. Montesquieu, *De l'Esprit des lois*, Paris, 1995, p. 507.

4. *Ibid.*, p. 449 et p. 764.

5. *Ibid.*, p. 567.

6. *Ibid.*, p. 693.

7. A. Pagden, *op. cit.*, p. 146.

8. M. Harrison, *Climates and Constitutions : Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600-1850*, Oxford, 1999, p. 204. Voir aussi D. Arnold, *Colonizing the Body*, p. 36.

européenne et d'un peuplement européen dans les zones dites « torrides », ironie évidente quand on songe à cette époque comme celle du zénith de l'expansion européenne outre-mer. Alors qu'on avait cru autrefois que les Européens « pouvaient s'adapter physiologiquement à leur nouvel environnement », les doctrines raciales remettaient maintenant en question la possibilité même d'acclimatation. Harrison écrit : « Cette nouvelle conception [dix-neuviémiste] de la différence, soulignait l'hérédité et l'inné, ainsi que les caractéristiques inaltérables des "races" de l'humanité »¹. Bien que Harrison ait pu être enclin à exagérer l'ouverture du dix-huitième siècle à la promesse d'acclimatation, il ne fait cependant aucun doute que l'émergence de la théorie raciale au dix-neuvième siècle durcit, aiguïsa et facilita les croyances dans des catégories immuables, qu'elles soient d'ordre racial, régional ou climatique.

La théorie raciale, bien entendu, n'était pas réservée à mesurer les Européens aux autres ; elle s'exerçait également au sein de l'Europe. Les historiens ont documenté en détail le procédé par lequel la pseudoscience européenne définissait les Juifs et les Irlandais comme non-blancs. On a beaucoup moins remarqué l'usage de la race comme index du « potentiel colonial ». Comme nous le verrons, ces deux questions s'entrecroisent. Dans de nombreux cas, la race déterminait quels Européens pouvaient être plus ou moins bien adaptés à un environnement tropical, dans la mesure où n'importe quel Européen pouvait en fait être transplanté à la « zone torride ». En 1885, la *Revue Scientifique*, publication parisienne à grande circulation, traduisait une conférence du célèbre médecin et ethnographe allemand Rudolf Virchow. Virchow avait acquis une réputation de progressiste (politiquement), ayant joué son prestige pour combattre les antisémites². Le fait que même lui traitât la race comme primordiale ou plutôt comme un obstacle majeur à la colonisation, en dit pourtant long sur la pénétration de ces concepts dans la pensée du dix-neuvième siècle, et pourrait modifier quelque peu notre opinion de cet important savant allemand du dix-neuvième siècle.

Dans cet article, Virchow suggère en effet qu'une concentration de sang aryen plus grande en Europe septentrionale que méridionale viendrait expliquer pourquoi les Français avaient subi de plus grandes pertes de vies dans les Antilles que les Espagnols, et pourquoi les Anglais, à leur tour, avaient subi plus de pertes que les Français. Les « créoles » étaient quant à eux les plus acclimatés de tous. Virchow soutenait que :

« L'histoire de la colonisation des Antilles nous démontre que dans les établissements français et anglais, les résultats de la colonisation ont toujours été désastreux pour les émigrants d'Europe, tandis que, dans les colonies espagnoles, les résultats ont été relativement favorables. »³

Dans la *Weltanschauung* de Virchow, les Maltais et les Juifs, c'est à dire les moins « aryens » et les plus méridionaux des Européens, pouvaient être considérés comme les meilleurs candidats pour l'expatriation

1. Harrison, *op. cit.*, p. 3, 11-12.

2. B. Boyd, *Rudolf Virchow : The Scientist as Citizen*, New York, 1991, p. 204 ; 244. E. Ackerknecht, *Rudolf Virchow*, New York, 1981, p. 209 ; 215.

3. R. Virchow, « L'acclimatement et les Européens aux colonies » *Revue Scientifique*, n°36, 12 décembre 1885, p. 742.

aux colonies, précisément parce qu'ils étaient les moins « blancs » ; en revanche les Allemands et les Anglais étaient les plus vulnérables aux tropiques, paradoxalement à cause de leur « aryenneté » même¹. Virchow continuait ainsi :

« Comparées aux races où l'élément aryen s'est conservé dans toute sa pureté, ces races [d'Europe méridionale], et surtout celles qui ont largement puisé à la source sémitique, sont incomparablement plus aptes à s'acclimater et à se propager au milieu des conditions nouvelles où elles sont placées dans les pays chauds. »²

Virchow ne posa pas explicitement la supériorité des « Aryens ». Au contraire, pourrait-on dire, il souligna leur fragilité sous les tropiques. Mais la fragilité reconnue des Européens sous les tropiques n'avait jamais empêché la croyance populaire en la supériorité européenne. Et il y avait peu de chemin à faire pour transformer l'image du Juif protéiforme, acculturé et acclimatable, esquissée par Virchow, en celle du Juif cosmopolite, errant et déclassé, que les racistes de la fin du dix-neuvième siècle opposaient à l'Aryen authentique et enraciné. Dans une perspective plus vaste, on pourrait, sans trop risquer l'anachronisme, voir les conclusions de l'article de Virchow dans la *Revue Scientifique*, comme symptomatiques d'une atmosphère intellectuelle qui allait justifier et rendre possibles les premiers projets du dix-neuvième siècle d'émigration juive à Madagascar (justifiés en termes de capacité des Juifs à s'acclimater), et même l'idée que l'Allemagne avait besoin de coloniser à l'intérieur de l'Europe, étant donné son incapacité thermique à coloniser les tropiques.

Ce qui nous importe ici, c'est que selon la vision décidément très post-Lumières de Virchow, la race primait sur le climat – déterminant si tel ou tel peuple pouvait ou non devenir colonisateur. La race allait jusqu'à conditionner la maladie. D'ailleurs, Virchow concluait que même les Français, bien que moins « aryens » et donc moins vulnérables que les Allemands ou les Anglais, étaient cependant incapables d'un peuplement tropical prolongé, étant donné l'obstacle implacable que posait le climat :

« Pour nous convaincre de l'aptitude de la race blanche à se fixer à tel ou tel endroit, il faut plus que des exemples isolés. Il existe bien dans la région montagneuse de l'île de la Réunion une peuplade particulière que l'on appelle les "petits blancs" et qui, constatation faite, se sont trouvés être les derniers restes de colons français qui s'étaient établis dans cette partie de l'île il y a je ne sais combien d'années. Tout récemment, un voyageur français a découvert dans les monts Vindhya, aux Indes, quelques survivants d'une colonie française fondée dans ces contrées il y a trois siècles. Rien d'impossible dans ces faits ; mais ils rappellent singulièrement les conifères exotiques que l'on plante dans nos forêts. Cela réussit quelquefois à nos forestiers, et alors le petit plant devient la curiosité des voyageurs et des gens du voisinage. Mais ces plants sont insignifiants par leur nombre ; ce sont des exemples isolés. »³

Enfin, Virchow répétait un argument classique de la médecine tropicale pour expliquer la faiblesse et la dégénérescence des Européens sous

1. *Ibid.*, p. 742-746.

2. *Ibid.*, p. 743.

3. *Ibid.* ; p. 746.

les tropiques. Le foie européen si sensible (plus sensible pour les « Aryens » que pour les autres, encore une fois), était à la source de la plupart des affections coloniales, car « c'est précisément le foie qui est le premier en butte aux altérations, non seulement de la malaria, mais des maladies d'acclimatement ordinaires »¹. Étant donnée la primauté du foie pour les savants comme Virchow, pour les médecins des maladies tropicales en général, de même que pour les hydrothérapeutes français, l'obsession hépatique coloniale française, que je vais bientôt discuter, ne saurait étonner. Mais ce qui rend l'analyse de Virchow si frappante, c'est la façon dont elle se mêlait aux taxinomies raciales ambiantes et à un déterminisme climatique, pour former un modèle organique qui rejetait complètement le métissage et l'acclimatation, tout en montrant simultanément du doigt le foie comme étant une sorte de tendon d'Achille des tropiques. Dans cette vision du monde oubliée depuis longtemps, le foie et son traitement constituaient la clé de la survie des blancs qui s'étaient déjà installés sous les tropiques. Bientôt les thermes guadeloupéens de Dolé-les-Bains et de Ravine-Chaude allaient profiter de la prétention de soigner ces foies fragilisés.

Pour les colons, le modèle climatique/racial du dix-neuvième siècle signifiait que les colonies de peuplement devaient être choisies avec grand soin. On venait citer comme preuve des exemples historiques : les Français n'avaient-ils pas choisi des climats froids, par exemple le Québec, pour s'établir en grand nombre ? Des fiascos de peuplement sub-tropical servirent de preuve supplémentaire de la primauté du climat. En 1897, Georges Treille, spécialiste français d'hygiène coloniale déclarait :

« Toutefois, cette limitation à l'expansion de la race européenne vers les régions tropicales et équatoriales souffre des exceptions heureusement encore assez nombreuses. Partout en effet où la nature a donné aux localités géographiques placées sous les basses latitudes une compensation suffisante à leur régime de chaleur humide en leur attribuant une altitude convenable (Cordillère des Andes) ou bien une atmosphère vigoureusement renouvelée par des brises constantes (Antilles, Polynésie), il a été dès lors possible aux blancs de se fixer et d'acquérir, de génération en génération, les qualités définitives de l'indigénat. »²

Dans le cadre de ce déterminisme thermique, les Antilles et la Polynésie française servaient d'exceptions à la règle de la toxicité tropicale, car elles offraient au colonisateur, tant l'air frais que l'altitude. À une période où les Français réfléchissaient pour décider lesquelles de leurs territoires d'outre-mer étaient « colonisables », dans le même sens que l'étaient l'Australie et l'Amérique du Nord pour les Britanniques, les microclimats des hauteurs de la Guadeloupe et de la Martinique figuraient de façon essentielle dans les arguments scientifiques français³.

1. *Ibid.*, p. 746.

2. G. Treille, « Questions d'hygiène coloniale » dans *La Quinzaine coloniale*, 25 avril 1897, p. 225.

3. Sur la notion d'acclimatement, cf. P. Curtin, *Death by Migration*, *op. cit.* ; D. Livingstone, « Tropical Climate and Moral Hygiene », *op. cit.* et « Human Acclimatization : Perspectives on a Contested Field of Enquiry in Science, Medicine and Geography », dans *History of Science*, n°15, 1987, p. 359-94 ; K. O. Kupperman, « Fear of Hot Climates in the Anglo-American Colonial Experience », dans *William and Mary Quarterly*, n°41, 1984, p. 213-240 ; D. Kennedy, « The perils of the midday sun : climatic anxieties in the colonial tropics » dans

En conséquence de ces préoccupations, entre 1870 et 1910, les scientifiques français effectuèrent des batteries de tests pour déterminer quelles régions de la Guadeloupe se révéleraient être les plus salubres pour les Européens. Ces analyses entraient dans le cadre d'une peur renouvelée que les blancs ne puissent pas survivre longtemps, même dans les endroits les plus « cléments » des tropiques, comme la Guadeloupe. En effet, en 1899, l'éminent médecin colonial français Georges Treille soutenait :

« Nous savons que, même dans les vieilles colonies européennes, l'importance de la population blanche diminue régulièrement, soit que des causes économiques interviennent, qui provoquent des retours en Europe, soit que, faute de nouveaux apports qui le renforce, l'élément d'origine blanche ou perde progressivement sa résistance au climat, ou tende à se fondre dans les éléments ethniques qui l'entourent. »¹

Est révélée ici rien moins que la peur de la submersion, de la dégénérescence et de la perte d'identité par le métissage. Les stations d'altitude semblaient contrer ces influences « pernicieuses » à de multiples niveaux : d'abord en créant une communauté européenne isolée du reste de la population, ensuite en renforçant la « résistance au climat » dans une oasis microclimatique proche de l'Europe, et enfin en abaissant la morbidité qui ravageait les Européens nouvellement arrivés. Dans ce dernier cas, la fièvre jaune ou la malaria pouvaient se substituer à l'angoisse plus générale concernant la décadence. Dans cette perspective, une régénération à la fois physique et morale pouvait s'effectuer dans les lieux de villégiature de la Guadeloupe.

LA CURE D'ALTITUDE

Les médecins coloniaux de la fin du siècle orientèrent ce culte du climat tempéré vers une quête de l'altitude, affirmant que les stations d'altitude pouvaient combattre les pathologies associées aux tropiques. Philip Curtin a nommé ce phénomène de la fin du dix-neuvième siècle, « la panacée que constituait la quête des hauteurs »². La normalisation de la médecine tropicale impliquait que les stations thermales devaient à présent se justifier en termes d'effet démontré sur la morbidité tropicale. Et, de fait, il existait véritablement un certain degré de « science pure » derrière les stations d'altitude. Les Anglais en Inde avaient conclu que ni le choléra ni la malaria ne pouvaient sévir à une altitude allant de 1 500 à 2 000 mètres, quoique certains avertissent que seules des altitudes de

J. Mackenzie (éd.), *Imperialism and the Natural World*, Manchester, 1990 ; D. Arnold, *Warm Climates and Western Medicine*, Amsterdam, 1996 ; W. Anderson, « Climates of Opinion : Acclimatization in nineteenth-century France and England », dans *Victorian Studies*, n°35, 1992, p. 2-24 ; M. Harrison, « 'The Tender Frame of Man' : Disease, Climate and Racial Difference in India and the West Indies, 1760-1860 », dans *Bulletin of the History of Medicine*, n°70, 1996, p. 68-93.

1. G. Treille, *Principes d'hygiène coloniale*, Paris, 1899, p. 251.

2. Curtin, *op. cit.*, p. XIII, 28.

plus de 2 500 mètres avaient prouvé leur sécurité absolue¹. Ceci représentait évidemment une modification importante par rapport aux 400 pieds (121,9 m) recommandés par le conseil de santé de la Guadeloupe au début du siècle. Les Français, quant à eux, devinrent de plus en plus convaincus que les eaux thermales pouvaient avoir une fonction utile dans la lutte contre les affections du foie associées avec la malaria, la fièvre jaune et l'anémie en particulier. Il n'est donc pas étonnant que le développement croissant de stations d'altitude guadeloupéennes ait coïncidé avec un effort pour fonder des Instituts Pasteur scientifiques à travers l'empire français² et pour exporter aux colonies une législation sur la santé publique. Les stations de repos ne constituaient qu'une seule dimension dans la codification bien plus large de pathologies tropicales et de leurs antidotes européens.

Les découvertes scientifiques sur l'immunité d'altitude contre la malaria et la fièvre jaune, en particulier, contribuèrent à déterminer ce qu'on pourrait appeler une escalade vers l'altitude au dix-neuvième siècle. Mais, si l'on en croit le médecin colonial Dryepont, qui écrivait au tournant du vingtième siècle, une telle escalade était aussi ancienne que le colonialisme lui-même :

« Depuis les débuts de l'occupation des pays tropicaux par les Européens, on avait remarqué que certains de ces pays ou certaines parties de ces pays, paraissaient jouir d'une salubrité relative. On s'efforça de rechercher quelles pouvaient être les causes de cette situation privilégiée, afin de pouvoir appliquer à d'autres contrées le résultat de ces recherches et y découvrir aisément des emplacements où l'on serait en droit d'espérer rencontrer les mêmes avantages. »³

Conçue comme un élément de bon sens dans la lutte pour la survie dans une zone où la race blanche ne parvenait pas à s'acclimater, la quête – et bientôt la cure – d'altitude s'enracina dans le canon de la médecine tropicale.

L'altitude était donc de première importance comme indice de salubrité. Kermorgant note que Camp-Jacob jouissait d'une moyenne de température de 5 degrés centigrades inférieure à celle de la capitale de l'île, Basse-Terre, située en contrebas, à seulement cinq kilomètres de distance. Le Camp-Jacob devait sa réputation à son altitude de 545 mètres au-dessus du niveau de la mer, élévation toutefois insuffisante selon les calculs contemporains, pour prévenir la malaria⁴. Néanmoins, selon Kermorgant, ce sanatorium était particulièrement bénéfique de juillet à octobre, période pendant laquelle la malaria ravageait les plaines de la Grande Terre. Les médecins français ne cessèrent jamais de s'émerveiller devant la prétendue immunité naturelle du Camp-Jacob. En 1897, un rapport note que de toutes les brigades de gendarmeries de l'île, celle du Camp-Jacob semblait compter le moins de malades. Il fut donc

1. Dryepont, *op. cit.*, p. 42. Sur le paludisme, cf. W. B. Cohen, « Malaria and French Imperialism », dans *Journal of African History*, n°24, 1983, p. 23-36.

2. Voir A. Guénel, « The Creation of the First Overseas Pasteur Institute, or the Beginning of Albert Calmette's Pastorian Career », dans *Medical History*, n°43, janvier 1999, p. 1-25.

3. Dryepont, *op. cit.* p. 18.

4. Kermorgant, « Sanatoria et camps de dissémination ... », p. 346.

recommandé que la brigade en question soit agrandie et que le camp devienne une « résidence de vacances » pour les gendarmes français¹.

Parmi les nombreuses études rédigées au sujet des hauteurs guadeloupéennes, celles qui traitent de l'immunité contre la fièvre jaune semblent présenter les résultats les plus convaincants. Dryepont observait que, à la fois à la Jamaïque et à la Guadeloupe, le pire des épidémies de fièvre jaune avait épargné les régions d'altitude. À la Jamaïque, il notait que le taux de mortalité avait baissé de 130‰ à 35‰ depuis que les troupes avaient déplacé leur garnison des plaines vers les montagnes². De même, à la Guadeloupe, le Camp-Jacob avait protégé les soldats de la pire épidémie de fièvre jaune, celle de 1869, comme le démontre ces statistiques :

Lieu	Nombre moyen de cas de fièvre jaune (‰)
Les Saintes	660
Marie-Galante	570
Pointe-à-Pitre	230
Basse-Terre	210
Camp-Jacob	140

[extrait de Dryepont, *La question des sanatoria dans les colonies*, Bruxelles, 1900, p. 74.]

Alors que la protection relative qu'offrait le Camp-Jacob contre la fièvre jaune semble indiscutable, les résultats étaient bien moins convaincants concernant la malaria qui était en train de devenir le premier agent de mortalité de l'île, étant responsable d'un quart de toutes les hospitalisations au tournant du siècle³.

En 1907, le Dr. René Pichevin, expert des sanatoria coloniaux, s'intéressa aux taux de malaria dans la région de Saint-Claude/ Matouba/ Camp-Jacob. Pichevin observa que les troupes postées dans cette région étaient quelque peu moins vulnérables au paludisme que leurs compatriotes stationnées dans les plaines de la Martinique⁴. Mais les chiffres demeuraient étonnamment élevés. Dans les plaines martiniquaises, 292 soldats sur 1000 avaient contracté la malaria en 1904, contre 286 sur 1000 dans les hauteurs de Guadeloupe. Cependant, une étude plus tardive de 1932 entreprise par un certain Marcel Léger concluait que la Guadeloupe en général apparaissait comme plus sujette à la malaria que la Martinique, ce qui jetait un nouveau regard sur les statistiques. De plus, Léger notait que l'île de la Guadeloupe tout entière semblait contaminée quoique, bien curieusement, il reconnût ne pas avoir testé les hauteurs

1. Dr. Drevon, « Morbidité et mortalité du personnel militaire de la Guadeloupe pendant l'année 1897 », dans *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°1, juillet 1898, p. 366.

2. Dryepont, *op. cit.*, p. 73. Sur les taux de morbidité parmi les blancs en Jamaïque, cf. T. Burnard, « The Countrie Continues Sicklie : White Mortality in Jamaica, 1655-1780 », dans *Social History of Medicine*, n°12, 1999, p. 45-72.

3. Dr. Drevon, *op. cit.*, p. 362.

4. R. Pichevin, « L'hygiène aux colonies d'Amérique », dans *Quinzaine Coloniale*, n°24, 25 décembre 1907, p. 1 097-1 101.

de Saint-Claude/ Matouba¹. Ce refus de démystifier la prétention antipalustre de la région de Saint-Claude/ Matouba/ Camp-Jacob est sans aucun doute révélatrice. Si les chiffres de Pichevin sont exacts, les stations d'altitude guadeloupéennes n'offraient à vrai dire que bien peu de répit contre la malaria (ce qui serait fort logique, car nous savons à présent que même une altitude de 2 000 mètres est insuffisante).

Néanmoins, les premiers résultats de Pichevin, ajoutés aux conclusions plus convaincantes de Dryepont concernant la fièvre jaune, contribuèrent sans nul doute à la croissance des stations guadeloupéennes, à la fois thermales et climatiques. Ils recommandaient de façon prosaïque que la meilleure manière d'éviter les maladies consistait à éviter les zones infectées. Bien entendu, le non-dit de ces conclusions, c'était l'idée que les blancs, tout en s'appropriant les parties les plus confortables de l'île, devaient aussi éviter les habitants des « zones infectées ».

L'année 1920 venue, tous les éléments semblaient en place pour assurer la prospérité des stations d'altitude guadeloupéennes : les thérapies thermales et d'altitude avaient toutes les deux reçu l'aval de l'institution médicale coloniale en tant qu'antidotes efficaces contre les pathologies tropicales.

CURES D'EAU

Tandis que certains médecins français prenaient fait et cause pour le modèle des « cures d'altitude », d'autres se concentraient sur les soins par les eaux. Alors que, dès 1830, les Britanniques avaient établi les légendaires stations d'altitude de Simla, Darjeeling, et Ootacamund en Inde², les Français ajoutèrent une variante intéressante aux stations coloniales en confondant climatisme et thermalisme. Certes, si l'eau minérale ou l'altitude faisait défaut, on pouvait se contenter de l'un ou de l'autre. C'est pourquoi les stations d'altitude de Dalat, Tam-Dao, Bokor ou Sa-Pa en Indochine française, et la station d'Ifrane au Maroc ont plus d'affinité avec le modèle britannique de Simla, ne possédant pas de bains. C'est pourquoi aussi en Tunisie, par absence de villégiature d'altitude, les médecins coloniaux français utilisèrent la source thermale de Korbous, bien située sur le littoral, près de Tunis. Mais, chaque fois que cela était possible, on combinait les deux, comme à Antsirabé à Madagascar, à Cilaos à la Réunion, et à Absalon et Didier en Martinique. De tous ces sites, on peut soutenir que les stations thermales guadeloupéennes étaient les plus « anciennes » de l'empire français, du moins en ce qui concerne leur utilisation par les Français. Elles permettent l'analyse de réinventions successives, depuis la quête dix-septémiste « d'eau et d'air sains », jusqu'au

1. M. Léger, « Quelques documents sur l'indice plasmodial du paludisme à la Guadeloupe », dans *Bulletin de Pathologie exotique*, n°3, 9 mars 1932, p. 214.

2. Il existe une abondante historiographie sur les stations d'altitude en Inde : cf. Kennedy, *The Magic Mountains*, *op cit.* ; J. Kenny, « Climate, Race and Imperial Authority : The Symbolic Landscape of the British Hill Station in India », dans *Annals of the Association of American Geographers*, n°85, 1995, p. 694-714 ; P. Kanwar, « The Changing Profile of the Summer Capital of British India : Simla, 1864-1947 », dans *Modern Asian Studies*, n°18, 1984, p. 215-236 ; B. Crossette, *The Great Hill Stations of Asia*, New York, 1998 ; R. Bhasin, *Simla, the Summer Capital of British India*, Londres, 1992.

« Nouvel Impérialisme » qui plaça sa confiance à la fois dans les régions élevées et dans les sources thermales pour surmonter des taux de mortalité incontestablement élevés. Légitimés par deux institutions médicales, la crénothérapie et le climatisme, ces sites de pouvoir surgirent partout où le paysage colonial procurait les deux ingrédients nécessaires : les sources thermales et l'altitude.

Un syllogisme médical contribua à conférer une certaine légitimité au thermalisme colonial français. Ce sont des spécialistes en médecine coloniale et en crénothérapie, les docteurs Abbatucci et Matignon, qui résumèrent ainsi en termes simples son expression populaire : « Vichy=foie ; foie=colonies ; Vichy=colonies »¹. Pour bien comprendre toutes les ramifications de ce syllogisme, on doit se souvenir que le foie, déjà fétiche de la médecine française, était considéré au dix-huitième siècle comme l'organe le plus vulnérable aux tropiques². Cette théorie n'avait pas seulement trouvé sa place dans la culture coloniale populaire ; elle était aussi bien enracinée dans le saint des saints de la science coloniale moderne. Un important manuel de médecine tropicale écrit en 1938 par le médecin colonial belge Clément Chesterman donnait pour consigne : « Toujours penser à la possibilité d'une infection amibienne du foie chez les malades de race blanche qui présentent une altération progressive de la santé »³. Les docteurs Matignon et Abbatucci s'accordaient à cette croyance. Ils déclaraient : « chaque crise de paludisme touche ... la rate et le foie : c'est pour cette raison que ces deux organes demandent un examen spécial chez tous les impaludés »⁴. De là à avaliser les cures hydrothérapiques, en particulier celles de Vichy qui étaient considérées comme particulièrement bénéfiques pour le foie, il n'y avait qu'un pas. Matignon et Abbatucci prescrivaient une cure thermale immédiate pour tout mal de foie résultant d'un séjour tropical, car « plus on attendra, plus le foie réagira difficilement à l'action des eaux de Vichy »⁵. Ainsi, légitimée par la médecine moderne, l'hydrothérapie, comme la cure d'altitude, semblait promettre un remède instantané, une panacée contre les affections contractées dans les colonies. Mais, évidemment, les scientifiques français pouvaient toujours la présenter comme d'avant-garde, le thermalisme était lui-même une pratique ancienne et très diverse. En Guadeloupe, comme partout ailleurs, l'« institution » hydrothérapique ne possédait nullement un monopole sur les pratiques et les croyances thermales.

CURES HYBRIDES ?

Il est intéressant de noter que plusieurs influences antillaises locales ont pu façonner, du moins indirectement, la version coloniale moderne de l'hydrothérapie en Guadeloupe. Dans son histoire de la fièvre jaune de 1929, le Dr. Cazanove décrit un traitement ancien et « non scientifique »

1. S. Abbatucci, J.-J. Matignon, *Le bréviaire thermal des coloniaux*, Paris, 1923, p. 59.

2. D. Arnold, *op. cit.*, p. 36.

3. C. Chesterman, *Manuel du Dispensaire tropical*, Londres, 1938, p. 110.

4. S. Abbatucci, J.J. Matignon, *op. cit.*, p. 64.

5. *Ibid.*, p. 69.

de la fièvre jaune connu sous le nom de « traitement des mulâtresses ». Associée aux éléments métis des Antilles, la méthode préconisait des « bains fréquents » et des « boissons purgatives »¹.

Un texte bien plus ancien de 1816 dressait une définition précise de ce fameux traitement :

« Méthode curative des créoles et des mulâtresses :

Cette méthode recueillie sans principes ni calcul de la part des individus du peuple qui l'administrent, mais souvent autorisée par l'expérience et la comparaison des maladies, consiste :

À frictionner tout le corps avec des citrons frais, coupés par moitié

À faire avaler de ce suc par cuillerées

À faire boire une limonade acidulée jusqu'à l'astringence

À donner des lavemens acidulés

À faire prendre, suivant les cas, des bains froids ou chauds, acidulés et aromatisés avec grande quantité de citrons et d'oranges amères

À pratiquer, dès l'invasion, une saignée du pied, puis des frictions longtemps continuées, et à placer, aussitôt après, le malade dans un lit chaud »²

Il est ironique de constater que ce remède traditionnel, attribué en tout cas aux populations locales, semble avoir influencé ou au moins avoir précédé la thérapie moderne que les métropolitains cherchaient à établir au dix-neuvième siècle comme étant un procédé de pointe. De fait, ce traitement, rejeté par le Dr. Cazanove comme « curiosité médicale », ressemblait néanmoins étrangement à certains éléments de l'hydrothérapie « légitime » pratiquée par les colonisateurs. Même le Dr. Cazanove devait reconnaître que « ces médications indigènes ont notre sympathie ; le foie est toujours et rapidement atteint par la fièvre jaune. »³

Ceci souligne les ambiguïtés et le métissage de ce qui, par définition, était une société créole en Guadeloupe, tout autant que cela éclaire les zones d'ombre entourant les pratiques médicales « européennes » dans la sphère coloniale. En réalité, des Guadeloupéens noirs, comme l'homme décrit dans le premier paragraphe du présent article, fréquentaient souvent certaines stations thermales de l'île. Et des cures locales, populaires à la Guadeloupe, avaient certainement influencé diverses formes d'hydrothérapies européennes sur place. Malheureusement, la rareté de sources « subalternes » rend la reconstitution des pratiques thermales des Arawaks, des esclaves (d'avant 1848) ou des gens libres de couleur pour ainsi dire impossible sans avoir recours à des témoignages oraux dont la fiabilité, sur des sujets comme les modes d'immersion thermales il y a 150 ans, serait plus que suspecte. Tandis qu'il est parfaitement clair que la prétention européenne de monopole des pratiques hydrothérapiques en Guadeloupe était erronée, cette insistance à définir l'hydrothérapie comme un agent et un reflet de la « civilisation » est évidemment éloquent en elle-même. Faisant fi du métissage clinique et colonial, les médecins coloniaux français prescrivaient l'hydrothérapie comme une cure distinctement française dans un environnement tropical considéré hostile.

1. Dr. Cazanove, « Histoire étiologique, expérimentale et thérapeutique de la fièvre jaune », dans *Outre-mer, Revue générale de colonisation*, n°1, décembre 1929, p. 502.

2. Descourtilz, *op. cit.*, p. 92-93.

3. Dr. Cazanove, *op. cit.*

Le fait que les coloniaux devaient prendre les eaux devint bientôt aussi enraciné dans l'imagination coloniale française que la quête des hauteurs ou la nécessité du port de l'obligé casque colonial, ce précieux couvre-chef en liège qui isolait des tropiques¹. Cette tendance se trouve reflétée dans un volume de 1923 qui a pour auteurs les docteurs Abbattucci et Matignon, intitulé *Le bréviaire thermal des coloniaux*. Abbattucci et Matignon dénombrèrent trois traitements pour venir à bout des « séquelles coloniales » : « une diététique convenable, un climat tempéré et approprié. Mais le moyen par excellence est la cure hydrominérale »². Suivait une liste détaillée de stations thermales recommandées, dont la Bourboule pour la malaria, Vichy pour les maladies de foie et Plombières pour les affections gastro-intestinales. Bien que les stations situées dans les colonies elles-mêmes ne fussent pas sur la même échelle de grandeur et de confort, les deux médecins daignaient cependant en dénombrer plusieurs. En 1938, le même Dr. Abbattucci concluait que les tropiques représentaient un véritable « poison climatique » que Vichy était à même de traiter. En effet, il invoquait les recherches d'un hydrothérapeute de Vichy, le Dr. Bertrand, pour expliquer comment les eaux minérales de Vichy pouvaient contre-carrer les effets de la fatigue chronique associée aux colonies³. À cette époque, on vantait la ville de Vichy non seulement comme un lieu de retraite revivifiant pour les colons, mais aussi comme un site en passe de devenir un centre mondain récréatif pour les coloniaux, grâce à ses prétentions cliniques d'atténuer et même de guérir les pathologies tropicales⁴.

Un autre but, plus sinistre, se cachait derrière le couvert médical des stations thermales coloniales. En 1932, un client régulier du plus chic des thermes guadeloupéens, Dolé-les-Bains, affirmait dans un journal de la Guadeloupe : « je suis abrité de la malfaisance de la race par une haie »⁵. Il semblerait que certaines stations pratiquaient de fait plus ou moins la ségrégation. Ainsi, la source sulfureuse de Sources du Galion semble avoir puisé dans une clientèle principalement de couleur⁶, tandis que Dolé et Saint-Claude semblent avoir attiré surtout des fonctionnaires européens. Bien que certaines photos laissent apparaître la présence d'une clientèle mixte, pour certains blancs-pays, la fonction première de sanatorium militaire, de lieu de villégiature, etc., sous-entendait un lieu de pouvoir colonial, et donc blanc. Rechercher les eaux de sources dans les hauteurs semble avoir été, pour nombre de blancs, une manière d'éviter, non seulement les tropiques, mais aussi ses habitants⁷.

1. Sur le casque colonial, cf. S. Abbattucci, « L'Habitation coloniale » dans J.-L. Faure (éd.), *La Vie aux colonies*, Paris, 1938, p. 65-66.

2. S. Abbattucci, J.-J. Matignon, *op. cit.*, p. 2.

3. S. Abbattucci, « Le Climat tropical : l'acclimatement » dans J.-L. Faure (éd.), *La Vie aux colonies*, p. 50.

4. Voir par exemple Dr. L. Caillon, « Les syndromes coloniaux à Vichy », dans *Nutrition*, n°5, 1931, p. 493 ; et Dr. R. Durand-Fardel, « Les coloniaux à Vichy », dans *Nutrition*, n°1, 1932, p. 43.

5. C. le Dentu, « Dolé », *Le Nouvelliste de la Guadeloupe*, 24 septembre 1932, p. 2.

6. *La Guadeloupéenne*, septembre-octobre 1921.

7. Sur la ségrégation dans les villes coloniales, cf. O. Goerg, « From Hill Station (Freetown) to Downtown Conakry (First Ward) : Comparing French and British Approaches to Segregation in Colonial Cities at the Beginning of the Twentieth Century », dans *Canadian Journal of African Studies*, n°32, 1998, p. 1-31 ; C. Coquery-Vidrovitch et O. Goerg (éd.), *La Ville européenne outre-mers : un modèle conquérant ?* Paris, 1996.

CHOIX ET CONCURRENCE THERMAUX

La dimension la plus surprenante de l'hydrothérapie guadeloupéenne réside peut-être dans le nombre même de stations thermales impliquées. Au début du vingtième siècle, pas moins de dix stations avaient été développées pour une population totale de 229 839 habitants¹. Chaque station thermale se tailla peu à peu un marché, se reposant sur la légende et le bouche-à-oreille pour vanter ses qualités curatives. Selon la rumeur, la source de Ravine-Chaude avait été découverte par un chien galeux, guéri miraculeusement par ses eaux. Elles étaient réputées avoir guéri à la fois les rhumatismes, la gale et les ulcères de l'animal, ainsi que sa tristesse pour avoir perdu son maître. Bref, les eaux de Ravine-Chaude accomplissaient de « véritables miracles » disait-on. Dans un autre cas, cette fois s'agissant d'un être humain, ses eaux avaient soi-disant guéri un patient qui avait été totalement paralysé par les rhumatismes². En conséquence, jusqu'à ce jour, Ravine-Chaude est connu comme centre de traitement des rhumatismes et pour la tonification et la remise en forme, ses eaux étant surtout utilisées pour l'immersion, par des bains d'un minimum de deux heures quotidiennes³ (voir figure 2). Jusqu'au développement commercial complet de Dolé-les-Bains, Ravine-Chaude/ Lamentin était la seule station thermale guadeloupéenne qui semblait à la mesure des standards métropolitains. En 1901, le Dr. Kermorgant affirmait : « C'est le seul endroit où on ait pris quelques dispositions pour attirer les baigneurs qui payent un franc par bain »⁴. Les eaux de la Ravine-Chaude, riches en bicarbonate de soude et en calcaire et qui atteignaient une température de 32 degrés centigrades étaient également réputées guérir les affections rénales, les maladies de foie et la goutte⁵. De plus, sa boue alcaline était utilisée pour le traitement externe des rhumatismes et des affections dermatologiques⁶. Enfin, cette source miracle avait la réputation de soulager les symptômes de la malaria⁷, ce qui l'érigait en quintessence même des stations spécialistes des « maladies coloniales », tout comme Vichy et Encausse-les-Thermes en France métropolitaine. Plus tard, en 1984, un nouvel usage fut découvert pour les eaux de Ravine-Chaude : on y traitait désormais les « affections psychiatriques »⁸.

À partir de la fin du dix-neuvième siècle, des équipes de savants français avaient analysé, classifié et développé chacune des sources minérales principales de la Guadeloupe. En accord avec leur fonction de représentantes de « petits bouts d'Europe », chaque station vantait son équivalent

1. P. Pollacchi, *Atlas colonial français*, Paris, 1929.

2. « Les stations thermales des Antilles », *Le Nouvelliste quotidien*, 23 février 1924.

3. C. Thionville, *La Guadeloupe touristique*, Paris, 1931, p. 204-213.

4. Kermorgant, « Eaux thermales et minérales des colonies françaises ; la Guadeloupe », *La Dépêche coloniale*, 16 février 1901, p. 2.

5. Sainte-Luce Banchelin, *Guide du touriste aux Antilles françaises*, Paris, 1913, p. 185-288. Cuzent, *op. cit.*, p. 3-14.

6. Dr. Pichon, « Le tourisme aux Antilles et à la Guyane », dans *La Guadeloupéenne*, janvier-février 1921, p. 7 ; Abbattucci et Matignon, *Le bréviaire thermal ...*, *op. cit.* p. 129.

7. Dr. Kermorgant, « Eaux thermales et minérales des colonies françaises ; la Guadeloupe », p. 2.

8. H. Pascaline, J.-J. Jérémie, *Les ressources hydrominérales et le thermalisme en Guadeloupe et en Martinique*, Pointe-à-Pitre, 1992, p. 35.



Figure 2. – La Ravine-Chaude au début du siècle.
© Archives départementales de la Guadeloupe.

dans un site métropolitain. On comparait les eaux de Ravine-Chaude à celles de Saint-Gaudens dans les Pyrénées¹. Quant à Saint-Claude, son site lui avait valu le qualificatif de « Suisse des tropiques »². En 1926, un savant originaire de la Guadeloupe déclarait : « la douceur de son climat, la beauté de ses sites, sa verdoyante végétation, l'éclat des fleurs qui émaillent les bosquets, et le doux parfum qui s'en exhale, enchantent l'Européen déraciné du vieux continent et soumis depuis un certain temps aux rigueurs naturelles de la zone chaude »³. Le fait que Saint-Claude ne ressemblait aucunement à quelque région suisse que ce soit n'importait pas aux colons en mal du pays, qui recherchaient le « ressourcement » d'une station de type européen. À Saint-Claude, en effet, les colons étaient attirés à la fois par la fraîcheur de l'atmosphère et par les eaux chaudes des hauteurs de l'île. De telles pratiques illustrent jusqu'à quel point les colons cherchaient à contrebalancer et en fait à neutraliser leur nouvel environnement. Là où l'air était chaud et les eaux tempérées, ils cherchaient la « purification » des eaux bouillantes et les vents frais des hauteurs. Saint-Claude/ Matouba incarnait l'entremêlement des cures d'altitude et d'eaux minérales en Guadeloupe coloniale. Selon les propres mots du Dr. Édouard Chartol, à Saint-Claude/ Matouba « thermalisme et climatisation se complètent »⁴.

1. Cuzent, *op. cit.*, p. 35.

2. Leroux, *op. cit.*, p. 11.

3. *Ibid.*

4. « Le Skal-Club de la Guadeloupe : eaux thermales à la Guadeloupe », extraits du rapport sur le thermalisme par le Dr. Edouard Chartol. Archives départementales de la Guadeloupe.

La plupart des scientifiques rangeaient les dix sources minérales exploitées de la Guadeloupe dans les quatre catégories suivantes ¹ :

- A) Eaux sulfureuses : 1. Bains chauds du Matouba, 2. Sources du Galion, 3. Source Saint-Charles, 4. Sofaïa.
- B) Eaux salines faibles : 5. Eau du Pigeon ou bain du curé, 6. Dolé-les-Bains (Bain Cappé, Bain d'Amour), 7. Ravine-Chaude du Lamentin.
- C) Eaux salines fortes : 8. Eau de la Fontaine Bouillante à la lame
- D) Eaux salines fortes avec dépôts ferrugineux : 9. Bains jaunes, 10. Bains Beauvallon².

Le contenu en soufre semble avoir été relié directement à la localisation de la station par rapport à la Soufrière³. Plus la source était située près du dôme du volcan, plus ses eaux étaient décrites comme « sulfatées, chlorurées, calciques et magnésiennes ... fortement minéralisées et contenant des quantités importantes de fer ... »⁴. Ainsi, Matouba/Saint-Charles, sis sur les pentes du volcan, présentait un contenu sulfureux élevé, tandis que les trois sources de Dolé-les-Bains, de même que Ravine-Chaude tombaient sous la catégorie saline.

Chacune avait, et a toujours la prétention de traiter des affections totalement différentes. Au vingtième siècle, Dolé-les-Bains déclarait posséder une panoplie impressionnante de fonctions, soignant l'arthrite, les reins, le foie, la malaria chronique et la constipation⁵. Les eaux surgissant de la source principale de Dolé-les-Bains, la Digue, avaient une température de 33 degrés centigrades, inférieure de quelques degrés seulement à celles de Ravine-Chaude⁶. Dolé bénéficiait aussi de sa réputation d'unique villégiature de luxe de l'île, grâce aux efforts du médecin colonial à la retraite Pichon, qui installa un grand hôtel et des villas près des sources chaudes et froides vers 1920. Bien que n'étant pas situé sur un terrain particulièrement élevé, Dolé-les-Bains représente, grâce à ses brises douces, l'exemple parfait d'une villégiature considérée à la fois comme station thermale et station climatique⁷. Le Dr. Pichon décrivait le climat de Dolé comme « un perpétuel printemps »⁸, formule qui devait très certainement combler des coloniaux déplorant les températures extrêmes des tropiques. L'attraction principale de Dolé cependant, résidait dans son « hôtel élégant et confortable »⁹. Les spécialistes des stations coloniales, Matignon et Abbaticci, admiraient que Dolé soit géré par une

1. Leroux, *op. cit.*, p. 15.

2. Kermorgant, « Eaux thermales et minérales des colonies françaises ; la Guadeloupe », *La Dépêche coloniale*, 16 février 1901.

3. P. Tamby, « À propos des ressources hydro-minérales et du thermalisme en Guadeloupe ». Thèse en Pharmacie, Université de Bordeaux II, 1986, p. 30-31.

4. H. Pascaline, « Géochimie des roches et des eaux de sources chaudes du massif de la Soufrière, Guadeloupe ». Thèse, Université Paris-Sud, Orsay, 1980, p. 96.

5. Leroux, *op. cit.*, p. 17.

6. Thionville, *La Guadeloupe touristique*, p. 193.

7. J.C. Pitat, « Dolé-les-Bains : historique et perspectives actuelles », dans *La Presse thermale et climatique*, 129, 1992, p. 127-131.

8. Dr. Pichon, « Ressources sanitaires de la Guadeloupe », *La Guadeloupéenne*, janvier-février 1917, p. 16.

9. Dr. Pichon, « Le tourisme aux Antilles et à la Guyane » *La Guadeloupéenne*, janvier-février 1921, p. 7.

société fermière – marque de standing à leurs yeux¹. La publicité d'un journal guadeloupéen local promettait aux hôtes un « confort réellement moderne ... , un service irréprochable, une cuisine parfaite » et, presque en aparté « un climat particulièrement salubre et des sources thermales très agréables pour tous et spécialement efficaces dans de nombreuses maladies »². Ainsi Dolé-les-Bains s'avéra salubre pour les administrateurs coloniaux non seulement désireux de soigner des affections attribuées aux tropiques, mais aussi soucieux d'échapper aux tropiques en eux-mêmes. Mal du pays et maux tout court se rejoignaient dans la clientèle de Dolé.

Les eaux de Saint-Claude/ Matouba étaient considérées comme miraculeuses à d'autres égards. Perchées à 1 000 mètres au-dessus du niveau de la mer, ces sources occupaient une région boisée et fraîche, offrant un « cadre enchanteur » à l'excursionniste, terme combinant les notions de touriste et de patient³. Les eaux de Matouba sourdent à une température de 54 degrés centigrades. D'un point de vue strictement clinique, il existe un certain chevauchement avec Dolé, car Saint-Claude se spécialisait dans le traitement du foie, de l'estomac et des rhumatismes. Cependant, par opposition à Ravine-Chaude ou Dolé, l'accès aux sources de Matouba était ardu, surtout après le tremblement de terre de 1897 qui détruisit la voie principale menant à la station. Profitant au maximum du cadre superbe et isolé, les exploitants de Matouba ciblaient explicitement les jeunes mariés en voyage de lune de miel, stratégie qui les séparait radicalement de leurs concurrents. Le marketing semblait être devenu crucial pour assurer des profits dans le monde compétitif des stations guadeloupéennes. En 1979, alors qu'on inaugurerait un tout nouvel établissement à Matouba/ Papaye (rebaptisé Centre Harry Hamousin), on visait désormais un groupe entièrement nouveau de maladies : troubles oto-rhino-laryngologiques, articulaires et dermatologiques⁴.

L'identité du colonial étant considérée comme constamment assiégée sous les tropiques, les villégiatures, comme les stations climatiques et thermales en vinrent à servir d'agents de réaffirmation de francité outre-mer. Bien entendu, pour les fonctionnaires patriciens, le ressourcement pouvait se faire en métropole. À partir de 1920, on accorda même aux officiels coloniaux de bas rang des congés pour effectuer des cures en métropole. Pourtant, une échelle de permissions remarquablement complexe datant d'après la première guerre mondiale classait les Antilles françaises comme étant bien plus salubres que l'Afrique occidentale française, l'Amérique du Sud, ou l'Indochine, par exemple. En conséquence, un fonctionnaire colonial en Guadeloupe n'avait le droit de retourner en métropole que tous les cinq ans, alors que ceux qui étaient en poste en Guyane ou à Djibouti pouvaient rentrer tous les deux ans⁵. Ce qui signifiait que l'administrateur colonial moyen posté en Guadeloupe devait chercher le ressourcement sur place.

1. Abatucci, Matignon, *Le bréviaire thermal des coloniaux*, p. 128.

2. Dr. Pichon, « Le tourisme aux Antilles et à la Guyane » *La Guadeloupéenne*, janvier-février 1921, p. 12.

3. Voir à ce sujet l'étude de J. Dumont, « La Guadeloupe pittoresque de Léon le Boucher : naissance de l'excursion » *Bulletin de la société d'histoire de la Guadeloupe*, n°112-113, 1997, p. 9-17.

4. Pascaline et Jeremie, *op. cit.*, p. 43.

5. *L'Action* (Guadeloupe), 25 décembre 1920, p. 1.

Ce système de permissions représentait, tout comme les cures, le casque colonial, etc., un moyen de rationaliser et de codifier le mode de vie colonial. Bien que certains éléments de ce canon prescriptif aient pu paraître uniquement français, dans son ensemble, il présentait certaines similarités avec celui de la rivale coloniale de la France, l'Angleterre. Harish Naraindas a ainsi identifié les fondements du colonialisme anglais de la fin du dix-neuvième siècle, lui-même issu de la rencontre d'une pratique sociale aux colonies et d'un principe de médecine tropicale : « le sanatorium, la station d'altitude, le voyage, et la permission (retour à la bonne vieille Angleterre !) »¹. Comme nous l'avons vu, ces mêmes préoccupations, auxquelles on devrait ajouter l'hydrothérapie, et peut-être les innombrables pilules miracles pour les maladies de foie vantées dans les journaux guadeloupéens, constituaient un rite sacré des colons aux Antilles.

De nombreux éléments laissent croire qu'une certaine tension découlait des « règles du retour » et des « tables de permissions », tension opposant l'idéal des stations bourgeoises chics de la métropole, à leurs homologues guadeloupéennes. Autrement dit, les stations guadeloupéennes étaient constamment en train d'essayer de se défaire de l'étiquette de « villégiature du colon peu fortuné ». Le Dr. Paul Carnot, professeur de médecine à l'Université de Paris, tout en reconnaissant que les stations des colonies pouvaient se montrer « très précieuses », n'en concluait pas moins :

« Ce sont avant tout les stations de la France [métropolitaine] qui conviennent le mieux à nos coloniaux, car elles leur offrent, non seulement les vertus de leurs eaux, mais aussi les charmes du climat de France, la gaieté et le luxe, qui pour les coloniaux fatigués, représentent un des éléments primordiaux de la cure. »²

Pour les coloniaux qui fréquentaient les petits bassins délabrés de Ravine-Chaude, Vichy et Royat devaient en effet ressembler à un Eldorado. Les partisans des stations guadeloupéennes attrapèrent de ces comparaisons incessantes avec les villégiatures métropolitaines, un sérieux complexe d'infériorité. Dans son étude de 1962 des sources guadeloupéennes, Édouard Leroux notait :

« Que de bienfaits peuvent en tirer les habitants et les fonctionnaires de l'île. En effet, il ne faut pas oublier que nous avons affaire la plupart du temps à des maladies coloniales telles que hépatites, anémies, etc., et que souvent il faut agir vite. Or, dans de tels cas, on ne peut conseiller les stations européennes des Pyrénées, de l'Auvergne ou des Vosges, qui nécessitent pour s'y rendre un voyage très long et très coûteux et qui, chose importante, ne sont ouvertes pour la plupart que de mai à octobre. Aussi doit-on se féliciter de posséder ces quelques stations thermales qui, grâce à leur situation privilégiée, restent ouvertes toutes l'année. »³

1. H. Naraindas, « Poisons, Putrescence and the Weather : A Genealogy of the Advent of Tropical Medicine », dans *Les Sciences hors d'occident au XX^e siècle*, vol. 4 : Médecines et Santé, A.-M. Moulin (éd.), Paris, 1995, p. 33.

2. Dr. Carnot, préface d'Abbatucci et Matignon, *Le bréviaire thermal des coloniaux*, p. X.

3. Leroux, *op. cit.*, p. 15.

Même en soulignant la compétition entre stations locales et métropolitaines, Leroux trahissait un complexe d'infériorité prononcé par rapport à la qualité clinique des eaux françaises. À l'en croire, l'avantage des eaux guadeloupéennes provenait de leur présence et de leur proximité, plutôt que de leur mérite intrinsèque.

Ailleurs, la lutte pour garder sur place les fonctionnaires coloniaux était plus explicite. En 1927, au cours d'un débat animé au Conseil général de la Guadeloupe, le conseiller Tacita soutint qu'il serait profitable à l'île que « les fonctionnaires rhumatisants, au lieu d'aller en France se faire soigner, gagneraient à l'être à la Guadeloupe même »¹. Certains suspectaient même le gouverneur de la Guadeloupe d'avoir systématiquement refusé d'accréditer les stations thermales de l'île, de peur qu'on n'« empêche [nos] compatriotes d'être envoyé aux eaux de Vichy ou d'ailleurs » sous le prétexte qu'il existait une alternative locale². L'économie coloniale de dépendance s'étendait donc aussi au domaine socio-médical, au grand regret des promoteurs guadeloupéens.

De toutes les stations thermales, c'était surtout Vichy qui représentait une menace pour le secteur thermal guadeloupéen. Un article de 1937 du *Nouvelliste de la Guadeloupe* déclarait clairement :

« Les indications de la cure de Vichy sont connues de tous, du moins dans les grandes lignes : tout le monde sait que Vichy est la station du foie et de la nutrition, qu'un colonial ou habitant des pays chauds soucieux de sa santé ne saurait se passer d'y faire une cure régulièrement. Il est incontestable que l'eau de Vichy combat l'influence néfaste du climat qui diminue la vitalité et provoque à la longue tout le cortège des affections hépatiques et intestinales amenant à un ralentissement fatale de la nutrition. C'est à juste titre que la station de Vichy a été qualifiée de port de salut des coloniaux, et si cette fraîche et accueillante petite ville est chaque année le rendez-vous d'une partie de l'univers, c'est surtout l'oasis vers laquelle se dirigent tous ceux qui habitent les régions chaudes du globe, vers laquelle accourent tous ceux qui entre deux séjours lointains sentent le besoin de faire une cure de désintoxication et de régularisation de leur appareil digestif. Beaucoup d'ailleurs y vont spontanément, sans ordonnance médicale impérative, simplement pour se maintenir en bon état, pour mieux se défendre ultérieurement contre les grandes infections tropicales. »³

En affirmant que les tropiques étaient intrinsèquement toxiques, et que les blancs qui y étaient postés pourraient se désintoxiquer à Vichy, les promoteurs de cette « reine des villes d'eau » avaient découvert un véritable filon. Dans cette logique, Vichy dépassait les stations guadeloupéennes sur bien des registres : par sa prétendue supériorité clinique, par sa fonction sociale comme centre de la vie coloniale mondaine, et par sa construction culturelle en tant qu'oasis pour des colons en mal du pays.

Dans ce contexte, la Dépression vit le début d'une période faste pour les stations guadeloupéennes, car elle rendit trop onéreux le rapatriement saisonnier de la plupart des colons. Tandis que les magnats des stations

1. Archives départementales de la Guadeloupe, 1 N 132, Délibérations du Conseil Général, 22 novembre 1927, p. 91-99.

2. « Nos eaux thermales », *La Démocratie sociale*, 30 janvier 1944.

3. « La saison de Vichy, 1937 », *Le Nouvelliste de la Guadeloupe*, 26 mai 1937, p. 3.

thermales métropolitaines étaient aux prises avec la baisse de clientèle étrangère, les responsables des stations guadeloupéennes, ainsi que les gouverneurs de l'île, commencèrent à tramer des plans de développement ambitieux pour faire de la Guadeloupe la villégiature thermique de toute la région caraïbe.

Avant 1929, les sources de la Guadeloupe avaient attiré une clientèle fidèle mais limitée d'étrangers. Le poète, journaliste et politicien québécois, Rémi Tremblay, par exemple, séjourna à Dolé-les-Bains. De façon plus régulière, l'île avait aussi attiré des fonctionnaires coloniaux français en provenance de la Guyane, que favorisait déjà la table des permissions en leur permettant des congés-maladie tous les deux ans. Le climat de la Guyane française étant jugé particulièrement rude, celle-ci représentait une source importante de clientèle pour les stations guadeloupéennes. Les autorités coloniales en Guyane avaient officiellement reconnu la station guadeloupéenne de Dolé-les-Bains comme un établissement thermal qualifié, non différent de Vichy. Un article de 1924 sur la question des fonctionnaires guyanais à Vichy observait :

« Les difficultés de l'existence, le prix excessif des passages, le coût pour ainsi dire anormal de la vie en France pour les bourses moyennes, ont poussé peu à peu ceux qui désirent se reposer et jouir d'un climat moins chaud et moins débilitant que celui de la Guyane, à chercher dans nos Antilles un site tranquille, d'un accès facile et doté d'un hôtel moderne. Le choix est fait, et Dolé-les-Bains recevra de plus en plus nos compatriotes de Cayenne, de Saint-Laurent-du-Maroni et de Mana. »¹

Cette base solide de clients de l'extérieur contribua sans doute à nourrir certaines des illusions et des ambitions des promoteurs guadeloupéens autour de cette période.

Un conseiller général guadeloupéen s'était exclamé déjà en 1927 : « Qui sait si l'aménagement de cette station ne déterminera pas une ère de prospérité à la Guadeloupe ? ». À quoi un collègue plus sceptique avait lancé : « je préviens mon collègue, M. Tacita, qui rêve de la construction d'un Palace Hôtel pour recevoir des nababs américains, de réfréner ses désirs qui ne sont, en somme, que de l'idéologie »². En 1935, alors que les stations guadeloupéennes étaient en plein essor, un autre projet fut élaboré pour attirer une « clientèle étrangère », surtout américaine, vers de nouveaux thermes aux Bains Jaunes³. À ce jour, ce rêve d'attirer des clients et baigneurs américains reste illusoire. Cependant, les détracteurs de ce projet de grand hôtel climatique s'en prirent ouvertement à lui, en défendant un autre au passage : « l'emplacement à Montéran, est trop bas et, aux Bains jaunes, trop haut ... *in medio stat veritas*. »⁴

Derrière tous ces débats se cachaient donc des sympathies pour certaines stations plutôt que d'autres. C'est ainsi que les rivalités locales

1. « La Guyane et Dolé-les-Bains », *Le Nouvelliste quotidien*, 28 juillet 1924.

2. Archives départementales de la Guadeloupe, 1 N 132, Délibérations du Conseil général, 22 novembre 1927, p. 91-99.

3. C. Thionville, « Un hôtel touristique aux Bains Jaunes », *L'Action*, 26 octobre 1935, p. 2.

4. *Ibid.*

contribuèrent au développement de nombreuses stations guadeloupéennes, si bien qu'en Guadeloupe, entre les deux guerres, quelque dix stations différentes étaient en compétition pour un marché relativement limité et, de plus, certainement épuisable. Des partisans d'une station particulière attaquaient régulièrement des stations rivales dans la presse locale, par le truchement de métaphores torturées, mais révélatrices :

« Gourbeyre est une des belles filles de la colonie ; elle peut, elle doit donc avoir ses prétentions. Mais si les jolis atours relèvent la valeur physique, quel plus gracieux ornement que la modestie, quelle vertu plus appréciable que la soumission pour la jeune fille ? Saint-Claude, ma chère, il faut savoir limiter tes désirs et aussi accepter que maman pare ses filles des atours qu'elle juge les plus appropriés, que blonde elle t'habille de bleu, qu'à ta sœur brunette, elle réserve l'écarlate ! N'est ce pas ? »¹

Ainsi, si les stations guadeloupéennes étaient racialisées, comme « îlots de blancs »², elles étaient aussi sexuées aux yeux de leurs partisans.

En plus d'être elles-mêmes féminisées, comme dans le passage cité ci-dessus, les stations guadeloupéennes étaient strictement réparties entre hommes et femmes, comme cela se faisait à l'époque. Cette séparation caractérisait les thermes français de la métropole depuis les années 1830, et en aucun sens n'était spécifique à la Guadeloupe ou au domaine colonial³. Ainsi, au contraire, on accusa même les propriétaires de stations d'être en retard sur leur temps dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres. Par exemple, en 1924, un représentant masculin du lobby guyanais se plaignit dans un journal guadeloupéen de ne pas être à l'abri des regards indiscrets à Dolé-les-Bains, citant des considérations à la fois hygiéniques et prudes. Non content de la barrière relativement basse qui séparait les baigneurs hommes et femmes, il réclamait l'installation de bains privés, car « l'on ne doit pas oublier que tous les hommes ne sont pas des Adonis ou des Apollon ou toutes les femmes des Phryné, que nombre de personnes, pour des raisons qu'il est inutile de citer, ne tiennent pas à se montrer sous un maillot collant ! »⁴ (voir figure 3).

COMPARER LES STATIONS ANTILLAISES

Bien qu'on ait peu écrit sur l'hydrothérapie dans la région, il n'en reste pas moins apparent que le cas de la Guadeloupe n'était pas unique dans la région. Un article de 1911 sur les sources chaudes de l'île de Nevis soulève plusieurs points de comparaison avec la Guadeloupe. Les sources de Nevis avaient aussi provoqué la fascination des visiteurs européens depuis le dix-septième siècle. L'île devint si étroitement associée à ses sources chaudes que leur image fut incorporée dans le blason impérial

1. M. Laventure, « Dolé-les-Bains, l'offensive de St. Claude », *Le Nouvelliste quotidien*, 13 mai 1933.

2. D. Kennedy, *Islands of White. Settler Society and Culture in Southern Rhodesia*, Durham, 1987.

3. D. Mackaman, *op. cit.*, p. 76-78.

4. « La Guyane et Dolé-les-Bains », *Le Nouvelliste quotidien*, 28 juillet 1924.

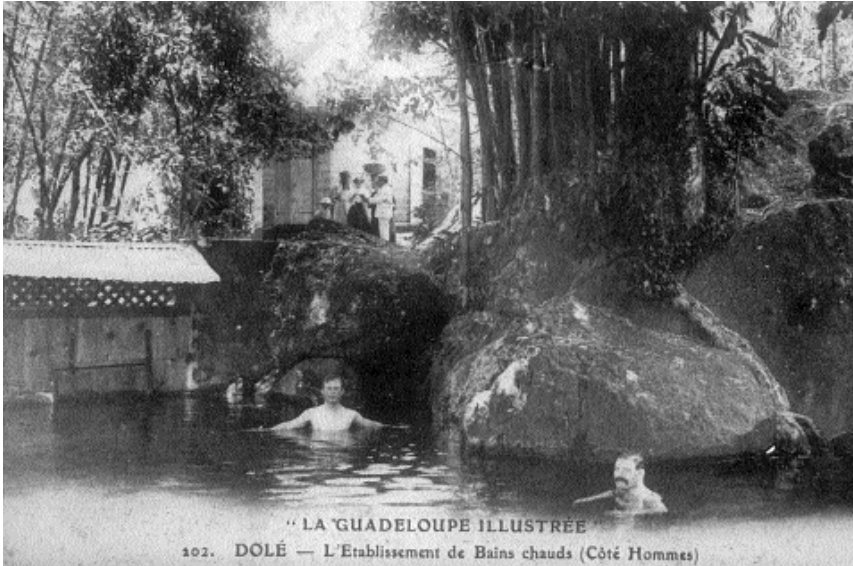


Figure 3. – Les bains, côtés hommes, à Dolé-les-Bains.
© Archives départementales de la Guadeloupe.

de Nevis datant de l'époque victorienne. Les sources minérales de Nevis avaient aussi été considérées comme une panacée pour des maladies aussi diverses que les affections respiratoires, la lèpre, les brûlures et les rhumatismes. Il est intéressant de constater qu'un rapport de 1666, écrit par un Anglais du nom de John Davies, comparait les sources de l'île de Nevis à celles des thermes français de La Bourboule, signe, peut-être, de l'omniprésence des stations thermales françaises comme étalon de référence à travers lequel étaient médiatisées les eaux du « Nouveau Monde ». Un certain révérend William Smith, quant à lui, décrit en 1745 les sources de Nevis comme étant bénéfiques « à tous les malades, aussi bien les Blancs que les Noirs ». Enfin, la station de Nevis réussit, quant à elle, à attirer des investisseurs américains, qui réouvrirent le grand *Bath-House* au début du vingtième siècle, dans l'intention de procurer « aux patients antillais un sanatorium confortable, et même luxueux, qui serait d'accès facile à partir de leurs colonies respectives »¹. Mais, en fin de compte, au vingtième siècle, le culte de la plage allait éclipser le phénomène thermal à travers les Antilles, les touristes commençant à se précipiter vers cette région pour son soleil et ses anses.

1. D. Davis, « Nevis as a West Indian Health Resort », *Timehri : the Journal of the Royal Agricultural and Commercial Society, British Guyana*, n°1, 1911, p. 285-294. Je tiens à remercier Juanita de Barros d'avoir porté ce document à ma connaissance.

ÉPILOGUE : RÉINVENTER LES STATIONS THERMALES DE LA GUADELOUPE

En Guadeloupe aujourd'hui, les stations thermales ont cessé d'être utilisées majoritairement par les anciens colons et, à partir de la départementalisation de 1946, et la venue d'un système de sécurité sociale couvrant les frais de traitement thermal, elles ont vu la base de leur clientèle changer du tout au tout. Mes observations personnelles à Ravine-Chaude et Saint-Claude, bien que non systématiques, suggèrent que, loin d'attirer les touristes américains, comme on l'avait d'abord rêvé, ou même les classes administratives métropolitaines, ces stations desservent maintenant la bourgeoisie féminine locale de couleur. Ce qui était autrefois un domaine marqué doublement par la séparation en fonction de la race et du sexe, est devenu aujourd'hui un espace public racialement plus égalitaire. Les touristes français métropolitains, quant à eux, se concentrent maintenant sur les quelques plages de la Grande-Terre, autrefois jugée la partie la moins salubre de l'île. De la même manière, l'ancienne institution coloniale, autrefois vouée aux soins du corps blanc et principalement masculin, s'est réinventée aujourd'hui comme agent embellissant du corps noir féminin. L'ironie de la situation ne saurait nous échapper quand La Ravine-Chaude, site autrefois réputé guérir des maladies dues à la toxicité déclarée de l'île, soit se redéfinit aujourd'hui comme un site indigène salubre, soit se vante en tant que « destination exotique ».

De fait, aujourd'hui, l'imagination de certains réinvente en sites « exotiques » et « tropicaux » ces stations mêmes qui avaient autrefois servi de rappels de la France pour les colons en mal du pays. Lorsque la principale association thermique scientifique française se réunit en Guadeloupe en 1990, un représentant de l'Office du tourisme de Toulouse conseilla aux Guadeloupéens de promouvoir leurs stations auprès de vacanciers métropolitains en quête de « dépaysement ». En effet, cet expert en visite exhorta les fonctionnaires guadeloupéens à « développer en Guadeloupe des infrastructures de loisirs, renforcer face à la concurrence caribéenne l'attractivité de la destination Guadeloupe en soulignant son originalité, satisfaire à la recherche croissante de dépaysement des clientèles »¹. Bref, ce spécialiste métropolitain de l'industrie du tourisme recommandait la création d'une chaîne thermique en Guadeloupe, « à même de proposer dans une mise en scène tropicale et caribéenne une palette originale et diversifiée de bains s'inscrivant dans l'offre touristique guadeloupéenne »². De tels arguments résumant la continuité et le changement dans le secteur thermal de la Guadeloupe. On conseille maintenant à une industrie thermique devenue entièrement guadeloupéenne, de se tourner vers la France métropolitaine pour trouver des clients potentiels recherchant l'exotisme, dans les lieux mêmes où les Européens avaient autrefois retrouvé le confort de la patrie.

Dans la même veine, une édition récente du *Fodor's Guide to the Caribbean*, bible des voyageurs de croisières, décrit Ravine-Chaude en termes

1. M. N. Blanquier, « Approche d'une mise en valeur diversifiée du patrimoine hydrominéral guadeloupéen », dans *La Presse thermique et climatique*, n°129, 1992, p. 132-134.

2. *Ibid.*

qui évoquent encore, tant les comparaisons colonies-métropole, que l'effort continu, mais largement vain, de la station pour attirer des étrangers, en particulier des Américains. « Ce n'est certes pas Vichy », dit le guide, « mais cette modeste station est un bon endroit pour se baigner après avoir arpenté les sentiers. Elle tire ses ressources des salubres eaux géothermales de la région et dessert surtout une clientèle locale, bien que des efforts soient faits pour l'améliorer en vue d'une clientèle internationale »¹. La Ravine-Chaude continue à être comparée à Vichy de façon défavorable, mais est considérée, du moins par le guide Fodor, comme un site intrinsèquement « local », alors que, pendant des siècles, on l'avait vue comme une importation, un morceau de France transposé aux tropiques.

1. *Fodor's Guide to the Caribbean*, 1999, p. 355.