

# L'invention des médecines alternatives et complémentaires (et traditionnelles) : une généalogie coloniale

Laurence Monnais

Volume 22, numéro 2, 2011

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1008980ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1008980ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

## Éditeur(s)

The Canadian Historical Association / La Société historique du Canada

## ISSN

0847-4478 (imprimé)

1712-6274 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

## Citer cet article

Monnais, L. (2011). L'invention des médecines alternatives et complémentaires (et traditionnelles) : une généalogie coloniale. *Journal of the Canadian Historical Association / Revue de la Société historique du Canada*, 22(2), 125–161. <https://doi.org/10.7202/1008980ar>

## Résumé de l'article

Si le statut des médecines alternatives et complémentaires (MAC) au Canada à l'heure actuelle n'a a priori pas grand-chose à voir avec celui de la médecine vietnamienne dans le cadre colonial de l'Indochine française, il s'agit dans cet article de proposer une généalogie de la construction des médecines traditionnelles qui permette d'opérer des rapprochements porteurs entre ces deux espaces politiques, légaux, institutionnels et professionnels. Il aborde, par leur mise en perspective, le processus de domestication des MAC, la participation d'acteurs « traditionnels » de la santé à ce processus ainsi que le poids des attentes — et des demandes — populaires sur la construction d'une approche intégrée en santé dans le cadre d'une société métissée et profondément dynamique. En cela, cet article entend participer à renouveler l'historiographie tant de la mondialisation en santé que de la médicalisation et souligner l'importance d'une approche postcoloniale de l'histoire des médecines alternatives.

# L'invention des médecines alternatives et complémentaires (et traditionnelles) : une généalogie coloniale

LAURENCE MONNAIS

## *Résumé*

*Si le statut des médecines alternatives et complémentaires (MAC) au Canada à l'heure actuelle n'a a priori pas grand-chose à voir avec celui de la médecine vietnamienne dans le cadre colonial de l'Indochine française, il s'agit dans cet article de proposer une généalogie de la construction des médecines traditionnelles qui permette d'opérer des rapprochements porteurs entre ces deux espaces politiques, légaux, institutionnels et professionnels. Il aborde, par leur mise en perspective, le processus de domestication des MAC, la participation d'acteurs « traditionnels » de la santé à ce processus ainsi que le poids des attentes — et des demandes — populaires sur la construction d'une approche intégrée en santé dans le cadre d'une société métissée et profondément dynamique. En cela, cet article entend participer à renouveler l'historiographie tant de la mondialisation en santé que de la médicalisation et souligner l'importance d'une approche postcoloniale de l'histoire des médecines alternatives.*

## *Abstract*

*If the present status of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Canada does not appear to have much in common with Vietnamese medicine in colonial French Indochina, this article proposes a genealogy of traditional medicines that bridges these two political, legal institutional and professional spaces. It will put into perspective the process whereby the CAM was domesticated, the participation of "traditional" healers in this process, as well as the weight placed by popular expectation (and demands) on the construction of an integrated approach to health in a society that was both mixed and profoundly dynamic. In so doing, this article aims to*

*help reconsider the historiography health globalization and medicalization, and to underline the importance of a postcolonial approach to the history of alternative medicine.*

Le 14 octobre 2011 s'est tenue à Vancouver une table ronde sur la réglementation des remèdes traditionnels chinois au Canada en la présence de l'honorable Leona Aglukkaq, ministre fédérale de la Santé, et de plusieurs membres de la « communauté de la médecine traditionnelle chinoise » (MTC) afin d'entendre le point de vue de ces derniers sur la législation encadrant les Produits de Santé Naturels (PSN). Produite par la Direction des Produits de Santé Naturels (DPSN), relevant de la Direction Générale des Produits de Santé et des Aliments (DGPSA) de Santé Canada, cette loi, en vigueur depuis janvier 2004, régleme[n]te les « substances naturelles utilisées pour rétablir ou maintenir une bonne santé [...] souvent fait[e]s à base de plantes [...] La catégorie des PSN, aussi appelés 'remèdes complémentaires' ou 'produits de médecines douces', comprend les produits suivants : les vitamines et minéraux; les plantes médicinales; les remèdes homéopathiques; les remèdes traditionnels, comme les médicaments traditionnels chinois et ayurvédiques [indiens]; les probiotiques; d'autres produits tels les acides aminés et les acides gras essentiels [...] ». Lors de cette même rencontre, la ministre Aglukkaq a réaffirmé que le gouvernement souhaitait que les Canadiens aient accès à « un large éventail de produits de santé naturels sûrs et efficaces » afin d'améliorer et de mieux promouvoir leur santé. Elle a également rappelé que Santé Canada et la communauté de la MTC étaient des alliés convaincus par le bien-fondé de cette démarche et dans la réalisation de cet objectif<sup>1</sup>.

Le présent article se propose de revenir sur plusieurs aspects de la généalogie de cette *approche intégrée en santé*<sup>2</sup>, c'est-à-dire d'une offre en santé qui permette de puiser dans différents systèmes médicaux, répondant en l'occurrence aux attentes d'une société canadienne multiculturelle et de plus en plus critique à l'endroit de l'exclusivisme biomédical. En parallèle, il veut apporter sa pierre à l'édifice de l'histoire des médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui incluent, dans leurs définitions occidentales au moins, les médecines dites traditionnelles, un rapprochement rarement problématisé et pourtant lourd de

conséquences politiques et socioculturelles. La création d'une tradition médicale pose en effet la question de la signification, dans le temps et l'espace, de « tradition »; depuis l'imposition du modèle biomédical au 19<sup>e</sup> siècle, elle engage également l'étude du rapport qu'entretient une médecine à la modernité et à la science<sup>3</sup>. Enfin, cet article s'interroge sur les origines de l'assimilation qui semble être faite entre médicament, ou plus précisément thérapeutique, et médecine lorsqu'il s'agit de parler de médecine « traditionnelle » et de son « intégration » justement à un système de santé conventionnel.

En nous concentrant sur le Viêt nam sous domination française (1858-1954) pour aborder ces questions complexes, il s'agit ici de retracer l'évolution des discours coloniaux, et d'abord de l'encadrement légal de la médecine vietnamienne, pour mieux saisir comment et dans quelles directions on a cherché à définir une médecine ancestrale en fonction d'intentions précises de médicalisation et de l'imposition d'une médecine occidentale jugée moderne, scientifique, efficace et supérieure. On s'attachera en particulier à saisir l'évolution des terminologies en usage à l'époque — si « intégratif » ou « alternatif » ne sont pas des qualificatifs utilisés par les décideurs coloniaux, « complémentaire », « traditionnel » ou « naturel » le sont — et leurs significations politiques, sanitaires et sociales ainsi que le rôle qu'ont pu jouer, dans une définition a priori réductrice de cette tradition médicale, un certain nombre d'acteurs locaux. Pour mener à bien cette analyse, nous avons procédé à un dépouillement exhaustif du *Journal officiel de l'Indochine française* (JOIF, 1889-1948) rassemblant, semaine après semaine, une pléthore de textes à portée législative — arrêtés, décrets, circulaires, décisions, transférés de la métropole ou produits sur place par le Gouvernement général de l'Indochine ou ses représentants. Pour saisir tant les origines et la nature que la portée réelle de ces textes, sans oublier d'identifier des projets qui ne se sont jamais retrouvés publiés au JOIF, nous avons en parallèle analysé la documentation administrative s'y rapportant ainsi que la presse populaire, parue en français et en vietnamien.

Pourquoi le Viêt nam colonial? En quoi cet exemple peut-il aider à enrichir les trois problématiques que nous avons soulevées et permettre d'affiner la compréhension de la place des médecines traditionnelles asiatiques dans le système de santé canadien?

Mentionnons d'abord que cette analyse fait suite à un certain nombre de découvertes inattendues qui ont surgi dans le cadre de trois projets menés de front. Le premier, centré sur le cycle du *médicament colonial* au Viêt nam (1905-40), a permis de prendre conscience de l'étonnante densité de la documentation coloniale et « biomédicale » sur la médecine sino-vietnamienne, signe en soi de sa place dans le cadre de domination et la politique de santé qui y est associée. Le second, dédié aux pratiques de pluralisme thérapeutique des immigrants vietnamiens de Montréal, a mis en évidence le poids du recours aux médicaments chinois et vietnamiens au sein de la communauté, des produits qualifiés par elle de « traditionnels » et utilisés dans des contextes pathologiques précis et diversifiés ainsi que pour promouvoir sa santé. Le dernier se penchait lui sur l'identité de la médecine vietnamienne, une *médecine nationale* qui mêle désormais tradition (relevant d'une histoire et d'une culture médicale très riche soumises à de nombreuses influences extérieures) et science<sup>4</sup>. Ce choix repose par ailleurs sur une conviction intellectuelle partagée par un certain nombre de spécialistes en études postcoloniales qui veut qu'il y ait des connexions importantes à faire entre le colonial et le postcolonial, voire entre le statut de colonisé et d'immigré, pour appréhender la construction des identités, incluant celles relatives à la santé, ainsi que la dynamisation, l'inter fertilisation et la globalisation des systèmes médicaux.

### **Un synchronisme et ses effets**

Le Viêt nam, dans le cadre de l'Indochine française (entité administrative centralisée sous la houlette d'un Gouverneur général, née en 1887 du rapprochement de trois pays ou *ky* vietnamiens — le Tonkin au Nord, l'Annam au Centre, la Cochinchine au Sud —, du Cambodge et du Laos), fut lieu d'une expérience appuyée de l'impérialisme français, considéré comme particulièrement intrusif et assimilateur dans tous les domaines<sup>5</sup>. À la confluence de ces domaines se trouve la santé indigène. Cette centralité de la santé des colonisés, prise en charge à partir de 1905 par ce que l'on appelle l'Assistance Médicale Indigène (AMI), repose sur plusieurs réalités. La plus simple, en apparence du moins, la plus prosaïque assurément, renvoie

au fait que l'Indochine devait rapporter et non coûter à la métropole ce qui impliquait, entre autres, de disposer d'une main-d'œuvre locale bon marché et productive et pour ce faire... en bonne santé. Ce rapport de cause à effet n'empêcha bien sûr pas des débats récurrents sur la nécessité ou non d'un système de santé public pour l'Indochine, ni certains hommes forts de la colonie de vouloir en réduire le poids budgétaire. Cependant, la création de l'AMI répondait aussi à une autre mission que la France s'était fixée, mission à laquelle l'Indochine, ou plutôt le Viêt nam sur lequel on fondait les plus grands espoirs d'exploitation et de *mise en valeur*<sup>6</sup>, se devait d'être réceptif : celle de civilisation.

Il faut dire que la colonisation indochinoise s'est faite à point nommé pour donner toute sa mesure à la médecine comme « outil d'impérialisme »<sup>7</sup>. La longue mise sous tutelle de la péninsule, couvrant grosso modo la deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle, intervient alors même que la « médecine moderne » obtient ses lettres de noblesse en Occident : une médecine de professionnels qualifiés, une médecine scientifique reposant de plus en plus sur le travail de laboratoire et une accumulation de connaissances nouvelles dont dans le champ des pathologies infectieuses<sup>8</sup>. Si la bactériologie est, de fait, souvent mise en avant comme le parangon de cette nouvelle médecine, le pastorisme français a tôt fait de s'exporter outre-mer, dans des environnements tropicaux qui réclament la participation appuyée de ses disciples. Le premier Institut Pasteur d'outre-mer ouvrait d'ailleurs ses portes à Saigon, capitale de la Cochinchine transformée en colonie dès 1860, moins de trois ans après la maison-mère, en 1891. Il faut dire aussi que dès les années de pacification, les écrits des premiers médecins coloniaux insistent sur une association explosive, entre une très forte morbidité locale, incluant nombre de problèmes de co-morbidité, et une très forte mortalité, en particulier infantile : un enfant vietnamien sur deux n'atteindrait alors pas l'âge d'un an<sup>9</sup>. Comment l'expliquer ? Par la présence diffuse de plusieurs maladies épidémiques dévastatrices, comme la variole, le choléra et la peste. Au chapitre des endémies, c'est assurément le paludisme qui tenait le haut du panier, suivi par les dysenteries (bacillaire et amibienne), la fièvre récurrente et la typhoïde, la diphtérie, la dengue ou encore la grippe. La tuberculose faisait pour sa part des ravages

que l'on avait du mal à évaluer alors que d'autres maladies sociales s'avéraient aussi très présentes, au premier chef desquelles les maladies vénériennes incluant syphilis et blennorragie<sup>10</sup>.

À la regarder dans sa globalité, la politique de santé envers l'Indochine s'est logiquement orientée vers la prévention de ces maladies infectieuses auxquelles les Vietnamiens payaient apparemment le plus lourd tribut. Les campagnes de vaccination massive contre la variole s'avèrent d'ailleurs particulièrement précoces<sup>11</sup>. Quant au développement de mesures d'hygiène privée et publique, elles furent de tous les programmes et décisions administratives, jusqu'à l'échelon municipal. « Vacciner, enregistrer, désinfecter » devint le mot d'ordre d'une première génération de praticiens fonctionnaires qui tentaient ainsi de compenser leur ignorance du milieu — en particulier sa variabilité socioculturelle, le Viêt nam à lui seul comptant cinquante-trois minorités ethniques en plus de la majorité Viêt — dans lequel ils étaient catapultés, mais aussi l'absence de moyens à la hauteur de la tâche qui leur incombait. En 1905, l'AMI devenait quoi qu'il en soit un système de *santé publique* plutôt qu'un *système public* de santé au sens où la prise en charge, par l'État colonial, allait s'orienter vers la prévention collective des maladies plutôt que les soins aux malades. L'indigène, le malade colonisé, n'obtenait d'ailleurs aucun droit à la santé dans le cadre colonial : c'est un cadeau que la France lui faisait en le prémunissant contre des maladies mortelles. En retour, il devait se comporter avec docilité et accepter de suivre la voie de la civilisation-médicalisation sous l'égide impérialiste...

La prévention de masse fut, et resterait de fait, reine : assainissement des villes, mesures d'adduction d'eau potable ou de dératisation, diffusion répétée (par l'éducation entre autres, en milieu scolaire ou par voie de conférences publiques) des notions indispensables d'hygiène individuelle et collective vinrent renforcer les vaccinations massives<sup>12</sup>. En parallèle, se déployait tout de même un réseau infrastructurel d'*hôpitaux indigènes*, en particulier en ville, plus sûrement de petits postes médicaux, ambulances, infirmeries et maternités dispersées hors des centres les plus peuplés<sup>13</sup>. Un réseau hospitalier qui nécessitait du personnel qualifié : outre des médecins français, en très forte majorité militaires<sup>14</sup>, et de *médecins auxiliaires indigènes* formés à l'École de médecine de Hanoi (qui a ouvert ses portes dès 1902), on

chercha dès le lendemain de la Grande Guerre à former en nombre du personnel subalterne, en particulier des infirmiers et des sages-femmes. À l'époque, bénéficiant de l'autonomisation financière de l'Indochine et des balbutiements de la politique de mise en valeur dirigée par le Gouverneur général Albert Sarraut, l'AMI, placée sous la direction d'une Inspection Générale de l'Hygiène et de la Santé Publique, se voyait alors structurée et rythmée par des plans quinquennaux qui permettaient des évaluations et des réorientations régulières des mesures proposées. Avec les années 1920, du moins sur le papier, on repère ainsi une prise en charge accrue des maladies sociales, un plan de protection de la mère et de l'enfant grâce au développement de maternités, de consultations spécialisées ou encore de gouttes de lait<sup>15</sup>. On pensait en parallèle à ruraliser davantage les soins, en particulier par la construction de structures sanitaires de petite taille et le développement d'une offre de soins essentiels itinérants dont les balises étaient établies dans un programme spécifique en 1927<sup>16</sup>. On projetait enfin l'accélération de la vietnamisation du personnel médical, ainsi que la « rééducation » d'acteurs traditionnels de la santé, dont des *Bà mẹ*, ces « matrones » encore en charge d'une bonne partie des accouchements à l'époque<sup>17</sup>.

Dans nos travaux antérieurs, nous avons parlé d'un mouvement d'*indigénisation* du système de santé vietnamien dans l'entre-deux-guerres, un mouvement marqué par un certain nombre d'adaptations du processus de médicalisation coloniale aux conditions de son exercice, qu'il s'agisse de réalités pathologiques, économiques ou socioculturelles. Les résultats de ces adaptations resteront toutefois plus ou moins significatifs, en particulier du fait qu'ils étaient dépendants de budgets anémiques et d'un personnel en sous-effectif chronique. Ainsi, en 1939, seuls 146 médecins européens exerçaient dans le cadre de l'AMI (contre 175 en 1929) épaulés par environ 220 médecins vietnamiens<sup>18</sup>. Le personnel subalterne comptait pour sa part aux environs de trois mille infirmiers et mille sages-femmes, ce qui était notoirement insuffisant pour desservir une population estimée à plus de vingt-trois millions<sup>19</sup>. Et c'est sans compter les disparités régionales. On était face en effet à une médicalisation à deux vitesses, une pour les enclaves urbaines, sites des grands hôpitaux où le personnel œuvrait en nombre, lieux des cliniques et consultations



spécialisées, de recours à des technologies de pointe et de l'activité prolifique des Instituts Pasteur, et une pour le « reste », le gros du territoire qui devait le plus souvent se contenter de tournées médicales erratiques et de quelques médicaments usuels.

La population devait sinon se tourner du côté de la « médecine sino-vietnamienne », ainsi que les médecins coloniaux la dénommaient le plus fréquemment, soulignant par là la force de ses influences chinoises. Pour ces derniers, la médecine vietnamienne relevait également du plus « grossier empirisme », bourrée de « superstitions », pratiquée par des « charlatans dénués de scrupules », ou à tout le moins mal formés, faisant certes reposer leur art sur une matière médicale extrêmement riche mais sans véritable expertise pharmacologique et complètement ignorants de la physiologie, de l'anatomie et de la chirurgie<sup>20</sup>.

### **La législation sur la médecine sino-vietnamienne : un encadrement en trois temps**

Ce genre de discours n'a rien de surprenant à l'époque. Depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle, un glissement, qui a été analysé pour d'autres colonies à fortes traditions médicales telle l'Inde britannique<sup>21</sup>, s'est clairement opéré : on est passé d'une vraie curiosité, voire d'une admiration pour l'extraordinaire richesse de certaines pharmacopées indigènes, sans oublier un emprunt ponctuel à quelques-uns de leurs remèdes, à un dénigrement convaincu que commandent des transformations majeures non seulement dans la structure et l'exercice de la médecine occidentale mais également dans les intentions coloniales de médicalisation<sup>22</sup>. À l'heure de la formalisation de l'Indochine en 1887, on ne peut plus se contenter de conspuer la médecine sino-vietnamienne, il faut l'empêcher de nuire, de constituer une menace à une médicalisation « dans les règles »<sup>23</sup>.

#### *Transfert de monopoles et répression indirecte (phase 1)*

En même temps, à l'époque, le champ de la médecine vietnamienne relève officiellement des autorités impériales vietnamiennes, prérogative maintenue lors de la signature des traités entre la Cour d'Annam

et les représentants du gouvernement français dans les années 1870-80. Il est donc a priori difficile pour le Gouvernement général à Hanoi d'intervenir directement sur cette médecine — elle ne sera d'ailleurs jamais interdite ou criminalisée, comme cela a pu être le cas dans d'autres espaces coloniaux<sup>24</sup>. Et c'est sans compter l'ignorance dont elle est l'objet du côté des autorités coloniales dont sanitaires. Comment, en effet, peut-on « bien légiférer » si l'on ne sait pas exactement sur quoi? Il faut bien comprendre aussi que pour certains médecins français en poste dans la région, réglementer la médecine vietnamienne c'était lui donner du crédit et d'abord une identité, ce qu'ils se refusaient à concevoir<sup>25</sup>. Reste qu'il fallait au moins trouver une façon de protéger les droits et prérogatives de certains professionnels de santé métropolitains présents sur le sol colonial dès les années 1860. Et, de fait, si jusqu'en 1905 et la création de l'AMI les textes législatifs concernant la médecine sino-vietnamienne s'avèrent inexistantes, quelques décisions coloniales vont néanmoins la toucher indirectement, ou plutôt certains de ses agents, sous prétexte de garantir les droits des premiers pharmaciens français présents sur place.

Le monopole pharmaceutique en France est précisé et encadré juridiquement depuis la loi de Germinal An XI (11 avril 1803). Au fondement de cette loi, se trouve l'exclusivité pour le pharmacien, diplômé d'une des écoles de pharmacie agréées par l'État et payant patente pour son officine, de la préparation, du débitage et de la vente au *poids médicinal*, c'est-à-dire au détail, des drogues et préparations pharmaceutiques (et bientôt des *spécialités pharmaceutiques*, médicaments issus de l'industrie pharmaceutique au sens où on l'entend à l'heure actuelle). Cette loi distingue désormais le pharmacien de l'épicier et du droguiste qui vend en gros<sup>26</sup>. Elle lui permet surtout de disposer du monopole d'honorer les prescriptions médicales et lui réserve aussi normalement la vente de médicaments auprès de la population<sup>27</sup>.

Dès novembre 1871, un arrêté du Gouverneur de la Cochinchine se propose tout simplement de transférer la Loi de Germinal dans la jeune colonie. En conséquence, le plein exercice de la pharmacie est réservé aux diplômés des Facultés de pharmacie d'État françaises. A priori ce texte n'empiète en rien sur le champ d'activité de ceux que

l'on appelle alors, de façon erronée puisqu'il n'existe pas de distinction formelle entre thérapeutes et préparateurs/ vendeurs de médicaments en médecine sino-vietnamienne, les « pharmaciens asiatiques ». Du moins tant que ces derniers ne touchent pas aux médicaments occidentaux comme le signifie plus clairement un texte du même gouverneur datant de 1875<sup>28</sup>. Mais comment s'assurer qu'ils respectent cette interdiction? Et qu'est-ce qu'un médicament occidental? Enfin, de quoi le pharmacien colonial peut-il avoir le monopole dans un pays comme le Viêt nam?

En réalité, plus que le « pharmacien » vietnamien c'est le médicament justement, dans ses dimensions de production, circulation et distribution, qui va assez rapidement s'imposer au cœur des préoccupations et devenir la cible préférée des efforts juridiques coloniaux. Il y a une certaine logique à cela : les autorités coloniales et sanitaires de l'Indochine étaient alors bel et bien collectivement ignorantes de ce qu'était la médecine vietnamienne. Elles avaient néanmoins accumulé des preuves que cette dernière reposait sur un arsenal thérapeutique extrêmement vaste et, en même temps, dénué à leurs yeux de tout mécanisme d'évaluation scientifique de son potentiel pharmacologique, de tout procédé de standardisation dans la fabrication des remèdes ou encore d'évaluation des risques que ces médicaments pouvaient poser en fonction des dosages, mélanges ou modes de préparation choisis<sup>29</sup>. Or, il se trouve que, à l'époque, la toxicité des médicaments est l'objet de préoccupations métropolitaines appuyées à l'heure d'une évolution rapide du champ de la chimie thérapeutique (produits de synthèse) ainsi que des premiers balbutiements d'une industrie pharmaceutique qui échappait largement au giron médical<sup>30</sup>. Dès juillet 1845 en fait, la « loi relative à la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses » avait étendu la nécessité d'une prescription médicale (datée, signée et faisant figurer le dosage des substances choisies) à toute préparation contenant au moins une des substances toxiques, « tenues dans un endroit sûr, fermant à clef », dont une première liste était proposée l'année suivante, en octobre 1846. On y dénombre soixante-douze substances au total dont la morphine et ses composés, la codéine et ses préparations, le laudanum ou encore l'opium. Cette liste ne cessera d'augmenter dans les décennies suivantes<sup>31</sup>, incluant bientôt tous les vaccins et sérums

thérapeutiques — à l'exception du vaccin antivariolique — ainsi que les produits distribués sous forme d'injection (loi du 25 avril 1895), sans oublier un éventail toujours plus dense de substances psychotropes à l'heure d'une prise de conscience internationale de la dépendance comme problème social<sup>32</sup>.

En date du 18 mars 1879, le Gouverneur de la Cochinchine légiférait sur la nécessité de disposer d'une prescription pour préparer et vendre certains médicaments à base de produits toxiques, en l'occurrence ceux de 1846. Une décision qui était étendue à l'Annam et au Tonkin en 1886, alors même que le Nord et le Centre du Viêt nam étaient en pleine organisation administrative et que la liste des substances concernées s'était déjà étoffée en métropole. Quant à la Loi médicale de 1892, qui réservait le monopole de la pratique médicale aux détenteurs français d'un doctorat d'État, elle allait être rapidement appliquée aux différents territoires de l'Indochine, avant la fin des années 1890. Si, là encore, l'application de cette loi n'amputait a priori en rien le champ d'intervention du thérapeute sino-vietnamien, il faut néanmoins rappeler que (1) ce dernier était donc souvent aussi préparateur de médicaments, que (2) la loi sur l'obligation d'une prescription médicale pour les fameuses soixante-douze substances toxiques était alors déjà en vigueur dans les trois pays vietnamiens et que (3) le thérapeute indigène ne pouvait disposer, sans doctorat ni citoyenneté française — un obstacle de plus —, du droit de prescription pour ces substances ou les remèdes les requérant. En résumé, il ne pouvait plus ni les préparer, ni les vendre...alors même qu'un certain nombre de ces substances toxiques entraient dans la préparation de remèdes locaux communs et jugés efficaces<sup>33</sup>.

Avec ces premiers textes, on perçoit en fait un mouvement réglementaire qui délimite déjà, même si à demi-mot, ce que peut désormais être la médecine vietnamienne, ou plutôt ce qu'elle ne peut plus être, en la dépouillant en particulier d'une partie de son arsenal thérapeutique. Ce processus se produit sous couvert d'un argument qui va prendre du poids après 1905 : celui de la protection de la santé publique. Cette tendance va, doucement mais sûrement, se doubler d'autres ambitions et en particulier d'une intention connexe mais aussi contradictoire, celle de normaliser, de *coloniser* la pratique médicale vietnamienne, en clair de lui imposer des règles de fonctionnement à

l'occidentale. Ainsi et pour ne prendre qu'un exemple précurseur, un nouvel arrêté du Gouverneur de la Cochinchine rendait obligatoire en février 1881 l'usage des poids et mesures français dans les marchés et boutiques de la région. Dans un premier temps, cette décision n'était apparemment pas imposée aux pharmaciens asiatiques. Néanmoins, dix ans plus tard, en juin 1891, on découvre dans le JOIF un arrêté exigeant cette fois des « pharmaciens chinois de Saïgon et Cholon » qu'ils se conforment au texte de 1881, ce malgré leur récente demande d'exemption en la matière. « Considérant que leur demande ne peut être accueillie favorablement en raison des produits auxquels elle s'applique et dont un pesage erroné, au moyen d'instruments imparfaitement connus peut entraîner des inconvénients graves au point de vue de la santé », l'arrêté leur donnait un an pour se conformer à la loi sous peine d'être poursuivis.

### *Surveiller et circonscrire (phase 2)*

Trois ans après la mise en place de l'AMI, les choses vont s'accélérer dans trois directions simultanées, celles d'une délimitation, d'une normalisation de la médecine vietnamienne, ainsi que d'une surveillance accrue de ses principaux acteurs. 1908 apparaît de fait comme une véritable année clé à cet égard, principalement grâce à la publication de deux textes qui vont avoir un impact réel et possible-ment diffus sur l'espace de la santé vietnamienne et en particulier sur l'accessibilité aux soins de santé de la population colonisée.

C'est d'abord par arrêté, en juillet 1908, que le Gouverneur général impose à l'Indochine toute entière le décret métropolitain de 1845 sur les toxiques<sup>34</sup>. Quelques mois plus tard, en octobre exactement, un système d'inspection des officines est mis en place, toujours sur modèle métropolitain, engageant une commission de professionnels<sup>35</sup> dans l'objectif d'un contrôle qualité des produits distribués et, bien sûr, de suivi de l'application des textes concernant la préparation et la vente des médicaments dont des toxiques<sup>36</sup>. Ce qui est intéressant de noter ici, c'est le fait que ce texte établissait les conditions d'inspection annuelle de *toutes* les « officines », à l'occidentale comme asiatiques. Un contrôle systématique qui permet la saisie par les inspecteurs d'échantillons de produits suspects, leur analyse par des

laboratoires de répression des fraudes et, éventuellement, la requête de poursuites judiciaires, après qu'un procès-verbal a été transmis à la Direction locale de la santé dont relèvent à la fois les inspecteurs et les officines. Le texte de 1908 précise également la nature des pénalités encourues en cas de fraude, allant de la saisie des produits fautifs à l'emprisonnement, en passant par des amendes.

Ces deux textes constituent assurément une réponse rapide et profondément politique à une affaire d'empoisonnement qui vient tout juste d'ébranler l'État colonial. On veut parler de la tentative d'empoisonnement au *datura stramonium* — ou stramoine officinal, un hallucinogène mortel à forte dose — de deux cents soldats de la Garde indigène de Hanoi le 28 juin 1908<sup>37</sup>. Si le fait que le médicament soit alors vu comme un objet de déstabilisation de l'ordre colonial peut paraître exagéré<sup>38</sup>, il n'en reste pas moins que ces textes font écho à une prise de conscience brutale de la part des autorités coloniales : celle de la facilité avec laquelle le commun des mortels peut encore se procurer des produits dangereux au Viêt nam. Le service d'inspection des pharmacies devait finalement s'assurer, une fois l'an, de *l'inoffensivité* de la médecine vietnamienne. Et l'on va persister et signer dans ce sens avec deux projets de loi qui interviennent à l'aube du premier conflit mondial, en 1913-14, et marquent cette intention de pacification de la médecine vietnamienne. Il ne s'agit là que de projets, mais ils donnent une idée de l'état d'esprit dans lequel se trouvent alors les autorités de Hanoi, annonçant d'autres textes qui seront eux promulgués.

Un premier texte autour de la « réglementation de la police et de l'exercice de la pharmacie ainsi que le contrôle des médicaments en Indochine » évoque à nouveau les conditions d'exercice de la pharmacie à l'occidentale. Ce texte déclare qu'il faut être âgé de vingt-cinq ans au moins, muni d'un diplôme de pharmacien universitaire, être seul propriétaire de la pharmacie que l'on exploite (Article 3) et ne pas posséder plusieurs pharmacies (Article 4). On y réitère que le pharmacien est seul habilité à délivrer des toxiques sur présentation d'une prescription médicale (Article 10). Ce nouveau texte renforce surtout l'interdiction faite aux « pharmaciens sino-vietnamiens » de vendre des médicaments occidentaux. Le second projet, incontestablement lié au premier, veut pour sa part intervenir plus directement dans la

« réglementation du commerce des pharmacies et médicaments sino-annamites en Indochine ». Il vise à imposer aux pharmaciens asiatiques les mêmes devoirs qu'aux pharmaciens français, sans pour autant bien sûr leur octroyer les mêmes droits. Il s'agit en particulier de les soumettre aux principales règles de pratique métropolitaines : être propriétaire de son officine, lister ses stocks, consigner dans un registre *ad hoc* les substances toxiques. Intéressante précision : vingt-deux substances toxiques, que le gouvernement colonial estime être « très employées » en médecine vietnamienne — on ne sait toutefois pas par qui cette liste fermée a été établie ni sur quels critères —, pourront être distribuées par ces pharmaciens... mais sur présentation d'une prescription d'« un médecin chinois ou annamite » transcrite ensuite dans un registre spécifique<sup>39</sup>.

Ce deuxième projet est bientôt rejeté par l'Inspecteur des services de santé de la colonie en personne, le médecin des Troupes Coloniales et Pastorien Paul-Louis Simond. Sans s'ériger en ardent défenseur des traditions médicales locales, Simond croit alors fermement que celles-ci ne doivent pas pour autant être ainsi occidentalisées et contraintes, ne serait-ce que parce qu'elles s'avèrent bien utiles pour offrir des soins de base à la population. Il estime en même temps que le projet, tel qu'il est conçu, ne propose pas suffisamment de garanties pour minimiser les risques potentiels associés à la vente et à la consommation de produits toxiques par les droguistes traditionnels. En fait, à son avis, il serait judicieux de commencer par dresser une liste complète de médicaments que pourraient prescrire ou vendre ces derniers et d'en fixer la posologie dans une sorte de « Codex annamite », codex qui devra être préparé par des spécialistes locaux<sup>40</sup>. Cette idée de Codex ne se formalisera pas, faute apparemment de spécialistes capables de traduire du chinois classique, langue des compendia de médecine vietnamienne les plus réputés, au français puis au *quốc ngữ*, le vietnamien romanisé, seule langue écrite reconnue dans les rapports entre l'administration coloniale et les indigènes depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle<sup>41</sup>.

Le premier projet de 1913 est par contre repris dans son intégralité ou presque par un décret en date du 16 juillet 1919, décret qui entre en application en avril de l'année suivante. Celui-ci prend acte de la toute nouvelle loi métropolitaine sur les toxiques du

12 juillet 1916 qui établissait une nouvelle liste de substances toxiques étroitement contrôlées et réparties cette fois en trois sous-catégories : à des tableaux A (substances jugées très toxiques) et C (« moyennement ou faiblement » toxiques, les seules à ne pas être obligatoirement soumises à prescription) s'ajoutait un tableau B réservé aux stupéfiants<sup>42</sup>. Surtout, cette liste à trois volets comprend désormais aux environs de 140 substances et préparations du Codex pharmaceutique français et tendra, elle aussi, à l'inclusion de toujours plus de produits dans l'entre-deux-guerres<sup>43</sup>. Un décret de mars 1923 permettra même au Gouverneur général, sur proposition de l'Inspection générale de la santé, d'ajouter de son propre chef des substances aux tableaux A et B<sup>44</sup>.

Dans les années 1920, la tendance à la *désincarnation*, par sa complète détoxification, de la médecine vietnamienne est devenue claire, de même que sa normalisation, par l'imposition de règles et d'un contrôle à l'occidentale. Il est toutefois aussi question de l'empêcher d'évoluer, de l'enfermer dans un carcan figé qui s'avère sans conteste le produit d'une vision toute coloniale, occidentale, biomédicale et très erronée de ce qu'elle devait être. Alors que la loi sur les toxiques de 1919 définissait aussi, et pour la première fois, ce qu'on devait entendre par « produit pharmaceutique » (« tous produits spéciaux vendus dans un but curatif »), un arrêté du Gouverneur général en date du 21 mai 1921, en plus de réitérer l'interdiction qui est faite aux droguistes locaux de vendre des produits pharmaceutiques, élargit désormais cette interdiction à tout médicament manufacturé d'origine étrangère, même lorsqu'il s'agit de médicaments issus d'autres traditions médicales asiatiques — chinoise, coréenne ou japonaise<sup>45</sup>. En fait, par ce texte de 1921, seule « la vente de médicaments d'origine animale, à l'exception des médicaments opothérapiques [produits à base d'organes d'animaux d'abattoir indiqués dans différentes insuffisances de sécrétion qui sont l'objet d'un développement pharmaceutique important en France à l'époque], des cantharides, mylabres et meloes [trois insectes contenant de la cantharidine, une substance utilisée dans plusieurs traditions médicales comme aphrodisiaque, mais considérée comme dangereuse] et la vente des simples [c'est-à-dire de produits non composés, à base d'une seule substance active] »



(Article 5) par ces droguiste est autorisée. Et encore : la vente libre de simples se voyait restreinte par l'interdiction de faire commerce d'une trentaine de substances jugées particulièrement toxiques, dont la strychnine, la digitale, la belladone, l'aconit ou encore le *datura stramonium*...

*D'une désincarnation à une définition réductrice (phase 3)*

En 1921, les décideurs coloniaux sont dans une phase de réflexion sur les réorientations à donner à l'AMI. Les limites du système se sont imposées aux autorités de Hanoi dès la Première Guerre mondiale, pour des raisons qui vont des problèmes budgétaires récurrents<sup>46</sup> et de pénuries chroniques en personnel aux effets d'une politique largement inadaptée aux conditions et aux attentes locales. Des limites et des problèmes que la crise économique de 1929 et ses retombées, touchant de plein fouet l'économie coloniale, vont bientôt accuser : le programme d'extension de soins essentiels en milieu rural surtout nécessite du personnel qualifié et des structures que l'on n'a plus les moyens ni de déployer ni d'entretenir correctement. En outre, plusieurs rapports médicaux ont déjà fait amplement la preuve que les problèmes d'accessibilité à la médecine occidentale en « campagne », criants, constituent un des éléments d'explication au succès perdu-rant, voire croissant de la médecine vietnamienne<sup>47</sup>. Dans ces conditions, les autorités coloniales estiment qu'il devient impératif de mieux connaître ce que l'on veut combattre, mais aussi de mettre à profit ces connaissances pour légiférer sur un possible recours à la médecine vietnamienne *dans* le cadre de l'AMI. Il s'agira d'un recours limité et étroitement supervisé bien sûr, selon des règles biomédicales précises. L'effort de balisage d'une médecine inoffensive prenait ici toute sa valeur de même que celui de définir (enfin) ce que l'on devait entendre par « médecine sino-vietnamienne ».

Ce sont en fait pas moins de trois commissions d'études (1925, 1933 et 1938), mises en place par le Gouvernement général, qui vont alors vouloir trouver une façon de réglementer plus directement la médecine vietnamienne<sup>48</sup>. Dès les travaux de la première commission, l'Inspecteur des services de santé de l'époque, le Dr Laurent Gaide, suggérait de reprendre l'idée développée par son prédécesseur

Simond et d'entreprendre une étude systématique de la pharmacopée vietnamienne. Un projet d'envergure une fois encore assez vite abandonné, pour les mêmes raisons probablement qu'en 1913<sup>49</sup>. Il est toutefois remis à l'ordre du jour en 1933. La seconde commission se voit d'ailleurs explicitement confier le mandat « d'étudier la pharmacopée en vue de l'élaboration d'un compendium », préalable à toute nouvelle réglementation. De ces travaux sort un nouveau projet de loi... mais pas de compendium. Présenté au Grand Conseil des intérêts économiques et financiers, dans l'idée de prendre le pouls de certains notables indigènes — les Vietnamiens sont en effet représentés à cette haute instance décisionnelle du gouvernement indochinois depuis sa création en 1927 —, le texte du projet de loi est toutefois rapidement mis de côté lui aussi... Les membres de la troisième et dernière commission, qui se réunissent pour la première fois en mars 1938, repartent bien sûr des travaux de leurs prédécesseurs. Dans leur rapport final, ils déplorent à leur tour le vide législatif dans lequel continue d'opérer la médecine vietnamienne et proposent... l'interdiction pure et simple de l'emploi par ses acteurs de toute substance toxique, sans exception aucune cette fois<sup>50</sup>.

À l'heure d'une réflexion sur la possibilité d'une intégration de la médecine sino-vietnamienne au système de santé colonial, on comprend ce que cette approche, encore plus restrictive que les précédentes, est censée faire : transformer la médecine sino-vietnamienne en une médecine complètement inoffensive (« douce ») et de ce fait possiblement complémentaire à la biomédecine dans le cadre de l'AMI. Un projet d'arrêté fin 1939 confirme cette intuition. Le texte voit finalement le jour en septembre 1942 mais dans un tout autre contexte légal et politique, celui d'une Indochine dirigée par un représentant du Gouvernement de Vichy et occupée par le Japon, ce qui n'est évidemment pas propice à son application — et de fait, bien qu'approuvé le 17 juillet 1943, l'arrêté ne sera jamais exécuté. Reste que, pour la première fois, il y est question de définir ce qui doit être entendu par « pharmacopée traditionnelle sino-indochinoise » en ces termes :

Article 2 [...] Il faut entendre l'ensemble des produits, drogues minérales, végétales ou animales utilisées soit sous la forme

naturelle soit préparées ou transformées 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 produits opothérapiques préparés industriellement; des vaccins et sérums, toxiques 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 [...] enfin les pilules, dragées et ovules préparés industriellement.

Le texte précise ensuite ce qu'on doit comprendre par « thérapeutique sino-indochinoise », une « thérapeutique traditionnelle [...] utilisant des moyens traditionnels spéciaux [...] 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 [...] »<sup>51</sup>. On repère là clairement une assimilation éloquente entre médecine sino-vietnamienne et médecine traditionnelle dans le sens de non moderne, ascientifique et naturelle, c'est-à-dire non transformée par des manipulations en laboratoire ou en milieu industriel. Une médecine-thérapeutique, circonscrite par défaut, en fonction finalement de que l'on estimait être la thérapeutique et le médicament occidentaux. De fait, le « médicament sino-vietnamien » (ou remède asiatique traditionnel) et la « préparation pharmaceutique » (ou médicament occidental moderne) ne devaient en aucun cas partager la moindre caractéristique.

Le texte de 1942 vient aussi porter à son paroxysme une séparation stricte, sans compromis, voulue par le colonisateur, entre deux systèmes médicaux, entre la médecine occidentale, le référent, et la médecine sino-vietnamienne, l'alternative. Une distinction aberrante pourtant, tant au vu de l'évolution du champ de la médecine sino-vietnamienne à l'époque, on va y revenir, que des conditions locales d'accessibilité aux soins<sup>52</sup>.

### **Mais qu'en pensent les acteurs de la santé?**

À la lecture de l'arrêté d'octobre 1942, on ne peut s'empêcher de remarquer l'utilisation répétée de « traditionnel/le », une qualification qui y apparaît bien sûr négative et dépréciative, mais qui n'avait pas été utilisée jusque-là par les législateurs coloniaux. Elle l'était par contre, depuis quelques années déjà, du côté de plusieurs associations de thérapeutes vietnamiens et sino-vietnamiens et même de certains médecins vietnamiens formés à l'occidentale, et ce dans un sens de plus en plus positif, progressiste, vendeur, voire revendicateur. Un des risques, voire un des écueils d'un travail centré sur des documents coloniaux, ce que nous avons fait pour l'instant, est de négliger par défaut les voix colonisées, d'oublier de leur donner un rôle à jouer dans l'évolution de la pratique coloniale. Pourtant, elles s'avèrent relativement nombreuses à aborder l'encadrement de la médecine sino-vietnamienne, peut-être même avec une certaine influence sur les décisions législatives dans les années 1920-30, arguant en effet souvent du fait que le système d'AMI ne pouvait se permettre de balayer du revers de la main les traditions alors que les problèmes d'accessibilité aux soins s'aggravaient.

#### *Pour une médecine traditionnelle, scientifique et nationale*

Il faut d'abord mentionner ici que, dès la Première Guerre mondiale, ce sont plusieurs projets de loi touchant, indirectement ou directement, la médecine vietnamienne et ses agents qui n'ont pas été entérinés face à un risque de soulèvement, voire devant un vrai mouvement de grogne populaire<sup>53</sup>. Les réactions au texte du 21 mai 1921 par exemple sont relativement bien documentées; il faut dire que cette directive visait aussi à obliger tous les acteurs traditionnels du médicament — commerçants, droguistes et thérapeutes : Article 1 — à obtenir un permis pour pratiquer leur activité. Derrière cette décision se trouvait une volonté claire de remplir les caisses de l'État (obtenir un permis signifiait payer patente, une taxe professionnelle annuelle), mais probablement surtout de mieux quantifier ces acteurs pour mieux en limiter l'activité, voire le nombre. Le texte se proposait en effet de fixer à terme le nombre maximum de thérapeutes

traditionnels autorisés à pratiquer en Indochine pour chaque province, au pro rata de sa population<sup>54</sup>. Face aux réactions virulentes de certaines associations de commerçants, l'application du texte de 1921 était suspendue jusqu'en 1922 puis finalement annulée. Le Gouverneur général reviendra néanmoins à la charge avec un autre projet relativement similaire en mars 1926, mais qui restera lui aussi en sommeil avant d'être abrogé à la suite d'un nouveau tollé, immédiat ou presque<sup>55</sup>.

Comment expliquer que cette opposition ait porté dans le cadre colonial? Il est important de préciser deux choses ici. La première, la plus évidente des explications peut-être, concerne le fait que l'entre-deux-guerres est une période clé de développement du nationalisme vietnamien, d'un nationalisme économique d'abord, qui va vouloir imposer le commerce et l'innovation vietnamienne au profit du commerce chinois dominant jusqu'alors, puis d'un nationalisme de plus en plus politisé qui va régulièrement participer à faire reculer le gouvernement colonial sur des décisions jugées particulièrement iniques<sup>56</sup>. Dans la concrétisation de ces deux mouvements, on retrouve nombre d'acteurs traditionnels de la santé alors que la médecine vietnamienne non seulement continue d'être largement sollicitée par la population, par conviction comme par obligation on l'aura compris, mais a considérablement évolué aussi, et ce en partie sous l'aiguillon de la domination et de ses avatars<sup>57</sup>. La médecine vietnamienne voit en effet dans l'entre-deux-guerres l'essor de spécialités pharmaceutiques que l'on peut qualifier de « néo-traditionnelles », des produits brouillant les frontières entre la biomédecine et la médecine indigène et dont la publicisation sature les pages des journaux populaires vietnamiens. Le gouvernement colonial déplore pour sa part l'accroissement du marché de la contrefaçon médicamenteuse et l'augmentation du trafic de produits toxiques<sup>58</sup>.

Cette dynamisation se retrouve en parallèle, et c'est là un deuxième élément d'explication possible à l'influence de ces commerçants et autres acteurs du médicament, dans un éclatement et une nette densification de leurs rangs<sup>59</sup>. En 1931, le responsable du service d'Inspection des pharmacies du Tonkin estimait ainsi qu'il existait au moins 1 700 « *boutiques fixes* » de vente de médicaments au sein du protectorat dont 188 dans la seule province de Thai Binh, 180

dans celle d'Ha Dong et à Hanoi<sup>60</sup>. La grande majorité de ces commerçants s'était installée après 1905 et surtout depuis la guerre, certains parmi eux disposant déjà d'une belle réputation<sup>62</sup>. C'est le cas entre autres de Phó Đức Thành, propriétaire de la Grande pharmacie sino-vietnamienne de Vinh (Annam), ou de Đãng Thúc Liêng, installé pour sa part à Saigon. Thành est non seulement l'auteur de plusieurs catalogues de pharmacie mais aussi de publications sérieuses sur la thérapeutique sino-vietnamienne<sup>63</sup>. Quant à Liêng, il deviendra en 1935 le président de l'Association des médecins et pharmaciens sino-annamites de Cochinchine, la *Viêt nam y dược hội*<sup>64</sup>. Selon le Dr Albert Sallet, proposant en 1931 un portrait soutenu des acteurs sino-vietnamiens de la santé qu'il était un des seuls médecins coloniaux à bien connaître d'ailleurs<sup>64</sup>, le monde de la médecine et des soins traditionnels avait effectivement évolué de façon manifeste au cours des dernières années. Non seulement les vendeurs de médicaments étaient assurément plus nombreux, mais les « officines » et l'herboristerie se portaient aussi très bien<sup>65</sup>. Et c'est dans ce cadre effervescent que des associations de thérapeutes/droguistes avaient pu s'organiser et constituer des groupes de pression efficaces, réclamant une amélioration de leur statut. Dès la fin 1938, avant même que la dernière commission d'étude mise en place par le Gouverneur général ne produise le moindre projet de loi, la *Viêt nam y dược hội* avait d'ailleurs pris l'initiative d'un mouvement d'opposition au texte à venir, mouvement relayé par la presse progressiste et insistant sur l'importance de l'accessibilité à des soins essentiels pour l'ensemble de la population vietnamienne.

À la fin des années 1930, cette association, et d'autres avec elles, ne se contentent plus de dénoncer des textes de loi et de manifester leur désapprobation à leur encontre; elles réclament aussi du gouvernement colonial une législation adaptée, juste et efficace de la médecine sino-vietnamienne qui permette de séparer le bon grain de l'ivraie, c'est-à-dire les « vrais » thérapeutes traditionnels (eux) des « autres », ces charlatans et commerçants peu scrupuleux qui pulluleraient eux aussi depuis quelques années. Leur font écho dans leurs revendications certains auteurs vietnamiens à succès, dont le romancier et satiriste Vũ Trọng Phụng, et un nombre assez important de journalistes là encore<sup>66</sup>. Selon eux, le système de soins publics restait

non seulement trop largement inaccessible, mais il s'avérait dans l'incapacité de contrer les méfaits d'opportunistes dangereux qui se réclamaient à tort de la médecine vietnamienne. La *Viêt nam y dược hội* irait même jusqu'à réclamer la professionnalisation de ses membres en bonne et due forme, sur modèle métropolitain<sup>67</sup>. Tout en insistant sur la valeur d'une *médecine vietnamienne traditionnelle* dans le sens d'historiquement validée et culturellement adaptée, une médecine puisant largement dans une biodiversité locale hors du commun (ici les thérapeutes traditionnels voulaient aussi clairement détacher la médecine vietnamienne de ses racines chinoises) et offrant des produits doux, idéaux pour la « constitution vietnamienne », « des remèdes annamites pour les Annamites »<sup>68</sup>. Bien que ces demandes de professionnalisation n'aient pas connu de suite, on voit là comment pouvait être instrumentalisé de façon positive, par ses propres dispensateurs, le fait que la médecine vietnamienne était alors déjà, d'un point de vue juridique tout au moins, largement dépouillée de ses substances toxiques.

La *Viêt nam y dược hội* proposa même des voies de *scientifisation* de la médecine vietnamienne, une médecine jugée capable de progresser. Ses membres s'inscrivaient alors en faux par rapport à l'image coloniale et construite d'une médecine dépassée et statique. Comment? En travaillant de façon scientifique sur certaines plantes contenues dans les remèdes vietnamiens (analyse en laboratoire de leurs composantes, extraction des différents principes actifs, etc.), en promouvant des publications de qualité dans le domaine de la médecine vietnamienne et en fabriquant ensuite des médicaments à moindre coût, préparés localement et testés dans leur efficacité thérapeutique par des essais cliniques. Une fois encore, ces propositions, reprises par plusieurs journaux progressistes (tels *l'Echo annamite*), féminins (*Phụ nữ tân van*) ou de vulgarisation en santé (dont le *Vệ sinh báo* et le *Bao an y báo*), étaient justifiées par le fait que tout le monde avait droit à des soins de qualité et que l'accès à un thérapeute bien formé et compétent, quelle que soit la tradition médicale dont ce dernier se revendiquait, participait du respect de ce droit<sup>69</sup>. En cela, la médecine vietnamienne apparaissait déjà, même si encore discrètement, comme un système médical capable de gérer l'avenir sanitaire postcolonial du pays. Une médecine nationale en somme.

*La délicate question de l'intégration*

Un certain nombre de médecins vietnamiens formés à l'occidentale défend cette dernière position dans les années 1930, en clair une place pour la médecine vietnamienne dans le cadre d'un système de santé performant et adapté à la population à laquelle il s'adresse. C'est le cas entre autres du Dr Nguyễn Văn Luyên, ex médecin de l'AMI installé à son compte à Hanoi à partir de 1931, collaborateur au *Vệ sinh báo* puis rédacteur en chef du *Bao an y báo*, une tribune dans laquelle il ne manque d'ailleurs pas de proposer des outils d'automédication puisant dans la pharmacopée locale. Rejoignant pour certains les rangs nationalistes (Luyên serait lui-même un nationaliste convaincu<sup>70</sup>), ces médecins sont de plus en plus persuadés que la médecine occidentale seule ne peut faire le poids lorsqu'il s'agit d'offrir des soins de base à la population dans son ensemble et qu'il faut penser une démarche intégrative en santé<sup>71</sup>. Mais un double préalable s'imposait à leurs yeux : une épuration doublée, là encore, d'une modernisation de la médecine sino-vietnamienne. En mai 1929, Luyên signait un article intitulé « *Thuốc tây và thuốc ta* » [La médecine occidentale et « notre médecine »]. On y lit :

La médecine occidentale utilise beaucoup des mêmes remèdes que la nôtre. Le gain que nous faisons réside dans le principe actif [*en français dans le texte*]. Nos scientifiques doivent se concentrer sur l'analyse de l'efficacité de nos remèdes selon la méthode expérimentale occidentale [...] l'expérience servira de base et les tests comme preuve pour pratiquer la médecine. L'utilisation des remèdes occidentaux augmente de jour en jour, mais on ne peut mettre de côté les remèdes dont nous avons hérité [...]<sup>72</sup>

Il s'agit là fort probablement d'un des premiers articles écrits par un docteur en médecine vietnamien proposant ouvertement une régénération de la médecine de ses ancêtres<sup>73</sup>. Texte précurseur, il est fondamental en cela qu'il annonce une *réinvention* de la médecine vietnamienne, une médecine à part entière (clairement distincte de la tradition médicale chinoise), une médecine qui n'a rien à envier à la biomédecine, une médecine améliorabile et scientifiisable<sup>74</sup>. Et c'est



cette nouvelle médecine vietnamienne qui pourra facilement devenir partie intégrante d'un système de santé idoine.

On ne s'entendait toutefois pas forcément sur ce qu'intégration signifiait exactement, on l'aura compris. En 1935, le programme d'Assistance rurale en Annam, dirigé par le Dr Marcel Terrisse, évoquait bien la possibilité de faire participer au processus de médicalisation du protectorat des acteurs traditionnels de la santé, et ce de façon très transparente<sup>75</sup>. Dans cette optique, Terrisse s'adjoignait d'ailleurs le concours du pharmacien de Vinh Phó Đức Thành, dont il disait admirer l'ouverture d'esprit mais aussi les connaissances, en plus de celui d'un médecin formé à l'occidentale, Hoàng Mộng Long, apparemment fin connaisseur de la thérapeutique sino-vietnamienne et de l'acupuncture. Terrisse passait toutefois alors pour un marginal rêveur et ce genre d'initiative ne serait pas réitérée. Du moins pas officiellement. En 1937, le plan de réorganisation des services d'Assistance proposé par l'Inspecteur des services de santé de l'époque, le Dr Pierre Hermant, spécialiste de la santé en milieu rural, stipule que l'AMI telle qu'elle se pratique à l'heure où il écrit est inadaptée et qu'elle fonctionne mal. Pour améliorer la situation, « la tolérance de la médecine traditionnelle n'est pas seulement une obligation morale et politique [...] elle est aussi une nécessité matérielle », ajoute-t-il<sup>76</sup>. Interprétant cette déclaration, le Grand Conseil des intérêts économiques et financiers, après avoir rejeté le projet de loi de la troisième et dernière commission d'étude sur la médecine sino-vietnamienne, propose fin 1938 de ne légiférer sur son statut qu'en ville. Pour laisser aux campagnes le choix et une plus grande souplesse...<sup>77</sup> L'année suivante, ledit Conseil souligne par ailleurs que :

La médecine traditionnelle agit sans nul doute utilement dans certaines maladies courantes; elle peut intervenir parallèlement à l'action de l'Assistance médicale. L'Assistance trouve son champ d'opérations dans la lutte contre les maladies contagieuses, dans le traitement des malades dont l'affection est au-dessus des ressources de la pharmacopée locale et, surtout on devrait presque dire [...] dans le relèvement de la situation sanitaire des collectivités partout où elle apparaît déficiente du fait des grandes endémies [...]<sup>78</sup>

À la suite d'une longue liste de projets discriminatoires pour la plupart avortés, le texte de loi de 1942 sur la « réglementation de la pharmacopée sino-indochinoise » vient finalement sanctionner une intention toute coloniale de faire de la médecine vietnamienne une médecine certes mieux balisée — ce que réclamaient certains thérapeutes traditionnels, médecins vietnamiens ou intellectuels progressistes depuis plusieurs années déjà — mais reconnue comme étant *complémentaire* et, peut-être surtout, une *alternative* par défaut, pour les petits maux et pour les campagnes<sup>79</sup>.

Au début des années 1940 (on est alors, on l'imagine aisément, en situation d'urgence et de pénuries graves dont en matière de médicaments), il s'agit aussi pour les autorités coloniales, sous couvert de l'idée de « mieux connaître » la médecine traditionnelle, de s'en réapproprier une partie de la valeur. La création, en 1942 toujours, d'un Comité d'études et d'utilisation des drogues indochinoises auprès de l'Université de Hanoi s'avère particulièrement éclairante de cette récupération annoncée. Le comité a en effet pour objets : la prospection botanique et le prélèvement d'échantillons, l'étude en laboratoire des effets physiologiques et des propriétés thérapeutiques de ces plantes, leur étude clinique sur les maladies et, enfin, le développement de la culture des plantes les plus utiles à l'échelle industrielle<sup>80</sup>. Cette dernière intervention dans le domaine de la matière médicale vietnamienne — plutôt que dans celui de la thérapeutique vietnamienne — permet de prendre la mesure de l'ambiguïté et de l'utilitarisme de l'intégration des deux systèmes médicaux proposée par les autorités françaises à la fin de la période de domination ainsi que des possibles séquelles postcoloniales d'un mouvement déjà structuré de ce que l'on appelle désormais la bio prospection.

## Du colonial au postcolonial

Ensemble, tous ces discours que l'on a analysés manifestent de façon cumulative une conviction coloniale, française et biomédicale : celle qui voulait que la médecine vietnamienne soit dangereuse par nature, en particulier parce qu'elle continuait de s'exercer largement sans règles, scientifiques ou professionnelles, et sans aucune systématité en ce qui avait trait à la confection et à la prescription de médicaments.

Néanmoins, avec le temps et une succession serrée de règles contraignantes, cette médecine était devenue, au moins sur le papier, un arsenal thérapeutique doux, naturel, complémentaire et traditionnel, résultat d'une réflexion dénigrante mais aussi pragmatique à laquelle avait participé — sans avoir toutefois disposer des mêmes intentions et des mêmes ambitions — un certain nombre de colonisés dont des acteurs de la santé, « traditionnels » et occidentalisés, revendiquant pour « leur » médecine (*thuốc ta* signifie littéralement « notre médecine ») de nouvelles balises et un nouveau statut adapté aux attentes de la population vietnamienne en matière de santé. À l'heure de la décolonisation de l'Indochine, un processus qui va s'avérer long et douloureux (1945-75), la médecine vietnamienne, une médecine nationale davantage que traditionnelle, fera d'ailleurs bien vite sa place dans un système de santé autonome et efficace. Grâce à l'activisme de ses défenseurs, dont d'un certain nombre de médecins et pharmaciens qui s'investissent dans la scientification de son arsenal thérapeutique, elle s'inscrira de fait dans un système de santé intégratif modèle et précurseur, selon l'OMS, dès l'indépendance du Nord du pays sous égide communiste en 1954<sup>81</sup>.

Le statut des MAC au Canada à l'heure actuelle n'a, a priori, pas grand-chose à voir avec celui de la médecine vietnamienne en contexte impérialiste. En même temps, on repère des questionnements étonnamment similaires de la part des autorités sanitaires et gouvernementales dictés, en partie au moins, par les ratés que connaissent plusieurs systèmes de santé provinciaux. La mise en place de la DPSN auprès de Santé Canada, suivie de la mise en œuvre d'une législation fédérale sur ces produits dans les années 2000 qui puisse répondre aux attentes d'une population jugée plus ouverte aux « autres » médecines — et qui, en même temps, coûte a priori moins cher — sont en effet autant de manifestations qu'il y a des continuités, du colonial au postcolonial dans l'approche, profondément ambiguë, qui dirige l'encadrement des « médecines alternatives », oscillant entre marginalisation et biomédicalisation, domestication et désincarnation.

Rappelons par ailleurs que cet encadrement, certains thérapeutes traditionnels canadiens le réclament, acceptant par là même que « leur » tradition médicale entre dans l'éventail officiel des MAC

reconnues par Santé Canada, au risque de la voir se dénaturer et être limitée à une thérapeutique secondaire, faite d'une liste étroitement surveillée de produits de santé « naturels ». À la manière des thérapeutes vietnamiens des années 1930, ces derniers revendiquent la reconnaissance non seulement de leur médecine, mais également de la complexité dynamique de la demande médicale dans une société métissée. Il s'agit d'une démarche profondément politique, une démarche de longue haleine aussi qui peut mener à terme à la reconnaissance professionnelle<sup>82</sup>. En cela on peut finalement rapprocher l'histoire des médecines traditionnelles de celle des médecines alternatives. Ce rapprochement va au-delà de l'idée qu'une médecine traditionnelle devient alternative lorsqu'elle passe certaines frontières géographiques et culturelles<sup>83</sup>. Il participe à étoffer une historiographie de la médicalisation où l'intégration des systèmes médicaux — jusqu'à une possible dilution de leurs frontières? — au niveau de la législation sanitaire et des systèmes de santé tend à prédominer, fruit des attentes plurielles d'une société en mouvement mais aussi de l'engagement dans l'espace public de certaines de ses minorités, même marginalisées<sup>84</sup>. Ce rapprochement invite ainsi à construire une véritable histoire postcoloniale de la médecine.

\*\*\*

**LAURENCE MONNAIS** est professeure agrégée au Département d'histoire et au Centre d'études de l'Asie de l'Est (CETASE) de l'Université de Montréal. Elle est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le pluralisme en santé.

**LAURENCE MONNAIS** is associate professor in the history department and at the Centre of East Asian Studies (CETASE) at the University of Montreal. She is also Canada Research Chair of Pluralism and Health.

**Endnotes:**

- 1 Une seconde table ronde, sur le même sujet, devrait avoir lieu sous peu, à Toronto cette fois. Sur ces tables rondes, voir : [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/\\_2011/2011\\_135-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2011/2011_135-fra.php). Sur la DPSN et la législation sur les PSN : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/about-apropos/index-fra.php>.
- 2 Sur le concept d'intégration en santé, voir : Jean-Claude Magny, Gilles Harvey, Yves Lévesque, Daniel Kieffer, Anne Taillefer et Denis Fournier, *Pour une approche intégrée en santé. Vers un nouveau paradigme* (Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009), 131 p.
- 3 Cette problématique, soulevée par un certain nombre d'historiens et de spécialistes de la médecine traditionnelle chinoise en particulier, entraîne une réflexion dans plusieurs directions : sur les processus de domestication dont les médecines traditionnelles seraient l'objet, sur la dimension politique de la construction d'une médecine traditionnelle précisément balisée (on s'entend ainsi sur le fait que la MTC est le produit de l'histoire de la Chine continentale et d'intentions précises de la République populaire), ou encore sur la pertinence — ou non — d'opposer « traditionnelle » à « moderne » (ou conventionnelle, scientifique, biomédicale) alors même que les frontières entre systèmes médicaux seraient loin d'être étanches. À ce sujet, voir en particulier : Elizabeth Hsu et Erling Høg, dir., « Globalisation of Asian Medicines », *Anthropology and Medicine*, 9, 3 (2002) : 205-363; Mei Zhan, *Other-Worldly: Making Chinese Medicine Through Transnational Frames* (Durham, Duke University Press, 2009), 241p.; Charlotte Furth, « Becoming Alternative? Modern Transformations of Chinese Medicine in China and the United States », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 28, 1 (2011) : 5-41.
- 4 Laurence Monnais, *Médicaments coloniaux. Circulation, distribution et consommation de produits pharmaceutiques au Viêt nam, 1905-40* (Paris, Les Indes savantes, à paraître), 300p; Marie-Ève Blanc et Laurence Monnais, « Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal », *Revue européenne des migrations internationales*, 23, 3 (2007) : 151-76; Laurence Monnais, C. Michele Thompson et Ayo Wahlberg, dir., *Southern Medicine for Southern People. Vietnamese Medicine in the Making* (Newcastle Upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2012), 291 p.
- 5 Sur l'histoire de l'Indochine française, voir : Pierre Brocheux et Daniel Hémerly, *Indochine la colonisation ambiguë, 1858-1954* (Paris, La Découverte, 2001 [1994]), 447 p.
- 6 La mise en valeur consiste essentiellement en un plan de développement économique et technique susceptible, à terme, de moderniser les structures

- politiques et sociales. Voir à ce sujet : Albert Sarraut, *La mise en valeur des colonies françaises* (Paris, Payot, 1923), 663 p.
- 7 Daniel R. Headrick, *The Tools of Empire: Technology and European Imperialism in Nineteenth Century* (New York et Oxford, Oxford University Press, 1981), 221 p.
  - 8 Sur le synchronisme entre avènement de la médecine dite moderne et colonisation de l'Indochine française ainsi que pour avoir un aperçu de l'histoire de la médecine au Viêt nam pendant la période de domination, voir : Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939* (Paris, CNRS Editions, 1999), 483 p.
  - 9 *Ibid.*, 34-56; 178-200.
  - 10 À l'époque, on entend par maladie sociale une maladie, infectieuse ou non, dont l'éclosion et la diffusion sont attribuables au moins en partie à des facteurs et des réalités d'ordre social : pauvreté, promiscuité, délinquance, prostitution, toxicomanie, etc.
  - 11 En fait, l'obligation vaccinale antivariolique a été imposée à la Cochinchine dès 1871, plus de trente ans avant qu'elle ne le soit en métropole (Loi de santé publique, 1902).
  - 12 Aux campagnes de prémunition antivariolique s'ajouteront celles de vaccination anti pesteuse, bientôt anticholérique et dans une certaine mesure antituberculeuse à partir des années 1920.
  - 13 Un réseau qui s'étendra de façon linéaire néanmoins : en 1936, le Tonkin dispose de près de trois cents formations sanitaires publiques, la Cochinchine aux alentours de deux cents et l'Annam cent cinquante. Quatre-vingt cinq pour cent de ces structures se trouvent alors être de petites structures qui offrent surtout un service de consultation médicale (L. Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation...*, *op. cit.*, 120).
  - 14 Les médecins français, fonctionnaires de l'État, sont d'abord issus de la Marine puis des Troupes Coloniales à partir de 1900. En 1905, on créait un Corps des médecins de l'AMI qui devait permettre de recruter des médecins civils qui resteraient en poste en Indochine - ce qui n'était pas le cas des militaires, mutés régulièrement au sein de l'espace impérial français. Dans les faits, le recrutement civil restera difficile et nombreux sont les médecins des Troupes coloniales qui continueront d'être placés « hors cadres », à disposition de l'AMI, pour compenser les pénuries.
  - 15 Laurence Monnais-Rousselot, « La médicalisation de la mère et de son enfant : l'exemple du Vietnam sous domination française, 1860 –1939 », *Canadian Bulletin for the History of Medicine / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 19 (2002) : 47-94.
  - 16 Il faut dire que la population indochinoise vit alors très majoritairement hors des principaux centres urbains (Saigon-Cholon, Hanoi, dans une

- certaine mesure Haiphong, Phnom Penh et Hué et les chefs-lieux des provinces du Thanh Hoa ou du Ha Dong), au sein de communautés villageoises à la densité et à l'éparpillement souvent lâches.
- 17 Sur l'histoire des sages-femmes vietnamiennes, voir : Laurence Monnais, « Les premiers pas inédits d'une professionnelle de santé insolite : la sage-femme vietnamienne dans les années 1900-40 », dans Gisèle Bousquet et Nora Taylor, dir., *Le Vietnam au féminin. Viêt Nam: Women's Realities* (Paris, Les Indes Savantes, 2005), 67-106.
  - 18 Contre 154 en 1923 : Gouvernement général de l'Indochine, *Annuaire statistique de l'Indochine* (Hanoi, Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931), 100.
  - 19 L. Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation...*, *op. cit.*, 242, 300. À la fin des années 1930, il y aurait eu au grand maximum un médecin pour cinquante mille Tonkinois alors que la région était considérée comme la mieux desservie par l'AMI. L'administration sanitaire jugeait alors qu'un rapport d'un infirmier pour trois mille habitants était raisonnable, si on pouvait l'atteindre (Centre des Archives d'outre-mer (CAOM) Fonds de la Résidence Supérieure d'Annam (RSA) S1). À titre de comparaison, la France disposait à l'époque d'un médecin pour deux mille individus.
  - 20 La richesse de la médecine vietnamienne se trouve alors être le produit d'un métissage : une influence, théorique surtout, de la médecine chinoise (ou « médecine du nord », *thuốc bắc*) qui remonte probablement à la période de colonisation chinoise du territoire vietnamien (111 BC - 938 AC) et la construction d'une thérapeutique plus purement vietnamienne reposant sur l'extraordinaire potentiel pharmacologique de la biodiversité locale (« médecine du sud » ou *thuốc nam*).
  - 21 Deepak Kumar, « Unequal Contenders, Uneven Ground: Medical Encounters in British India, 1820-1920 », dans Andrew Cunningham et Bridie Andrews, dir., *Medicine as Contested Knowledge* (New York, Manchester University Press, 1997), 172-90.
  - 22 Voir à titre d'exemple de discours dévalorisant : Dr. Vialet, « Médecine et chirurgie indigène au Tonkin », *Archives de médecine navale*, 77 (1902) : 34-55.
  - 23 Dès son ouverture, en 1902, l'École de médecine de Hanoi devait d'ailleurs servir à contrer l'influence des thérapeutes traditionnels en formant de « vrais médecins » vietnamiens, « médecins auxiliaires », censés assister les médecins français dans leurs tâches.
  - 24 En Afrique du Sud par exemple: Karen Flint, *Healing Traditions: African Medicine, Cultural Exchange, and Competition in South Africa, 1820-1948* (Athens, Ohio University Press, 2008), 129-35.
  - 25 CAOM, Résidence Supérieure du Tonkin Nouveau fonds (RST NF), dossier 3683, Direction locale de la santé du Tonkin. Rapport annuel de 1931.

- 26 Les herboristes, eux, peuvent continuer de vendre des plantes ou parties de plantes médicinales fraîches ou sèches s'ils ont subi au préalable un examen devant une école de pharmacie ou un jury de médecins sanctionnant leurs connaissances (Article 37). La législation française sur les substances toxiques va toutefois restreindre sérieusement le champ d'intervention de tous ces acteurs du médicament.
- 27 Sophie Chauveau, « Marché et publicité des médicaments », dans Christian Bonah et Anne Rasmussen, dir., *Histoire et médicament aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles* (Paris, Glyphe, 2005), 196.
- 28 « Il est formellement interdit aux pharmaciens, droguistes et épiciers asiatiques d'avoir dans leurs boutiques ou de mettre en vente des médicaments de fabrication européenne », médicaments désormais « exclusivement réservés aux officines des pharmacies européennes » : Arrêté du Gouverneur de la Cochinchine, 25 septembre 1875.
- 29 D'ailleurs c'est assez régulièrement que les médecins coloniaux dénoncent la toxicité des remèdes sino-vietnamiens. Voir par exemple : Pierre Millous et Nguyễn Văn Hoành, « Intoxication médicamenteuses par des drogues d'herboristes chinois », *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine* (BSMI), 3, 1 (1925) : 363-65.
- 30 Sur l'histoire de l'industrie pharmaceutique française, voir : Sophie Chauveau, *L'invention pharmaceutique: la pharmacie française entre l'État et la société au XX<sup>e</sup> siècle* (Paris, Sanofi-Synthélabo, 1999), 720 p.
- 31 Au gré des accidents de toxicité rapportés avec l'une ou l'autre substance et bien sûr de l'évolution de la chimie de synthèse et de l'industrie pharmaceutique.
- 32 John Hoffman, « The Historical Shift in the Perception of Opiates: From Medicine to Social Menace », *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 1 (1990): 53-62.
- 33 Rappelons pourtant que, à l'époque, l'AMI est encore loin d'exister et que, de ce fait, la prise en charge de la santé indigène relève encore largement de la médecine et des thérapeutes locaux.
- 34 En réitérant une obligation de prescription pour les produits toxiques déjà en vigueur dans les trois pays vietnamiens, ce dernier voulait probablement aussi rappeler que la période de grâce était bel et bien révolue et qu'il s'agissait désormais de sévir contre les contrevenants alors que l'AMI s'organisait.
- 35 Selon le texte de 1908, la commission est composée du pharmacien militaire du service de santé colonial le plus élevé en grade, agissant à titre de président, d'un pharmacien militaire (ou à défaut d'un médecin) désigné par l'administration locale, d'un représentant de la Direction locale de la santé et d'un membre de la commission locale d'hygiène, lui aussi désigné par le chef



- de l'administration locale. Le commissaire de police de la région, ou son délégué, assiste la commission dans ses opérations.
- 36 CAOM, Fonds du Gouvernement général (Gougal), dossier 17165, Arrêté du 28 octobre 1908 constituant dans chacun des pays de l'Union une commission d'inspection des pharmacies.
- 37 L'indiscrétion d'un des empoisonneurs - auprès de son confesseur - aurait permis d'éviter le pire en soignant rapidement les empoisonnés. L'incident donnera quoi qu'il en soit lieu à une importante vague d'arrestations : Dr. Boyé, « Empoisonnement de la garnison européenne d'Hanoi par le datura, 28 juin 1908 », *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 12 (1909) : 656-60.
- 38 En même temps, cette tentative d'empoisonnement s'inscrit dans le cadre temporel (1907-08) des premières manifestations d'envergure du nationalisme vietnamien. Plusieurs correspondances datant de l'été 1908 montrent d'ailleurs à quel point le médicament, surtout s'il était « étranger » et en particulier japonais (le Japon étant alors un lieu de refuge privilégié pour les nationalistes), était l'objet d'anxiétés appuyées (CAOM, RST NF, dossier 894, Lettre du Résident Supérieur d'Annam au Gouverneur général, Hué, 5 juillet 1908; Gougal, dossier 17165, Lettre du directeur général de la santé au Gouverneur général, Hanoi, septembre 1908).
- 39 Cette liste est composée des substances suivantes : cinabre, vert de gris, carbonate de cuivre, composé d'alun et de soufre, fer pyriteux, minum soufré, calomel, alun, sulfure d'étain, quartz, soufre, sable de mer, arsenic sulfuré jaune pur, amphibole trémolite, lapis lazuli, carbonate de chaux cristallisé, vermillon, sulfate de soude, pierre aimantée, nitre, mercure.
- 40 CAOM, Gougal, dossier 17172, Lettre de l'Inspecteur général d'hygiène et des services de santé Simond au Gouverneur général de l'Indochine, 6 août 1915.
- 41 Le vietnamien romanisé deviendra aussi la langue du système colonial d'éducation destinée à remplacer l'usage des caractères chinois. Sur l'histoire du *quốc ngữ* en qualité de langue de la colonisation puis du nationalisme vietnamien avant de devenir celle du Viêt nam indépendant, voir : David G. Marr, *Vietnamese Tradition on Trial, 1920-45* (Berkeley, University of California Press, 2004 [1981]), 468 p.
- 42 Le texte de 1916 ajoute que les produits de chacune de ces trois catégories doivent être clairement identifiés par la couleur de leur étiquette au sein de l'officine; les substances des tableaux A et B doivent être en outre rangées dans des armoires à part.
- 43 Si le décret d'application de ce texte (14 septembre 1916) introduisait la notion d'exonération, prévoyant la fixation d'un seuil au-dessous duquel la réglementation des tableaux A et B n'était pas à appliquer (ce qui permettait

- aux préparations destinées à la voie externe par exemple d'échapper à la loi), l'interdiction de renouvellement des ordonnances et une durée de validité maximale de la prescription (sept jours) pour les substances du tableau B étaient ajoutées.
- 44 Par exemple, en application de ce texte, et sur pression d'une partie du corps médical colonial apparemment, un arrêté de septembre 1924 soumettait à prescription tous les composés arsenicaux, dont les arsénobenzols (premiers antisypilitiques efficaces), tous les nouveaux produits injectables ainsi que le proto-iodure de mercure. Un décret en date du 20 mars 1930 obligera quant à lui les importateurs et les distributeurs de substances toxiques et de médicaments, dont les pharmaciens, à demander une autorisation nominale pour être en mesure de faire commerce des stupéfiants.
- 45 Ce point existait déjà, mais sous une forme plus imprécise, dans le premier projet de 1913 que l'on a évoqué plus haut : on y lit en effet (Articles 7/9) que « la vente des produits chimiques et des médicaments employés par les pharmacopées européenne, américaine et japonaise leur est interdite ».
- 46 En 1913, le budget santé de l'Indochine est de 1,7 millions de piastres; en 1931, il s'élève à trois millions, c'est-à-dire environ 3,8 % du budget général. Dans les années 1930, entre 8 et 12 % des budgets locaux sont destinés à la santé (L. Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation...*, *op. cit.*, 78-82). Cette proportion ne met toutefois pas en relief les disparités entre les budgets des différents pays (1,7 millions sont dévolus à la santé dans les pays vietnamiens en 1937 contre 0,5 pour le Cambodge et le Laos) ni la variabilité des dépenses en santé à l'échelle provinciale, de 5,5 à 21 % des fonds disponibles selon l'Inspecteur des colonies Tupinier en 1937 (CAOM, Fonds de la Direction du Contrôle (DC), dossier 703, Rapport fait par M. Tupinier, inspecteur des colonies, concernant l'organisation de l'Assistance médicale en Indochine à Hanoi, 4 juin 1937 et réponses du Dr Hermant, Inspecteur général de l'Hygiène et de la santé publique).
- 47 « La médecine sino-annamite dans nos campagnes », *L'Echo annamite*, 1<sup>er</sup> décembre 1921.
- 48 CAOM, Gougal, dossier 44461, Pièces de principe, réponse au vœu 43 tendant au maintien du statu quo pour la réglementation de la vente de médicaments sino-annamites, 1933.
- 49 Dr. Laurent Gaide, « Note sur l'étude de la pharmacopée sino-annamite », BSMI, 6, 1 (1928) : 13-14.
- 50 CAOM, Fonds du Gouvernement général Service économique (Gougal SE), dossier 213, Réglementation de l'exercice de la pharmacopée traditionnelle sino-indochinoise, 1942-43.
- 51 Suivent des définitions, toutes aussi restrictives, pour « fabricant de médicaments traditionnels », « thérapeutes traditionnels », « marchands de

- plantes médicinales », etc. On notera par ailleurs que ce texte reste la preuve d'une ignorance flagrante de ce qu'est la médecine vietnamienne alors que l'on parle de « pharmacopée sino-indochinoise », un non-sens au regard de la variété des traditions médicales présentes dans la colonie.
- 52 Nguyễn Văn Luyện, « Éditorial », *Bao an y báo. Revue de vulgarisation médicale* (BAYB), janvier 1936, 1-2.
- 53 Archives nationales du Viêt nam (ANVN), centre no.1 (Hanoi), RST, dossier 48343, Requête adressée par les pharmaciens chinois au Tonkin tendant à obtenir les modifications de la réglementation sur le commerce des médicaments sino-annamites, 1921.
- 54 Il faut savoir d'ailleurs que, l'année précédente, en 1920, en Cochinchine, là où la pression des professionnels coloniaux de la santé et en particulier des pharmaciens français installés en privé était alors assurément la plus forte, un décret avait même voulu imposer un *numerus clausus* de cinquante thérapeutes traditionnels pouvant désormais pratiquer dans le Sud...
- 55 Les mouvements de protestation argumentaient aussi du fait que cette nouvelle législation revenait pour beaucoup à se voir imposer une double patente coûteuse, du fait de leur double qualité de « pharmacien » et de « médecin ». Ajoutons que, en juillet 1942, un autre arrêté reviendra encore une fois sur l'imposition de ce genre de quotas. Le texte ne sera jamais appliqué lui non plus mais son objectif était triple : régulariser la situation des thérapeutes traditionnels, les astreindre à une formation minimale homogène pour les utiliser afin de compenser les manquements de l'Assistance et le coût des médicaments occidentaux. On pensait alors opérer un maximum de 1 000 régularisations, le double de ce qui avait été prévu vingt ans plus tôt (ANVN, centre no.2 (Hô Chi Minh ville), Tòa Đại Biểu Chính Phủ Nam Việt S 52-8, Đông y si, Đông y, 1942-43, Lettre de l'Inspecteur des services de santé au Gouverneur général de l'Indochine, Saigon, 18 septembre 1942).
- 56 Sur le nationalisme économique vietnamien voir : Micheline Lessard, « Organisons-nous! Racial Antagonism and Vietnamese Economic Nationalism in the Early Twentieth Century », *French Colonial History*, 8 (2007): 171-201. Sur les formes plus politisées du mouvement: D. Marr, *Vietnamese Tradition... op. cit.*
- 57 Nous pouvons penser ici à une accélération des échanges humains et commerciaux, incluant celle de nombreux produits de consommation, à l'échelle locale, régionale et globale. Voir à ce sujet : Sherman G. Cochran, *Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia* (Cambridge, Harvard University Press, 2006), 242 p.; Eric Tagliacozzo, *Secret Trades, Porous Borders: Smuggling and States Along a Southeast Asian Frontier, 1865-1915* (New Haven, Yale University Press, 2005), 437 p.

- 58 L. Monnais, *Médicaments coloniaux...*, *op. cit.*
- 59 On aurait d'ailleurs là un autre élément d'explication aux projets d'imposition de *numeri clausi* dans les années 1920.
- 60 ANVN, centre 1, RST NF, dossier 3683. Rapportées à la population de ces régions, il y aurait alors au minimum une boutique de médicaments traditionnels pour 4 700 individus à Ha Dong et une pour 858 individus à Hanoi — contre un médecin pour 40 000 habitants en moyenne pour l'ensemble du Tonkin...
- 61 Les statistiques dont on dispose à ce sujet montrent également une vietnamisation de ces commerçants et thérapeutes comparativement au début de la période coloniale où ils apparaissent d'abord d'origine chinoise (AVNV, centre no.1, Fonds du Gouvernement de la Cochinchine (Goucoch). dossier IA-8/285(4), Pharmacie — pharmacies chinoises et indigènes (dossiers individuels). Arrêtés autorisant l'ouverture dans différentes provinces; ville de Saigon (arrêté du 23 mai 1921). Demandes autorisation, 1921-22).
- 62 Phó Đức Thành est connu, entre autres, pour être l'auteur, dans les années 1930, d'un *Aide-mémoire de matière médicale sino-annamite*, d'une *Nomenclature franco-annamite des médicaments et des maladies* ou encore d'une *Flore médicinale de l'Annam*.
- 63 Đàng Thúc Liêng, *Tri y tiên dụng, quyển chi nhứt...: Biêt đạo y cách dụng phương tiện. Cuốn thứ' nhứt* [La médecine pratique] (Sadec, Imprimerie Bao Tôn, 1931). Sur ses activités associatives, voir : Alexander Woodside, « The Development of Social Organizations in Vietnamese Cities in the Late Colonial Period », *Pacific Affairs*, 41, 1 (1971) : 43.
- 64 Ce qui lui vaudrait d'ailleurs de participer aux travaux de la commission d'études mise sur pied par Laurent Gaide en 1925.
- 65 Albert Sallet, *L'officine sino-annamite. La médecine annamite et la préparation des remèdes* (Paris, Imprimerie Nationale, 1931).
- 66 Voir en particulier : Minh Nguyệt, « Médecine française et propagande », *L'Echo annamite*, 23 juin 1921; Vũ Trọng Phụng, *Le fabuleux destin de Xuan le rouquin* (La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, 2007 [1936]) 238 p.; T. L., « La querelle séculaire entre les anciens et les modernes. Les deux arts de guérir. Une science contre l'empirisme — Il s'agit de leur donner des armes égales », *L'Echo annamite*, 17-18 mai 1940.
- 67 En janvier 1940, un article paru dans le *Nam cường*, signé par une association de thérapeutes sino-vietnamiens du Tonkin cette fois demande même explicitement au Gouverneur général Cartroux qu'il reprenne les travaux autour des arrêtés restés en suspens concernant la pharmacie sino-vietnamienne (CAOM, Affaires politiques (Aff po), dossier 3242, Exercice de la pharmacie en Indochine, décret du 16 juillet 1919).

- 68 Sur le discours d'adaptation de la médecine vietnamienne aux Vietnamiens voir : L. Monnais, C. M. Thompson et A. Wahlberg, dir., *Southern Medicine...*, *op. cit.*
- 69 Voir entre autres : « La médecine sino-annamite dans nos campagnes », *L'Echo annamite*, 1<sup>er</sup> décembre 1921; Nguyễn Phan Long, « La médecine sino-annamite », *L'Echo annamite*, 16 décembre 1922. Durant sa première année de parution, en 1929, le *Phụ nữ tân van* publiait neuf articles d'un dénommé Nguyễn Tư Thúc, présenté comme « *médecin annamite* » ainsi que les recettes d'un certain Nguyễn An C, dont on ne manquait d'ailleurs pas de louer l'expertise.
- 70 Sur la figure de Nguyễn Văn Luyện voir : Laurence Monnais, « Le Dr Nguyễn Văn Luyện et ses confrères. La médecine privée dans le Viêt nam colonial », *Moussons. Recherches en sciences humaines sur l'Asie du Sud-est — Social Science Research on Southeast Asia*, 15 (2010) : 75-95.
- 71 Sur la dimension nationaliste de la scientification et de la professionnalisation de la médecine vietnamienne, voir : C. Michele Thompson, « Medicine, Nationalism, and Revolution in Vietnam: the Roots of a Medical Collaboration to 1945 », *EASTM Journal*, 21 (2003) : 114-48. Cette réappropriation de la science occidentale à des fins politiques est un processus qui a, bien entendu, concerné d'autres colonies à l'époque, dont l'Inde britannique : Gyan Prakash, *Another Reason: Science and the Imagination of Modern India* (New Delhi, Oxford University Press, 2000), 304 p. Il nous apparaît par ailleurs assez clair que la génération des médecins vietnamiens formés à l'occidentale dans les années 1930 fut plus ouverte à la médecine vietnamienne et à son intégration que celle de ses prédécesseurs. Certains parmi eux auraient même utilisé des remèdes traditionnels, soit parce qu'ils n'avaient pas, ou plus accès, aux spécialités occidentales dans lesquelles ils avaient confiance, soit parce que ces produits locaux s'étaient avérés efficaces, selon leurs propres termes.
- 72 Nguyễn Văn Luyện, « Thuốc tây và thuốc ta », *VSB*, 15 mai 1929, 3-7.
- 73 Un certain Dr Nguyễn Thiên Tinh avait proposé, devant le collègue Chasseloup-Laubat en avril 1922, une présentation autour des relations entretenues entre la médecine occidentale et la médecine sino-vietnamienne, sans toutefois insister sur la modernisation possible de la seconde (« La médecine française — son étude et ses moyens d'action — ses avantages sur la médecine traditionnelle sino-vietnamienne », *La Tribune indigène*, 6 avril 1922).
- 74 Le Dr Dương Bá Bành parle même de syncrétisme médical entre les deux systèmes, au niveau de la théorie comme des pratiques, surtout thérapeutiques d'ailleurs, et insiste en parallèle sur le fait que l'imprégnation des repères occidentaux doit rester limitée sur le plan conceptuel, pour ne pas

- remettre en question les théories cosmogoniques vietnamiennes : Dương Bá Bành, *Histoire de la médecine au Viêt nam* (Hanoi, École française d'Extrême-Orient, 1947-50), 86 p.
- 75 ANVN, centre no.2, RSA, dossier 3362, Organisation de l'Assistance rurale en Annam, 1935-37.
- 76 CAOM, Fonds de la Commission Guernut (CG) Bc, Programme d'organisation des services d'Assistance médicale en Indochine, 1938.
- 77 CAOM, Indochine Nouveau Fonds (Indo NF), dossier 2300, Grand Conseil des intérêts économiques et financiers de l'Indochine, 12<sup>e</sup> séance plénière, mercredi 9 novembre 1938.
- 78 CAOM, Indo NF carton 410, dossier 3569, Rapport au Grand Conseil des intérêts économiques et financiers de l'Indochine sur le fonctionnement des services de l'hygiène et de la santé publique de l'Indochine, de juin 1937 à juin 1938, 1938.
- 79 CAOM, Gougal SE, dossier 213.
- 80 CAOM, Gougal SE, dossier 2293, Plantes médicinales, comité d'études.
- 81 Organisation Mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-05* (Genève, OMS, 2002) <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>
- 82 Voir à ce sujet : Robert D. Johnston, "Introduction: The Politics of Healing," dans Robert D. Johnston dir., *The Politics of Healing: Histories of Alternative Medicine in Twentieth-Century North America* (New York/London, Routledge, 2004), p. 1-8.
- 83 On notera en effet que les discussions se font encore attendre sur le passage de « traditionnel » à « alternatif » (et vice-versa?) selon le contexte temporel et géographique dans lequel l'un ou l'autre système médical se trouve. Voir par exemple : Roberta Bivins, *Alternative Medicine: A History* (Oxford, Oxford University Press, 2007), 238 p.
- 84 Dans son article consacré au passage d'une médecine traditionnelle (en Chine) à une médecine chinoise alternative aux Etats-Unis, Charlotte Furth effleure ces aspects tout en mettant en évidence l'impact du multiculturalisme sur la transformation des systèmes médicaux : C. Furth, « Becoming Alternative? » ... *loc. cit.*, p. 17-18.