

# Des poisons qui en disent long

## Les fonctions de l'arsenal thérapeutique traditionnel du Viêt Nam colonisé (1860-1954)

Laurence Monnais, Ph.D.

Volume 16, Number 1, Fall 2003

Remède ou poison ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1073756ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1073756ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Monnais, L. (2003). Des poisons qui en disent long : les fonctions de l'arsenal thérapeutique traditionnel du Viêt Nam colonisé (1860-1954). *Frontières*, 16(1), 12–19. <https://doi.org/10.7202/1073756ar>

Article abstract

The French colonization of nineteenth century Vietnam occurred at a moment when the domination/exploitation of the country coincided with the triumph of biomedicine in European health policies and the growth of the Western pharmaceutical industry. In this context, an analysis of the roles of traditional sino-vietnamese medicine affords an excellent opportunity to examine the meeting of two very different medical systems. Although at first denounced by colonial authorities and French doctors as a deadly poison to be avoided at all costs, over time, the continuing presence of sino-vietnamese medicine in French-dominated Vietnam came to reveal variety of practices and realities associated with a complex and ambiguous medicalization process, one very difficult to control from above. The vestiges of this ambiguity remain visible in multicultural Western societies and in Asian societies even today.

**Résumé**

La colonisation du Viêt Nam par la France intervient dans le cadre d'un synchronisme qui, au XIX<sup>e</sup> siècle, associe d'une part la domination-exploitation du pays et, d'autre part, la confirmation de la prééminence de la biomédecine dans les politiques de santé européennes et l'essor de l'industrie pharmaceutique occidentale. L'analyse des fonctions des remèdes traditionnels sino-vietnamiens devient alors un formidable outil de compréhension de la rencontre entre deux systèmes médicaux fort différents. De prime abord dénoncés par les autorités coloniales et les médecins français comme un poison mortel à proscrire par tous les moyens, ces remèdes ne sont pas pour autant disparus et ils s'avèrent le révélateur d'une variété de comportements et de réalités associés à un processus de médicalisation ambigu mais aussi difficile à imposer et dont les vestiges sont encore visibles dans les sociétés occidentales pluriculturelles et dans les sociétés asiatiques d'aujourd'hui.

Mots clés : *médicament – remède traditionnel – colonisation – médicalisation – Viêt Nam.*

**Abstract**

The French colonization of nineteenth century Vietnam occurred at a moment when the domination / exploitation of the country coincided with the triumph of biomedicine in European health policies and the growth of the Western pharmaceutical industry. In this context, an analysis of the roles of traditional sino-vietnamese medicine affords an excellent opportunity to examine the meeting of two very different medical systems. Although at first denounced by colonial authorities and French doctors as a deadly poison to be avoided at all costs, over time, the continuing presence of sino-vietnamese medicine in French-dominated Vietnam came to reveal variety of practices and realities associated with a complex and ambiguous medicalization process, one very difficult to control from above. The vestiges of this ambiguity remain visible in multicultural Western societies and in Asian societies even today.

Key words: *pharmaceuticals – traditional drugs – colonialism – medicalization – Vietnam.*

# Des poisons qui en disent long

## Les fonctions de l'arsenal thérapeutique traditionnel du Viêt Nam colonisé (1860-1954)<sup>1</sup>

Laurence Monnais, Ph.D.,

professeure adjointe, Université de Montréal,  
Département d'histoire – Centre d'études de l'Asie de l'Est  
(CETASE).

Le médicament s'impose comme un médiateur privilégié entre un malade et sa maladie, un thérapeute et son malade mais aussi entre une société et ses dirigeants sanitaires. C'est d'ailleurs comme indicateur de la réception d'un processus de médicalisation que la consommation du médicament s'érige en comportement de santé parmi les plus difficiles à décoder mais aussi parmi les plus délicats à surveiller, diriger et, de ce fait, parmi les plus dangereux, tout au moins aux yeux des autorités œuvrant pour la protection sanitaire d'une population donnée. Lorsqu'il y a rencontre entre plusieurs systèmes de santé et, surtout depuis l'avènement de la biomédecine au XIX<sup>e</sup> siècle, on observe une tension entre les intentions administratives et professionnelles et les pratiques profanes. Ces difficultés se trouvent grossies et mettent assurément en relief l'impact de divergences socioculturelles mais aussi d'autres formes d'obstacles à une entente : des réalités pathologiques, économiques, politiques aussi.

La teneur complexe de cette rencontre, qui oscille entre confrontation et conciliation, sera présentée ici en proposant une analyse historique de l'évolution du ou plutôt des rôles dévolus aux médicaments sino-vietnamiens dans la politique de santé proposée par la France à sa colonie asiatique. On peut offrir une traduction nuancée du

dénigrement de cet arsenal et de ses usages, un dénigrement assurément plus monolithique dans les discours administratifs et médicaux que dans les pratiques. La colonisation du Viêt Nam par la France (1858-1954) révèle en effet un synchronisme éloquent entre la mise sous tutelle, l'avènement de la médecine scientifique et le développement de l'industrie pharmaceutique. Le pays se trouve être par ailleurs le terreau d'une médecine traditionnelle fortement ancrée, reposant sur une thérapeutique à la fois savante et populaire ancestrale et valorisant l'automédication. Or, si de prime abord les remèdes sino-vietnamiens sont présentés dans les discours coloniaux comme un poison fatal à proscrire par tous les moyens, une lecture plus attentive des rapports sanitaires, de la presse médicale et populaire de l'époque ou encore de la législation pharmaceutique appliquée à la région sous domination révèle l'ambivalence du réquisitoire, autant les contrastes de ses motifs que de ses conséquences.

### DE LA COLONISATION ET DE SA TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT : QUELQUES REPÈRES

On considère généralement la tentative d'empoisonnement de la garnison postée à Hanoi le 27 juin 1908 comme un tournant majeur dans l'expansion d'un nationalisme vietnamien proactif et... dans sa répression massive. Sous la houlette de Phan Boi Chau, l'ordre colonial se serait en effet trouvé cette année-là, pour la première fois, véritablement déstabilisé par une succession

d'agressions anti-françaises. Les troubles commencent en Annam, en mars, avec des manifestations réclamant la réduction des impôts. À Hanoi, durant l'été, les choses vont plus loin avec l'intoxication au *datura stramonium* de 200 soldats par des subalternes de la Garde indigène. Une action avortée : un des empoisonneurs se serait confessé ; le prêtre dans la confidence aurait trahi son secret, ce qui aurait permis de soigner rapidement les malades. C'est ce qui aurait entraîné les premières grandes vagues d'arrestations d'indépendantistes envoyés par centaines au fameux bagne de Poulo Condore. Quand ils ne furent pas exécutés. Mais ce qu'on oublie souvent, c'est que cet attentat a été le vrai point de départ d'un contrôle du champ de la pratique médicale et pharmaceutique indigène. Pour l'expliquer, revenons brièvement sur la colonisation vietnamienne et son histoire médicale.

La colonisation du Viêt Nam par la France date des années 1860<sup>2</sup>. Parmi les armes de pacification, mais surtout d'exploitation et de « civilisation » – doublet justificateur de l'entreprise impérialiste – de la région, se trouve une médecine tout auréolée de ses récents exploits scientifiques, en particulier en matière de santé publique et surtout de prévention vaccinale. Dès 1905 d'ailleurs, une politique de santé ambitieuse voit le jour en Indochine, largement calquée sur le modèle métropolitain. L'Assistance médicale indigène (AMI) met d'emblée l'accent sur la prévention collective : lutte contre les principales endémies et épidémies, éducation hygiénique, médicalisation de la grossesse. On se propose bien sûr par ce biais de faire diminuer la mortalité et la morbidité pour accroître et renforcer une main-d'œuvre dont on attend beaucoup. On omet toutefois fréquemment un autre aspect de ce synchronisme original : cette mise sous dépendance a lieu dans un contexte d'essor rapide de l'industrie pharmaceutique occidentale. Si la biomédecine, imbue d'elle-même, réclame rapidement l'exclusivité dans un environnement tropical qui nécessite justement une politique de santé structurée et directive, l'Indochine devient en effet un terrain d'expérimentation comme de distribution formidable pour l'industrie du médicament. Quelle place peuvent alors espérer conserver les pratiques médicales traditionnelles locales ?

On sépare généralement la médecine traditionnelle vietnamienne en deux branches : *Thuộc bac* (ou médecine du Nord, héritière de la médecine chinoise) et *Thuộc nam* ou médecine du Sud, une médecine plus indigène, plus vietnamienne, plus populaire dans le sens où elle repose moins sur une théorie livresque homogène que sur la transmission orale de formules familiales. Quoi qu'il en soit, il faut retenir ici que ces

deux médecines se basent *grosso modo* sur les mêmes règles et recettes thérapeutiques, utilisant un grand nombre d'ingrédients similaires<sup>3</sup>. Traditionnellement, les Vietnamiens considèrent d'ailleurs la thérapeutique comme étant leur spécialité médicale – *Thuộc* se traduit à la fois par « médecine » et « médicament » ; jusqu'à récemment, être médecin signifiait généralement être aussi pharmacien et d'abord un botaniste averti (Thompson, 1998 ; Trinh, 1911). En fait, à l'époque précoloniale, aucune législation ni structure de formation ne détermine les prérogatives de chacun – une différence assurément notable avec la métropole où les deux professions sont désormais très strictement codifiées et leurs champs de pratique précisément dissociés. Quant au recours à ce thérapeute, médecin-pharmacien, pour poser un diagnostic, préconiser un traitement et proposer une ordonnance, il reste facultatif. Une réalité à considérer alors que les Vietnamiens ont toujours valorisé la thérapeutique et la pharmacologie par rapport aux autres branches de la médecine. L'extrême richesse de la biodiversité locale, végétale surtout, sans en être la seule explication, permet de comprendre cette mise en exergue. Sans compter qu'elle explique aussi la force et l'ancienneté de la présence chinoise aux commandes des circuits de production et de distribution des produits issus de la pharmacopée locale<sup>4</sup>.

Il semble en tout cas évident que la rencontre entre ces deux systèmes médicaux, l'un cherchant à s'imposer par tous les moyens, système d'un dominateur étranger et coercitif, et l'autre fortement ancré dans la société dominée, ait eu des conséquences complexes. Et il ne faut assurément pas oublier dans cette confrontation la place et la signification que prend le médicament<sup>5</sup> alors que justement l'industrie pharmaceutique européenne cherche à se diffuser en s'appuyant sur les autorités coloniales et sur la concrétisation de leurs intentions médicalisatrices. Pour autant, jusqu'à maintenant, cette place et cette signification n'ont fait l'objet d'aucune analyse ou presque (Monnais-Rousselot, 2002 ; Nguyen, 1995). Et s'il y a vide historiographique en la matière, il devient d'autant plus nécessaire de le combler que les pratiques à risque en matière de consommation médicamenteuse – pluralisme mais surtout automédication et surconsommation, avec le cas très médiatisé des antibiotiques qui toucherait nombre de pays en développement dont le Viêt Nam (Craig, 2002 ; Halfvarsson et Tomson, 2000 ; Wolffers, 1995) – et leurs déterminants sont de plus en plus au cœur des recherches sociologiques et anthropologiques et des préoccupations sanitaires internationales.

## D'UN REMÈDE TOXIQUE À UNE MÉDECINE PROSCRITE, IL N'Y A QU'UN PAS...

Les nationalistes à l'origine de l'attentat de 1908 ont eu recours à une substance bien connue pour ses vertus toxiques et hallucinogènes<sup>6</sup> ; une substance que, apparemment, il était facile de se procurer dans les officines locales. On peut aussi considérer à travers ce geste que l'empoisonnement était une façon traditionnelle d'évincer l'ennemi : c'est tout au moins ce que l'administration coloniale déclarera pour cautionner sa volonté de légiférer dans le domaine pharmaceutique. Il est de toute façon aisé d'estimer que cet événement insolite, presque théâtral, a eu une influence significative sur la décision du gouvernement général, l'autorité administrative suprême de la colonie, de s'immiscer dans un champ resté jusque-là l'apanage de la Cour impériale vietnamienne : celui de la réglementation de la médecine et de la pharmacie sino-vietnamiennes, que l'agression de 1908 avait érigé en une arme d'atteinte au régime colonial et à ses représentants.

Bien sûr, d'autres cas d'empoisonnements ont encouragé l'ingérence. Rapportés par les autorités douanières (rapports de saisies de contrebande, produits falsifiés), judiciaires (procès pour empoisonnement criminel) et médicales (observations en milieu hospitalier consignées dans la presse médicale), ils sont, à défaut d'être nombreux, éloquentes dans leur contenu et leur impact. En 1914, par exemple, le Dr Baujean rapporte une « intoxication par absorption de drogues indigènes à base de mercure ». L'étude de cas est assez brève : description du malade, établissement d'un diagnostic d'eczéma du scrotum, soumission à un traitement antisyphilitique. Mais des symptômes inhabituels perdurent :

[...] stomatite, gastralgie, vomissements, diarrhée et coliques faisaient penser à une intoxication, mais nous ne savions à quoi l'attribuer et nous écartions la possibilité d'une intoxication par le mercure, le malade n'ayant reçu que 3 injections de 0 gr. 04 d'hermophényl, composé mercuriel bien connu pour son peu de toxicité et sa grande tolérance. Nous étions donc assez perplexes sur le cas de ce malade lorsqu'on découvrit, sous son traversin, une petite boîte de médicaments annamites constitués, d'après l'analyse due à l'obligeance de M. le Pharmacien-major Pichaud, par du sulfate de cuivre et surtout de l'oxyde rouge de mercure. Pressé de questions, le malade nous avoua qu'il absorbait régulièrement ces drogues, depuis plus de trois mois, bien avant par conséquent son entrée à l'hôpital [...]

Et le patient meurt. L'auteur achève son rapport sur cette note : « en présence d'un ensemble symptomatique bizarre survenant chez les indigènes, il est donc bon d'avoir à l'esprit la possibilité d'une intoxication par des drogues de leur fabrication » (Baujean, 1914). Observant pour sa part cinq cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique, une complication grave du paludisme, le Dr de la Pouge rappelle en 1921 l'importance de prendre quotidiennement sa dose de quinine et surtout le danger mortel d'en associer la prise, ou de la remplacer, par des remèdes indigènes : « X... milicien tonkinois [...] présentait depuis plusieurs jours de la coloration des muqueuses. A pris un médicament annamite et est depuis la veille au soir dans le coma ». Le malade est assez agité ; on continue l'observation de la température et des urines en prescrivant de la quinine. « [...] 11<sup>e</sup> jour. Le malade interrogé déclare avoir déjà eu une atteinte bénigne de bilieuse un mois auparavant, qu'il avait eu les muqueuses colorées et avait uriné "comme le vin", mais que ces symptômes avaient rétrocedé à la suite d'une médication indigène ». Après le quatorzième jour, précise de la Pouge, il serait entré en convalescence (de la Pouge, 1921).

Les cas d'empoisonnement consignés sont de nature assez variée et ils ne sont pas tous susceptibles d'engendrer la crainte d'un attentat anticolonial. Pour autant, ils ont en commun de pointer du doigt plusieurs réalités : le caractère toxique des remèdes locaux, qui conduiraient facilement à la mort ; la trop grande liberté de distribution de ces remèdes et une tendance culturelle, presque naturelle, des malades indigènes à y avoir recours de leur propre chef au lieu de faire appel à la médecine occidentale, une médecine pourtant par essence efficace, antidote.

Si à travers les propos de ces médecins coloniaux on comprend que les choix thérapeutiques du patient indigène ne peuvent être éclairés – on reviendra sur cette conviction – révélant en particulier des pratiques pluralistes fâcheuses (interactions néfastes, surdosage), l'administration accuse pour sa part moins le patient que le préparateur / vendeur de remèdes locaux, un droguiste qui ferait preuve d'une incompétence lourde de conséquences comme le fait remarquer le directeur local de la santé de la Cochinchine en 1914 :

Il me semble dangereux [...] de consacrer légalement pour les pharmaciens asiatiques le droit de vente et de manipulation des substances toxiques qu'ils ne connaissent qu'imparfaitement, n'ayant aucune instruction. Ce défaut de connaissances qui se manifeste par la délivrance d'un

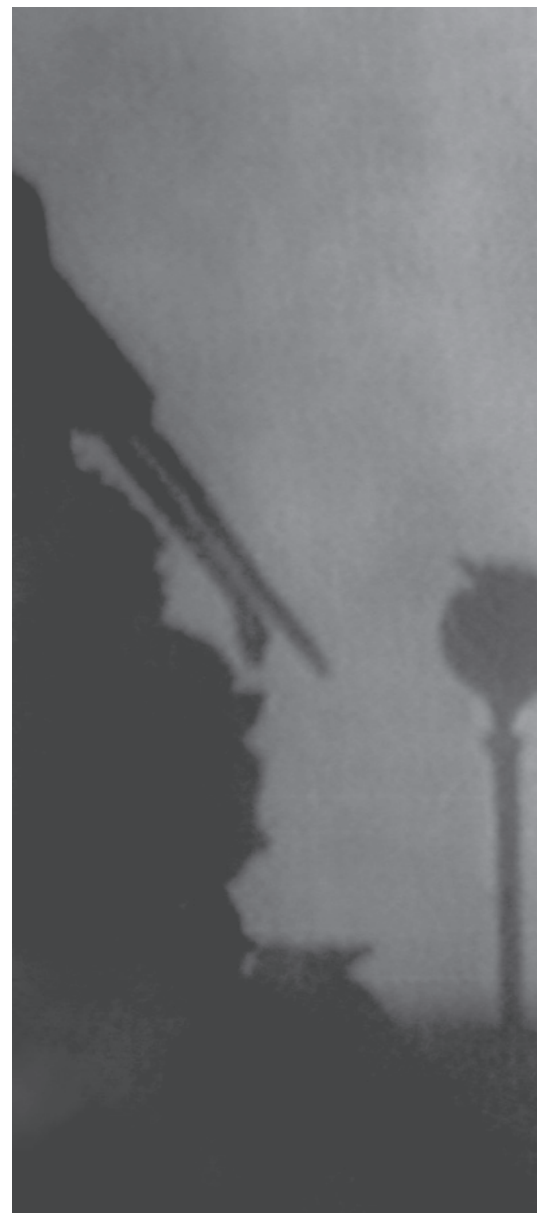
médicament à la place d'un autre, n'est pas sans être la cause d'accidents mortels. C'est ainsi qu'un pharmacien de Mytho a délivré inconsciemment de l'acéto-arsénite de cuivre pour du carbonate de cuivre et qu'un autre a vendu de *l'ilicium religiosum* pour de la badiane de Chine, occasionnant par ces erreurs la mort de deux personnes [...]<sup>7</sup>

Ces pharmaciens sont également à l'origine d'abus, fraudeurs, copieurs. Ainsi les accuse-t-on souvent de non seulement vendre illicitement des produits occidentaux mais aussi de les contrefaire ou de s'approvisionner auprès des pays voisins qui les reproduisent comme le Japon ou la Chine, sans oublier des hauts lieux de commerce international tels Singapour ou Hong Kong (Brook et Wakabayashi, 2000). Et leur négligence n'aurait d'égale que leurs honteuses ambitions mercantiles, souvent illustrées par leur implication dans le trafic de stupéfiants.

Il faut toutefois ajouter pour leur défense, précisent les autorités coloniales, qu'ils dépendent d'une médecine rétrograde. De fait, le glissement est fréquent : la mise en accusation du pharmacien devient celle de la médecine sino-vietnamienne. Inefficace ou toxique – on notera l'antinomie du grief –, taxée de « grossier empirisme », « charlatanisme » ou « médi-castrerie » arriérée, voire de sorcellerie, cette dernière constituerait finalement la source de bon nombre des maux sanitaires du pays. Bien sûr, le ou plutôt les regards portés sur la médecine indigène vont évoluer au fil de la période de domination, ne serait-ce que par familiarisation progressive avec certaines de ses applications, on y reviendra. Pour autant, ce n'est que dans l'entre-deux-guerres qu'on repérera une volonté plus affichée, plus planifiée aussi, de reconnaître certains avantages à la thérapeutique locale. Jusque-là, seule une poignée de médecins marginaux allait accepter de s'intéresser ouvertement aux pratiques médicales indigènes et d'en défendre les vertus. Pourquoi ? Parce qu'une société « non civilisée » ne peut tout simplement pas se targuer de posséder une médecine efficace et sûre.

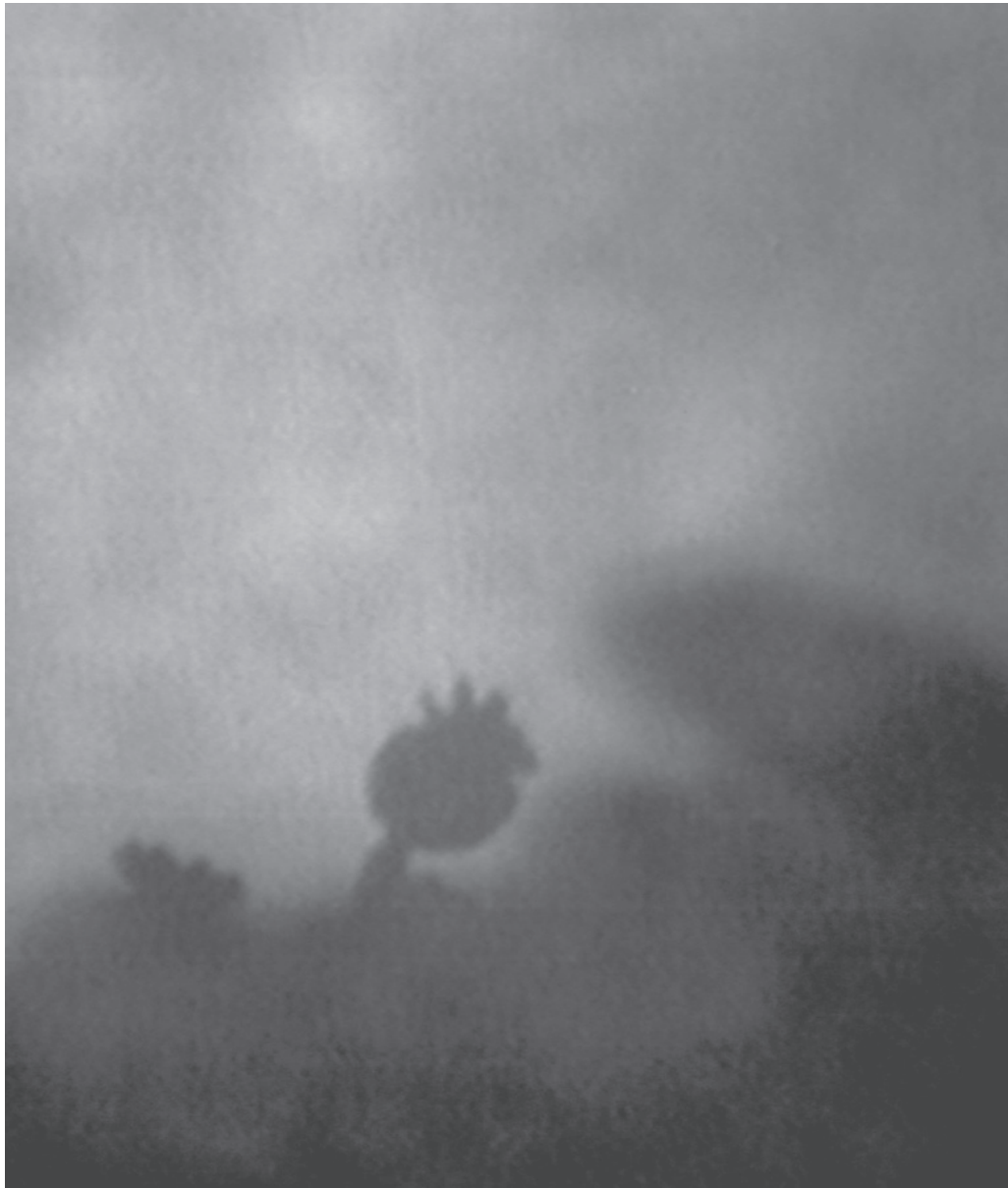
### **MAIS IL FAUT LA PROTÉGER D'ELLE-MÊME CETTE SOCIÉTÉ ARRIÉRÉE ! MISSION CIVILISATRICE ET MÉDICALISATION**

Au-delà d'une évolution vers plus d'indulgence à l'égard des pratiques thérapeutiques locales, ces dernières resteront l'objet d'un réel mépris tout au long de la période. Dans les années 1930, certains médecins et administrateurs expliquent



encore que mieux connaître doit aider à mieux combattre le charlatanisme local et à mieux éduquer pour occidentaliser les malades indigènes (Sallet, 1931, préface)<sup>8</sup>. L'introduction en 1938 de cours de matière médicale sino-vietnamienne à l'École de médecine de Hanoi – formant des « biomédecins » indigènes depuis 1902 dans un objectif avoué de faire disparaître des pratiques médicales « barbares » – s'inscrit dans cette ambition<sup>9</sup>, renvoyant encore et toujours à un plan de médicalisation synonyme de civilisation mais synonyme aussi de prévention maximum des risques sanitaires les plus saillants par la vaccination massive contre la variole, l'instauration de cours d'hygiène dans les écoles ou... le contrôle du recours à un remède traditionnel funeste.

Pour justifier cette dernière démarche, on insiste sur une combinaison détonante, celle de l'ignorance et du danger : la méde-



déjà à l'époque investi dans l'élaboration d'une industrie pharmaceutique moderne, ses produits font l'objet d'interdiction à l'entrée en Indochine. Pas seulement pour des motifs de concurrence – bien qu'il ne faille pas en minimiser le poids (Anonyme, 1901)<sup>12</sup> – mais aussi parce que tout produit asiatique est objet de suspicion, considéré par son origine comme dangereux et / ou inefficace (CAOM, GG, dossier 17162).

En conséquence de cette vision convaincue, les tentatives de contrôle des principales phases du cycle du médicament traditionnel (production, distribution, consommation) s'imposent pléthoriques. Insistons sur le terme *tentatives* ainsi que sur ceux de *restrictions rigoureuses* : il y a en effet là une distance incontestable entre les intentions et les résultats obtenus en la matière.

### **UNE LÉGISLATION PHARMACEUTIQUE QUI TENTE UN CONTRÔLE FERME. EN VAIN...**

La surveillance des circuits d'importation et de distribution de médicaments via les pharmacies européennes est précoce, résultat d'une législation métropolitaine récemment rigidifiée (Faure, 1996). On traque surtout les spécialités qui, au-delà des dangers sanitaires que leur consommation peut impliquer, sabotent la construction d'un lien exclusif entre l'industrie pharmaceutique française et ses clients indochinois potentiels (CAOM, GG, dossier 17156). Nombreuses sont également les preuves anciennes de l'appel qui est régulièrement fait par les services sanitaires aux Douanes pour appliquer plusieurs règles d'importation (forte taxation des produits non métropolitains, interdiction d'importation de tout produit thérapeutique non congné dans une pharmacopée occidentale) et mieux surveiller la contrebande aux frontières. Mais qu'en est-il alors de la codification de la pharmacie sino-vietnamienne ? Si elle concerne deux domaines principaux, à savoir les conditions générales d'exercice pharmaceutique et la distribution des substances « vénéneuses », elle se distingue surtout par les difficultés récurrentes associées à son application.

La création d'une inspection des pharmacies occidentales et sino-vietnamiennes en octobre 1908 est loin d'être une coïncidence : « l'affaire des empoisonneurs » évoquée en préambule date de quelques mois seulement... Si ce lien est facilement démontrable, on a là également un point d'ancrage à la volonté coloniale d'avancer dans son contrôle de fraudes apparemment courantes : vente de remèdes secrets, substances illicites, contrefaçons de produits occidentaux. Pour autant, l'exercice médical et pharmaceutique indigène reste encore à

cine sino-vietnamienne est une médecine empirique, pratiquée par des charlatans incultes et ingérée par des malades ignares. Et mettre dans toutes ces mains ignorantes des substances toxiques devient aisément synonyme de mort. Ce rapport de cause à effet renvoie à la vision d'un colonisé inférieur qu'il faut civiliser et de pratiques que, pour ce faire, il faut transformer. Parmi ces pratiques, on retrouve celles qui touchent à sa santé, ses habitudes alimentaires, corporelles, sexuelles ou justement de consommation médicamenteuse (Arnold, 1988). L'insistance qui est faite sur la tendance qu'auraient les populations locales à dépendre de certains psychotropes bien connus, dont l'opium, est une autre manifestation de cette vision stéréotypée et péjorative de réalités socioculturelles différentes<sup>10</sup>. De fait, alors que les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle voient se développer des tentatives de réglementation internationale à

l'égard de ces substances addictives (Musto, 1998)<sup>11</sup>, il semble bien clair que stigmatiser une opiomanie culturellement agréée apporte de l'eau au moulin du mépris pour un peuple débile, valorisant l'excès et la dépravation jusqu'à en décéder (Levet et Nghiêm, 1939).

L'œuvre de civilisation française passe donc logiquement par une entreprise de médicalisation devant circonscire toutes formes de pratiques à risque pour protéger la population vietnamienne d'elle-même. Allant pour ce faire jusqu'à s'introduire dans des domaines qui ne sont pas du ressort de l'administration coloniale pour imposer des règles de santé publique très strictes. Une entreprise qui représente, reflète aussi, la conviction coloniale de la suprématie de la médecine occidentale en termes d'efficacité mais aussi de sécurité et qui de ce fait rejette tout ce qui ne s'en reconnaît pas. Ainsi, même si le Japon est

André Clément, Kinégénèse

l'époque libre de toute entrave ou presque<sup>13</sup>. En fait une seule restriction à leur rencontre est régulièrement réitérée : les droguistes asiatiques n'ont pas le droit de faire commerce des produits européens, une exclusion qui doit surtout permettre aux pharmaciens français installés dans la colonie d'éviter de souffrir de la concurrence. Le texte de 1908 apparaît alors étonnamment contraignant et inapproprié, imposant un système uniforme d'inspection annuelle de tous les lieux coloniaux et indigènes de fabrication et de vente de médicaments, inspection donnant lieu à « un contrôle de la qualité des produits [...] [une saisie des] drogues falsifiées, médicaments suspects ou non autorisés et [à un prélèvement] des échantillons pour une analyse ultérieure [...] », éventuellement à des poursuites pénales (CAOM, GG, dossier 17165). Mais s'il est évident que ce texte est le résultat de l'observation d'abus – les comptes-rendus de procès de pharmaciens asiatiques jalonnent les archives judiciaires de l'Indochine de l'époque –, il s'agit d'abord de contrôler la vente de substances toxiques.

Les premières tentatives de législation sur les substances toxiques remonteraient à 1846<sup>14</sup> mais rares sont celles qui seront entérinées au XIX<sup>e</sup> siècle. Une fois de plus, les événements de 1908 marquent une inflexion : un arrêté détermine en juillet la liste des substances vénéneuses interdites au commerce et à la vente par les pharmaciens et thérapeutes locaux. Mais ce texte propose une nomenclature métropolitaine de poisons largement inadaptée aux réalités du marché vietnamien : il ne sera jamais appliqué. À la veille de la Première Guerre mondiale, au moment d'une vraie réflexion sur les modalités de correction de la politique sanitaire initiale (Monnais-Rousselot, 1999), de nouvelles propositions se concrétisent. Si la Commission d'inspection des pharmacies a déjà apporté certains éclairages pertinents et si l'inspecteur des Services d'hygiène et de santé publique de l'Indochine de l'époque n'a pas hésité à solliciter l'avis d'administrateurs et de médecins œuvrant sur le terrain, la « Réglementation du commerce des pharmacies et médicaments sino-annamites en Indochine » qui voit le jour en 1914 annonce clairement une circonscription draconienne du champ pharmaceutique indigène (CAOM, GG, dossier 17172). Sur modèle métropolitain à nouveau, l'insistance porte sur les conditions d'exercice – nécessité d'autorisation pour pratiquer, obligation d'être propriétaire de l'officine – et les substances toxiques : consignation dans un registre *ad hoc*, vente sur prescription exclusive d'un médecin, respect de la posologie, pour une très courte liste de produits qui plus est.

Ce texte de loi ne sera pas ratifié. Un changement d'homme fort à la direction des services de santé ne peut être la seule raison à invoquer, bien que le Dr Paul-Louis Simond, fin connaisseur de l'Indochine, ne soit effectivement pas partisan de restrictions sévères des pratiques locales. Parce que « beaucoup de médicaments [consignés dans les pharmacopées européennes] figurent actuellement dans la pharmacopée indigène » et parce que finalement les officines sino-vietnamiennes pourraient aider à diffuser les bienfaits de quelques médicaments européens d'usage courant. Il explique en outre :

Qu'il serait injuste et illogique de limiter le commerce des pharmaciens indigènes aux quelques drogues (la plupart sans efficacité) énumérées à l'article 7 [...] et de priver une population d'environ 18 millions d'habitants où il n'existe qu'une dizaine de pharmaciens européens des médicaments et drogues d'un usage banal, dont la manipulation et l'usage sont exempts de tout danger, qui figurent dans les pharmacopées européenne, américaine et japonaise (CAOM, GG, dossier 17172).

Simond propose d'ailleurs un nouveau texte en 1915 mais pour des raisons floues – il aurait réclamé la constitution d'un Codex de matière médicale sino-vietnamienne par des autorités locales compétentes en la matière, Codex qui n'aurait jamais vu le jour – ce dernier n'aboutira pas (CAOM, Affaires politiques, carton 3242). En fait, c'est une succession d'arrêtés sur le « commerce des médicaments sino-annamites » qui verront leur application retardée ou suspendue entre 1916 et 1938. À chaque fois, les difficultés d'application mais aussi les réactions populaires et des « professionnels » de santé locaux entraînent apparemment un recul de l'administration coloniale. Dans l'entre-deux-guerres, la peur du soulèvement est plus forte que la volonté d'appliquer ce principe de santé publique qui veut limiter les risques d'empoisonnement médicamenteux.

Ce n'est finalement qu'en 1933 que l'Inspection générale de l'Hygiène et de la Santé publique nomme une commission d'étude sur la pharmacopée sino-annamite, préalable jugé indispensable à l'élaboration d'une législation à la fois réaliste et ferme pour enrayer une industrie parallèle qui prendrait de l'ampleur, aggravant des risques sanitaires déjà grands :

Nombre de marchands de drogues détiennent et vendent soit dans leurs propres magasins, soit dans les multiples dépôts qu'ils installent un peu partout, les produits les plus variés

sous forme de préparations ou de spécialités n'ayant aucun rapport avec la pharmacie traditionnelle [...] Libres de toute entrave légale, des commerçants, chinois pour la plupart [...], se sont mis à fabriquer sur place, à une échelle véritablement industrielle, les spécialités qu'ils recevaient autrefois de l'étranger [...] Ces spécialités – dans lesquelles l'analyse révèle le plus souvent l'ingérence de produits de la pharmacopée française ou bien encore l'existence de poudres inertes dénuées de toute valeur thérapeutique, lorsque celles-ci ne font pas place à des drogues dangereusement actives – se retrouvent dans toutes les provinces [...] (CAOM, GG, dossier 44461).

En 1938, une seconde commission d'études confiée à une sous-commission le mandat d'étudier la réglementation des toxiques (CAOM, SE, C49 c 2 (2)). Cette dernière déplore la non-application des textes en vigueur et le vide législatif dans lequel l'exercice médicamenteux indigène tombe encore.

De fait, si l'emploi en toute impunité de substances toxiques reste l'aspect de ce vide le plus dénoncé, deux arrêtés en 1939 et 1943 qui s'imposent dans la continuité de ces travaux proposent par extension de préciser les limites de l'exercice médical indigène. La liste des substances que ne peuvent vendre les droguistes indochinois en dit long sur cet objectif : on y retrouve aussi bien le sulfure d'arsenic, l'aconit, la belladone, le cannabis, le datura que le carbonate de sodium, l'oxyde de plomb, autant de substances qui entrent dans la composition de nombreux remèdes traditionnels. Par ailleurs, et par différents biais, la médecine sino-vietnamienne y est définie comme devant être exclusivement « naturelle » et n'entrer sur rien « en conflit » avec les pratiques et la médecine occidentales.

[...] Article 2. Par pharmacopée traditionnelle sino-indochinoise ou sino-annamite il faut entendre l'ensemble des produits, drogues minérales, végétales ou animales utilisées soit sous la forme naturelle, soit préparés ou transformés suivant les formes traditionnelles, destinés à la thérapeutique humaine exercée suivant les traditions sino-indochinoises à l'exclusion : des médicaments ou produits chimiques, synthétiques ou dont la préparation exige une technique industrielle ; des eaux minérales ; des vaccins et sérums, toxines ou virus ; des médicaments préparés sous les formes suivantes : cachets, comprimés, tablettes, capsules, globules ou perles, solutions en ampoules ou flacons pour

injections hypodermiques, crayons médicamenteux, granulés, glycéris, suppositoires, vins de raisin, enfin les pilules, dragées et ovules préparées industriellement.

Article 3. Par thérapeutique sino-indochinoise ou sino-annamite, il faut entendre la thérapeutique traditionnelle utilisant la pharmacopée ci-dessus définie. Des moyens traditionnels spéciaux, moxas, acupuncture, ventouses, scarifications à l'exclusion de tout acte chirurgical [...] et toute manœuvre obstétricale, de tout acte médical utilisant les méthodes et l'instrumentation de diagnostic et de thérapeutique occidentale [...] (CAOM, GG, SE, dossier 213).

La mutilation des pratiques thérapeutiques locales s'imposait là bel et bien, faisant de la médecine sino-vietnamienne une médecine de seconde zone reléguée à des interventions mineures.

partie de la pharmacie sino-vietnamienne : parce qu'elle n'a pas atteint un degré de civilisation suffisant pour les manipuler, parce qu'aussi on estime que ces substances auxquelles la pharmacopée occidentale, elle, a recours ne peuvent pas faire partie d'une médecine dite phytothérapique. Comme s'il y avait là une aberration théorique – on retrouve d'ailleurs dans une certaine mesure cette volonté de séparation nette dans les sociétés occidentales d'aujourd'hui et l'idée que les thérapeutiques traditionnelles sont exclusivement à base de plantes et nécessairement inoffensives – mêlée à une peur de la concurrence et, surtout, une volonté consciente de reléguer à un rôle subalterne la médecine locale et ses agents.

Or, les années 1930-1940 sont aussi celles des réclamations les plus virulentes des médecins et pharmaciens sino-annamites regroupés en associations pour défendre leurs prérogatives contre une réglementation trop réductrice de leur champ d'activité,

D'ailleurs, il faut bien considérer que la reconnaissance presque paradoxale, en tout cas parallèle, de la « valeur » de certains aspects de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne dans les années 1920-1930, mouvement que l'on a déjà évoqué, est essentiellement le résultat d'intérêts, voire de besoins coloniaux, essentiellement pratiques et d'abord économiques. À la découverte de l'étonnante biodiversité vietnamienne, dont le potentiel pharmaceutique s'impose au fil des années, s'adjoint une expérience quotidienne de ses limites par une médecine encore largement ignorante des Tropiques. À cela s'ajoutent les problèmes d'application d'une politique de santé coûteuse dont les difficultés récurrentes d'approvisionnement en médicaments, la majorité étant importée directement de la métropole. Il s'avère évident que cet intérêt à l'échelle de l'administration coloniale de l'Indochine est aussi le fruit des besoins d'une industrie pharmaceutique française concurrencée, constamment à la recherche de substances dont la production / extraction / transformation ne soit pas trop onéreuse – le souvenir de la raréfaction du quinquina, monopole néerlandais jusqu'à la Première Guerre mondiale, est encore frais<sup>16</sup>.

Il ne faudrait pas oublier non plus que la préséance donnée à l'époque à la prévention collective, à la fois dans un contexte métropolitain de dénigrement de la thérapeutique (Collin *et al.*, 2002) et des priorités sanitaires vietnamiennes, relègue au second plan l'organisation du recours au médicament dans la colonie, écartant par là même longtemps une vraie réflexion sur les pratiques de consommation médicamenteuse locales et les façons les plus adéquates de les réorienter. Et si dans le cadre colonial le médicament pouvait devenir un produit d'appel pour une médicalisation efficace, en définitive, on allait se rendre compte assez tardivement de cette réalité. Ce n'est qu'avec l'entre-deux-guerres là encore, le développement de l'industrie pharmaceutique française et l'arrivée sur le sol vietnamien de produits issus de cette industrie qui s'avéraient particulièrement efficaces dans la prévention et le traitement de certaines maladies courantes – dérivés synthétiques de la quinine contre le paludisme, sulfamides contre certaines maladies vénériennes entre autres – que le « bon consommateur indigène », de médicaments occidentaux sous-entendu, sera reconnu comme étant sur la voie de la civilisation<sup>17</sup>. Peut-être a-t-on là un autre élément clé d'explication à l'histoire très chaotique et assurément ambiguë de la législation coloniale portant sur l'exercice pharmaceutique et médical vietnamien.

**ON TRAQUE SURTOUT LES SPÉCIALITÉS QUI, AU-DELÀ DES DANGERS  
SANITAIRES QUE LEUR CONSOMMATION PEUT IMPLIQUER,  
SABOTENT LA CONSTRUCTION D'UN LIEN EXCLUSIF  
ENTRE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE  
ET SES CLIENTS INDOCHINOIS POTENTIELS.**

**AMBIGUÏTÉS DU RÉQUISITOIRE  
ET CONTINGENCES COLONIALES :  
VERS UN PLURALISME  
THÉRAPEUTIQUE INÉVITABLE ?**

Dans un contexte de guerre, puis de décolonisation, les textes de 1938 et 1943 ne seront pas plus appliqués que les précédents. Mais leur contenu reste parlant, révélant un regain de volonté dans la limitation du recours de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne à des substances dangereuses pour la santé publique – selon une vision occidentale de ce que toxique ou santé publique veut dire –, mais aussi de limiter le recours à cette médecine tout court, entre autres en la confinant à des pratiques étroitement circonscrites. Une définition assurément réductrice de ce qu'était alors la médecine traditionnelle sino-vietnamienne et en complet désaccord avec son rôle sanitaire et social dans l'Indochine de l'époque.

Ainsi l'administration coloniale estime-t-elle qu'un certain nombre de substances ne peuvent être considérées comme faisant

insistant en particulier sur la réalité des besoins de la population en la matière, l'idée que le refus de recours à la médecine occidentale est souvent moins un refus par conviction que par obligation, que ce que dénoncent nombre de médecins comme une tendance à solliciter la médecine, le médecin et l'hôpital coloniaux en « dernier recours » est fréquemment le résultat de problèmes d'accessibilité aux services proposés (Anonyme, 1938<sup>15</sup>). De fait, exception faite du milieu hospitalier où les malades sont pris en charge gratuitement et donc où ils consomment gratuitement les médicaments qu'on leur prescrit, le Vietnamien a peu accès aux produits qu'il pourrait vouloir utiliser, à la fois pour des raisons de disponibilité mais aussi de coût. Y ayant difficilement accès, il les connaît mal. Il n'a que rarement l'opportunité de les intégrer à ses connaissances thérapeutiques. La persistance de la médecine traditionnelle sino-vietnamienne n'est pas seulement une réalité durant la colonisation, elle est aussi une nécessité.

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions concomitantes, certains médecins français en viendront à réclamer un embryon d'industrie pharmaceutique locale, à avoir discrètement recours aux remèdes locaux qui ont fait la preuve populaire de leur efficacité (Seyberlich et Le, 1939), voire à cautionner un vrai pluralisme thérapeutique en acceptant, par exemple, de superviser des dépôts de médicaments « mixtes » dans nombre de villages vietnamiens, dépôts qui auraient d'ailleurs connu un réel succès. Au-delà des problèmes d'approvisionnement que l'on a évoqués, l'apprentissage du milieu vietnamien a en fait obligé certains médecins à l'humilité, à reconnaître aussi que tous les médicaments occidentaux n'étaient pas efficaces sur leurs patients indigènes, que certains même étaient dangereux, voire létaux – l'invasion de produits expérimentaux sur le sol indochinois, dont plusieurs antisyphilitiques justement, a participé à cette prise de conscience (Farinaud *et al.*, 1937). Sans être encore officialisé, le pluralisme thérapeutique associant médicaments occidentaux et sino-vietnamiens était alors entériné, ce même pluralisme que l'administration coloniale avait voulu éviter à tout prix.

S'il s'avérait pertinent de revenir aux fondements historiques de la complexe rencontre entre biomédecine et médecines traditionnelles à travers l'évolution des fonctions du « remède-poison » traditionnel dans le contexte d'un pays asiatique et colonisé pour mieux en établir les caractéristiques, il est tout aussi important de voir dans cette démarche un outil prioritaire de traduction de certains des comportements – politiques, médicaux, populaires – actuels associés à la consommation risquée, avérée ou non, de médicaments.

Dans les sociétés occidentales pluriethniques d'aujourd'hui, la consommation médicamenteuse à risque reste en effet au cœur des politiques de santé nationales et révèle une démarche sanitaire qui insiste encore prioritairement sur la santé publique et la prévention. Mais cette ligne de conduite ne suffit pas à expliquer la suspicion dont certaines pratiques sont l'objet. Ainsi, les dénonciations de Santé Canada concernant certains produits issus de la médecine traditionnelle chinoise ressemblent-elles étrangement à cette mise au ban du « poison » sino-vietnamien que l'on a décrite, illustrant une discrimination qui est le résultat d'une vision tronquée, voire péjorative des médecines naturelles et de leurs adeptes. Quant à l'évolution, chaotique, de la législation canadienne sur les produits de santé naturels (PSN) depuis une décennie, elle révèle l'extrême variété des difficultés de mise en œuvre de cette discrimination.

Au Vietnam, d'autres réalités marquent les vices de forme d'un système pluraliste officiel. La récupération de la médecine traditionnelle vietnamienne révèle effectivement toute son ambivalence et ses limites dans le contexte de la privatisation de la santé depuis 1989. Alors qu'elles ont été intégrées dans le système sanitaire de la République communiste du Nord dès 1945, les pratiques traditionnelles sont au cœur d'une démarche qui doit « rapporter » sur le plan social et d'abord économique, imposant finalement une situation qui se profilait déjà dans le contexte de l'entre-deux-guerres : des soins de santé à « deux vitesses », avec une dissociation entre recours exclusif à la médecine occidentale et à son arsenal thérapeutique du côté des riches et des centres urbains les plus importants, et recours à une automédication mixte, dans le cadre domestique très souvent, pour les plus pauvres et les campagnes.

Dans ces deux situations à la fois très semblables et très éloignées l'une de l'autre, le médicament synonyme de mort nous renvoie à une distinction fondamentale entre les intentions et les pratiques sanitaires dont les multiples dimensions, et en particulier celle qui illustre la rencontre entre deux systèmes médicaux, appellent à poursuivre l'investigation.

### Bibliographie

- ANONYME, (1901). « La badiane du Tonkin », *La Quinzaine coloniale*, vol. 10, p. 472-474.
- ANONYME, (1938). « Plaidoirie en faveur de la médecine sino-annamite », *La Tribune indochinoise*, 27 juillet.
- ARNOLD, D. (1988). *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester / New York, Manchester University Press.
- BEAUJEAN, Dr (1914). « Un cas d'intoxication par absorption de drogues indigènes à base de mercure », *Bulletin de la Société médicochirurgicale de l'Indochine*, vol. 5, p. 129-131.
- BROOK, T. et B.T. WAKABAYASHI (2000). *Opium Regimes: China, Britain and Japan, 1839-1952*, Berkeley / Los Angeles & London, University of California Press.
- COLLIN, J., O. FAURE et L. MONNAIS-ROUSSELOT (2002). « Therapeutic pluralism and the nature of drug use in three Francophone societies around the beginning of the Twentieth Century », 38<sup>e</sup> Colloque de la Société internationale d'histoire de la médecine, Istanbul (Turquie).
- CRAIG, D. (2002). *Familiar Medicine. Everyday Health Knowledge and Practice in Today's Vietnam*, Honolulu, University of Hawaii Press.
- FARINAUD, E., E. BACCIALONE, C. LATASTE et V.L. NGUYEN (1937). « Recherches préliminaires sur l'élimination de la quinacrine chez le malade paludéen », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, vol. 30, p. 791-799.

FAURE, O. (1996). « Les officines pharmaceutiques françaises : de la réalité au mythe, fin XIX<sup>e</sup>-début XX<sup>e</sup> siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 43, p. 672-685.

HALFVARSSON, J. et G. TOMSON (2002), « Knowing when but not how! – Mothers' perceptions and use of antibiotics in a rural area of Viet nam », *Tropical Doctor*, vol. 30, n° 1, p. 6-10.

LEVET, J. et Xuan Tho NGHIÊM (1939). « À propos d'un cas d'empoisonnement par l'opium », *Revue médicale française d'Extrême-Orient*, vol. 17, n° 1, p. 71-72.

MONNAIS-ROUSSELOT, L. (2002). « Recours aux médicaments dans le Viêt nam sous domination française (1858-1939) : des effets attendus et imprévus d'une médicalisation coloniale », 38<sup>e</sup> Colloque de la Société internationale d'histoire de la médecine, Istanbul (Turquie).

MONNAIS-ROUSSELOT, L. (1999). *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise*, Paris, CNRS Éditions.

MUSTO, D. (1998). « International traffic in coca through the early 20th century », *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 49, p. 145-56.

NGUYEN, Van Ky (1995). *La société vietnamienne face à la modernité. Le Tonkin de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à la Seconde Guerre mondiale*, Paris, L'Harmattan.

POUGE, de la, Dr (1921). « Observations concernant les cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique », *Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, vol. 13, p. 82-89.

SALLET, A. (1931). *L'Officine sino-annamite. La médecine annamite et la préparation des remèdes*, Paris, Imprimerie Nationale.

SEYBERLICH, Dr et Thi Van LE (1939). « Action véritablement merveilleuse d'un pansement annamite à base de plantes », *Revue médicale française d'Extrême-Orient*, vol. 17, p. 1129-1130.

THOMPSON, C.-M. (1998). *Transfer and Transmission: Materia Medica and the Development of Vernacular Scripts in Vietnam*, Ph. D. thesis, University of Washington.

TRINH, Le Quang. (1911). *Croyances et pratiques médicales sino-annamites*, thèse de médecine, Faculté de médecine de Montpellier.

WOLFFERS, I. (1995). « The role of pharmaceuticals in the privatization process in Vietnam's health-care system », *Social Science & Medicine*, vol. 41, n° 9, p. 1325-1332.

### Notes

1. Cet article s'inscrit dans une recherche sur « Le médicament occidental au Viêt nam : production, distribution, consommation, 1860-1945 » financée dans le cadre du programme de subventions de recherche ordinaire du CRSH (2002-05).
2. Dans le cadre de la colonisation de l'Indochine, unité administrative factice qui naît en 1887 après quarante ans de pacification. Cette unité comprend cinq pays : le Tonkin, au Nord, l'Annam au centre, la Cochinchine



- au Sud (formant le Viêt Nam), le Cambodge et le Laos. Elle disparaîtra définitivement au lendemain de la défaite de Diên Bien Phu (1954) alors qu'existe déjà une République indépendante au Nord, sous joug communiste, depuis août 1945.
3. Nous n'insistons pas ici sur les différences entre ces deux médecines et préférons parler d'une « médecine sino-vietnamienne » – ou « sino-annamite » pour employer le terme de l'époque – englobant l'ensemble des pratiques traditionnelles, sans régionalisation ni distinction d'origine et de contenu, à la manière de ce que firent l'administration et les médecins coloniaux.
  4. Les dénonciations du rôle néfaste qu'aurait joué la communauté chinoise dans le commerce local d'une variété de produits sont d'ailleurs pléthoriques dans les archives coloniales : au-delà des exagérations de mise – la France veut s'arroger l'exclusivité du commerce indochinois –, il semble en effet que les Chinois aient joué un rôle non négligeable dans l'approvisionnement des officines locales, en particulier en médicaments étrangers interdits (Centre des Archives d'Outre-Mer [CAOM], Fonds du Gouvernement général [GG], Service économique [SE], dossiers 213/219/3160).
  5. On notera l'attention portée dans cet article à l'emploi des termes « médicament » et « remède ». Le terme « remède » est utilisé pour qualifier les substances et les préparations issues de la pharmacopée sino-vietnamienne : moins parce que c'était le terme généralement employé par l'administration et les médecins coloniaux – dans un objectif de dévalorisation que l'on retrouve d'ailleurs dans l'emploi de « droguiste » ou « épicier » pour marquer la différence entre un pharmacien colonial, professionnel, et un pharmacien indigène dont la fonction et les compétences restent aléatoires – que parce qu'il s'agit souvent d'évoquer des préparations, des recettes loin de ressembler aux « médicaments » issus de l'industrie pharmaceutique occidentale.
  6. Le *Datura* contient trois éléments actifs : l'atropine, l'hyoscyamine et la scopolamine. Lorsqu'elles sont ingérées, les graines font rapidement effet : vision embrouillée, agitation, hallucinations. À plus fortes doses, elles provoquent délire, incohérence, tics nerveux, convulsions, puis parfois coma et arrêt cardiaque.
  7. CAOM, GG, dossier 17172.
  8. « Il y a dans cette voie une tâche fort intéressante à entreprendre ; les procédés empiriques qu'emploient aujourd'hui encore tant de médicastres ou d'apothicaires asiatiques [...] disparaîtront au fur et à mesure que seront mieux connus la flore médicale de ce pays et les propriétés réelles des plantes qui le composent [...] ».
  9. « [...] Le but poursuivi en créant des pharmaciens indigènes instruits par nous est de remplacer partout en Indochine les pharmaciens chinois qui en vendant des produits étrangers au détriment de l'industrie française empoisonnent de nombreux enfants annamites grâce à leur ignorance des doses en médecine infantile. Il n'est pas un médecin ayant tant soit peu soigné les indigènes qui n'ait constaté des empoisonnements dus à l'absorption de médicaments délivrés par les pharmaciens chinois [...] Dès maintenant, dans chaque pays de l'Union, un arrêté du chef de l'administrateur local devrait interdire l'ouverture de nouvelles officines, celles qui existent devant disparaître avec l'exploitant actuel. Ainsi, par extinction, disparaîtront les pharmaciens et avec eux aussi les médecins sino-annamites qui sont plutôt des sorciers et des mystificateurs qui exploitent indignement les clients. La population annamite ne sera pas pour cela privée des « simples » dont elle a l'habitude car les professeurs de l'École de pharmacie s'attacheront à faire connaître à leurs élèves les plantes ou les produits du pays susceptibles d'être utilisés en médecine » (CAOM, GG, dossier 17172).
  10. Opium sur lequel on tentera des réglementations ambiguës alors que le produit est monopole d'État colonial et qu'à ce titre il s'avère particulièrement lucratif. Le chanvre indien, la cocaïne, la morphine ou encore la codéine feront eux aussi l'objet de textes réglementant leur vente et usages pendant la période. Ces produits se verront carrément prohibés à l'entrée en Indochine par une série de décrets au début du XX<sup>e</sup> siècle. Avec plus ou moins de succès...
  11. C'est la conférence de la Hague sur l'opium en 1911-1912 qui, pour la première fois, décide d'un contrôle international sur le commerce de plusieurs psychotropes : opium, morphine, héroïne et cocaïne. Chaque nation signataire devait s'engager à établir une réglementation qui dirige la fabrication, la distribution et la vente de ces substances mais aussi son commerce hors frontières nationales. Suivront d'autres rencontres internationales sur le sujet, entre autres sous l'égide de la Société des Nations.
  12. Ainsi et pour reprendre un exemple que l'on a déjà évoqué, celui de la badiane frappée d'interdiction à la vente par les droguistes indigènes, il faut considérer que cette substance fait l'objet d'un commerce particulièrement payant entre le Tonkin et les pays voisins dès le tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Commerce dont l'administration coloniale veut bien sûr avoir le monopole.
  13. Officiellement, l'administration coloniale justifie sa non-intervention dans le domaine par un respect pour les pratiques sociales indigènes... Il s'avère bien davantage que ce sont la complexité et l'étendue du champ sur lequel légiférer, sans oublier la peur de réactions populaires difficiles à contenir, qui expliquent cette passivité.
  14. Ordonnance royale du 29 octobre 1846 interdisant aux Asiatiques la vente des substances vénéneuses.
  15. Cette plaidoirie et d'autres articles de l'époque nous permettent de revenir sur le regard populaire posé sur le médicament occidental et plus largement sur la médecine du dominateur : rejet ou engouement, la réalité est quoi qu'il en soit très nuancée, en fonction des services réellement offerts par l'AMI justement mais aussi du niveau socioéconomique des patients.
  16. Les archives des instituts Pasteur d'Indochine (Institut Pasteur de Paris) sont particulièrement éclairantes sur ce point et les très nombreuses tentatives d'acclimatation et d'exploitation d'une variété de substances végétales dont l'arbre à quinquina dans les années 1900-1940.
  17. L'histoire de la consommation de la quinine illustre particulièrement bien cette réalité. Proposée sous une variété de formes pharmaceutiques, elle devient au XX<sup>e</sup> siècle le symbole de l'efficacité de la médecine occidentale et de sa concentration sur la prévention collective (on en propose en effet surtout l'ingestion quotidienne pour prévenir le paludisme ou les accès de fièvre de ceux déjà atteints). Ainsi, alors qu'est mis en place un Service de quinine d'État en 1909 par le gouvernement colonial, le produit devient le fer de lance de la médicalisation du pays et en particulier des régions les plus infestées par l'anophèle. Mais le cas de ce médicament propagande et civilisateur reste à part ; il s'agit d'ailleurs du seul médicament à usage essentiellement préventif utilisé alors à grande échelle.