

*La médecine coloniale,  
ou la tradition exogène  
de la médecine moderne  
dans le Tiers Monde*

Monique Van Dormael

---

*Studies in Health Services Organisation & Policy, 1, 1997*



*Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1, 1997  
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere  
© ITG Press, Nationalestraat 155, B2000 Antwerp, Belgium. E-mail :  
isa@itg.be

M. Van Dormael  
*La médecine coloniale,  
ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde*  
D/1997/0450/1  
ISBN 90-76070-01-6  
ISSN 1370-6462

---

## Introduction

---

La médecine moderne dans le Tiers Monde est a priori la même que celle pratiquée en Occident. L'approche historique met cependant en évidence une différence de taille: alors que dans les sociétés occidentales, la médecine a été générée par des transformations sociales qui l'ont précédée, la médecine moderne dans le Tiers Monde a été amenée de l'extérieur et greffée dans des sociétés fondées sur un tout autre imaginaire.

En effet, la médecine moderne a émergé au XIX<sup>ème</sup> siècle dans les pays occidentaux comme une émanation de la société. Les mouvements de pensée en médecine y sont inséparables des mouvements de pensée dans la société globale - non seulement parmi l'élite ou les intellectuels mais aussi dans de larges couches de la population appartenant ou se référant à la culture de classes moyennes en expansion (Léonard 1981; Webster 1993). Les professions de santé modernes y sont des réinterprétations de formes traditionnelles de soins aux malades, et c'est l'existence séculaire d'hospices

caritatifs qui a fourni matière à réinterprétation des hôpitaux comme lieux de recherche puis de soins. Emanation de la société, la médecine moderne des pays occidentaux a été très peu planifiée avant la seconde guerre mondiale, mais s'est plutôt construite petit à petit - l'Etat n'intervenant que très tardivement pour réguler les institutions existantes.

Dans les sociétés du Tiers Monde, par contre, la médecine moderne n'est pas une émanation de la société, elle est essentiellement exogène. La médecine moderne, comme savoir et comme pratique, a été en effet introduite *de l'extérieur* dans les sociétés de tradition non-occidentale, d'abord dans le cadre de conquêtes coloniales, puis dans le cadre de politiques de santé *planifiées* menées par l'Etat colonial. La "tradition" de la médecine moderne dans le Tiers-Monde est en quelque sorte enracinée dans la médecine coloniale. Voilà au moins cent ans que la médecine moderne y a été introduite. Des représentations se sont forgées dans la société à propos de cette médecine coloniale et se sont transmises d'une génération à l'autre. Des institutions, des modèles d'organisation ont été

créés dont l'existence est devenue incontournable pour penser toute transformation des systèmes de santé. La médecine coloniale a modifié tant les pratiques des populations que les médecines autochtones elles-mêmes qui s'y sont adaptées. Si la tradition est constituée d'éléments du passé qui restent disponibles pour des réinterprétations futures, la médecine coloniale est entrée dans la tradition - tradition exogène certes, mais dans laquelle est ancrée la médecine moderne contemporaine.

L'histoire de la médecine occidentale "outre-mer" est encore mal connue. Elle a longtemps constitué un domaine inexploré par les historiens - si ce n'est en termes de la marche triomphale de la médecine contre les pathologies tropicales<sup>1</sup>. Depuis une quinzaine d'années, les travaux sur l'histoire de la médecine moderne dans le Tiers

Monde se multiplient (McLeod & Lewis 1988; Arnold 1988; Janssens, Kivits & Vuylsteke 1993), sans que l'on ne dispose pour autant de vue d'ensemble sur le sujet. Basée sur des sources secondaires éparses, la reconstruction qui en est proposée ici est inévitablement fragmentaire, mais permet néanmoins de rendre intelligible dans ses grandes lignes comment le caractère exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde en a façonné les pratiques et les institutions et continue d'y influencer le fonctionnement des systèmes de soins de santé modernes dans le Tiers Monde.

---

<sup>1</sup> Elle rejoint en cela l'histoire de la médecine en général - qui ne s'est intéressée que depuis une trentaine d'années aux interactions médecine - société - ainsi que l'histoire des sociétés coloniales, quasi inexistante avant les indépendances si ce n'est sous la forme d'apologie de l'oeuvre civilisatrice de la colonisation.

---

## *La diversité des histoires coloniales*

---

Ce travail ne porte pas sur une société particulière mais traite de la médecine moderne dans le Tiers Monde en général, s'exposant ainsi au risque de généralisations inappropriées. Eriger le "Tiers Monde" en une catégorie homogène pêche par simplification grossière. Une raison qui permet de regrouper néanmoins dans une même catégorie des régions aussi diverses que l'Asie du Sud-Est, le Maghreb ou l'Afrique subsaharienne est le caractère étranger, exogène qu'y a la médecine moderne. C'est d'ailleurs pour la même raison que l'on peut considérer de manière quelque peu distincte l'Amérique Latine, dont l'histoire des rapports avec la médecine moderne est spécifique. Le rappel de quelques éléments d'histoire coloniale est destiné à mieux situer les rapports de l'Occident avec différentes parties du monde au moment du développement de la médecine moderne aux XIX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècles.

D'importants empires coloniaux se sont constitués entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVIII<sup>ème</sup> siècles - l'Espagne et le Portugal étant les premiers à se manifester comme puissances coloniales en occupant une grande partie de l'Amérique Centrale et du Sud. Vers la moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'empire colonial britannique en est encore à ses balbutiements, avec l'occupation de positions en Inde. Mais l'expansion coloniale se poursuit et les puissances européennes tentent de concrétiser leurs intérêts territoriaux et commerciaux, notamment en Asie et sur les côtes africaines. Cette "première colonisation" - le cas particulier de l'Amérique mis à part - consiste essentiellement dans la gestion des échanges commerciaux, dont la traite des esclaves africains représente un des maillons.

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, les rapports des puissances colonisatrices avec leurs colonies changent. Les échanges commerciaux ne suffisent plus. Les industries des métropoles - en particulier en Grande-Bretagne - réclament de nouveaux marchés et des matières premières. La présence des colonisateurs s'intensifie au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle pour réorienter les activités économiques des

territoires déjà colonisés (notamment à travers les plantations) et l'Europe part à la conquête de nouvelles terres inexplorées - l'Afrique - qui s'annoncent comme de fabuleux réservoirs de richesses. La colonisation s'avère en outre être un moyen de réduire la pression sociale de couches de population réduites à la misère en favorisant l'émigration de colons - surtout de Grande-Bretagne mais aussi de France. Si le début de la présence occidentale varie selon les continents et sous-continent, ce qu'on appelle la "seconde colonisation" est bien un phénomène de la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle qui atteindra son apogée entre 1870 et 1914.

L'Afrique du Nord, géographiquement proche, entretenait des rapports très anciens avec l'Europe. Le changement de cap dans les rapports s'est manifesté par la colonisation française de l'Algérie dès 1830. Par contre l'Afrique subsaharienne a constitué un enjeu territorial pour les puissances européennes bien plus tard que les Amériques et l'Asie. Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle elle est connue des Européens par ses côtes, mais l'intérieur du continent reste largement "inexploré". Elle est

réputée dangereuse - "*the white man's grave*" - mais riche en matières premières et deviendra l'enjeu d'après rivalités entre puissances coloniales qui se solderont, après la conférence de Berlin en 1885, par le partage sur papier de l'Afrique, puis par la conquête militaire, entre 1885 et 1902, des territoires ainsi négociés entre Européens<sup>2</sup>.

En Asie, des comptoirs commerciaux sont établis de longue date. Les Britanniques s'implantent en Inde dès la moitié du XVIII<sup>ème</sup> siècle à travers la East India Company et y étendent progressivement leur contrôle du territoire aussi bien que leur influence commerciale. En dehors du cas particulier de l'Inde où on note une présence militaire plus précoce, les relations entre l'Europe et l'Extrême-Orient restent essentiellement commerciales jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle. Ici aussi la présence européenne se transforme en colonisation au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle, et au début du XX<sup>ème</sup> siècle la plus grande partie du territoire - avec les exceptions notoires de la Chine, du Japon et du Siam - relève de l'admi-

---

<sup>2</sup> Seuls le Liberia et l'Ethiopie ne seront pas colonisés.

nistration de la Grande Bretagne, de la France, des Pays Bas ou du Portugal.

En Amérique Latine, la présence européenne est acquise depuis longtemps et des créoles - des blancs de souche latine nés au colonies - occupent les positions dominantes. Ce sont eux qui animeront les mouvements de libération nationale au début du XIXième siècle. La décolonisation de l'Amérique Latine s'est effectuée avant la colonisation de l'Asie et de l'Afrique, mais l'influence de la sphère culturelle européenne au XIXième siècle y a été beaucoup plus forte qu'en Asie et en Afrique. Les indépendances ont en effet entériné de manière durable le pouvoir des descendants européens, dégagés de la tutelle politique du Vieux Continent. Ce sont eux qui gouvernent désormais, tant dans les zones à forte densité de peuplement indien - les pays andins et l'Amérique Centrale - que dans les zones à faible population autochtone comme l'Argentine ou le Brésil. Des contacts étroits, tant sur le plan économique et commercial que sur le plan culturel, ont été maintenus avec l'Europe par les élites latino-américaines au cours

du XIXième siècle, l'influence des Etats Unis d'Amérique devenant prépondérante dans le courant du XXième siècle.

---

## *La médecine coloniale au temps des conquêtes*

---

Il est habituellement convenu de distinguer deux phases dans la période coloniale: une première phase d'expansion coloniale, qui s'achève avec la première guerre mondiale et la stabilisation des frontières coloniales; une seconde phase de consolidation, marquée par l'intention déclarée de l'Occident d'apporter la civilisation aux populations colonisées. Ce n'est que durant la seconde période que les services médicaux à l'intention des populations autochtones vont prendre de l'ampleur.

Jusqu'au début du XXième siècle, les conquêtes coloniales se poursuivent, rencontrant des résistances souvent durement réprimées. Colonisation et présence militaire vont de pair, et l'armée jouera un rôle prédominant - surtout dans les

colonies françaises et allemandes - dans la mise en place de services médicaux. Durant cette période d'expansion, l'enjeu est double: il s'agit d'abord de chercher à protéger et de rassurer les Européens en luttant contre la propagation des maladies et en leur offrant si possible les rares soins efficaces alors disponibles; il s'agit ensuite de veiller à ce que la main d'oeuvre nécessaire aux travaux des mines, des plantations ou à l'acheminement des matières premières vers les ports ne soient pas décimée par les maladies. Les pouvoirs coloniaux sont conscients de la dégradation de l'état de santé des populations autochtones et l'attribuent aux mouvements de population occasionnés par la "mise en valeur" des colonies, mouvements qui provoquent la propagation d'épidémies dans de régions antérieurement préservées. Cette interprétation est parfaitement conforme à la pensée médicale de l'époque, c'est-à-dire une pensée étiologique monocausale mettant en cause le "microbe", et est d'ailleurs partiellement adéquate en ce qui concerne certaines populations isolées qui n'avaient effectivement jusque là pas eu de contacts avec le reste du monde. Mais pour la plupart des

populations colonisées, cette explication est actuellement contestée: ce n'est pas la propagation d'agents causaux particulièrement virulents qui explique la dégradation de l'état de santé des populations colonisées au début du XXIème siècle, mais avant tout la déstructuration socio-culturelle et la diminution de la résistance des populations à la maladie suite au travail forcé et ses effets de réduction de la production agricole, de famines et d'épuisement (McLeod 1988; Lyons 1992).

### *La naissance de la médecine tropicale*

La "médecine tropicale" émerge aux alentours de 1900. Elle répond aux attentes des colonisateurs, soucieux de juguler les dangers des tropiques. La Liverpool School of Tropical Medicine et la London School of Tropical Medicine sont fondées respectivement en 1898 et 1899, grâce au financement de compagnies commerciales et du *Colonial Office*, préoccupés par la menace pour l'expansion commerciale et coloniale que constituent, surtout en Afrique, des pathologies mortelles, tantôt inconnues - la maladie du



sommeil - tantôt peu présentes en Europe - la malaria. En Allemagne et en Belgique - deux pays dont les ambitions coloniales sont aussi prioritairement africaines - des Instituts de Médecine Tropicale sont établis respectivement à Hambourg en 1901 et à Bruxelles en 1906<sup>3</sup>. Car c'est surtout l'Afrique qui est réputée dangereuse, et les taux élevés de mortalité des Européens contrarient l'expansion coloniale<sup>4</sup>.

Mais ces attentes rencontrent aussi l'intérêt scientifique des chercheurs: les toutes récentes découvertes pasteurienne semblent mettre à portée de la main la victoire sur des maladies qui terrifient les voyageurs depuis quatre siècles. La séquence habituelle de la recherche pasteurienne consiste à rassembler des observations de terrain (les premiers dépistages de masse seront effectués par des équipes de chercheurs), à identifier

---

<sup>3</sup> L'Institut de Médecine Tropicale belge sera transféré en 1931 à Anvers.

<sup>4</sup> Le taux de mortalité des troupes britanniques en Afrique de l'Ouest au XVIII<sup>e</sup> siècle est estimé entre 483 et 668 pour mille, contre 30 à 75 en Inde et 15 dans la métropole (Webster 1993 p.34).

l'agent causal de la maladie (entre 1880 et 1918, on identifiera notamment l'agent causal de la malaria, du choléra, de la brucellose, de la trypanosomiase, de la peste, de la leishmaniose), à identifier le mode de transmission, puis à tenter de mettre au point un traitement et/ou un vaccin. Ces travaux sont le fait de chercheurs européens mais aussi latino-américains<sup>5</sup>. Des centres de recherche sont créés en Afrique et en Asie. La France se dote d'un réseau de centres de recherche - les Instituts Pasteur<sup>6</sup> -, la Grande-Bretagne fonde également des instituts de recherche - dont le Central Research Institute en Inde en 1907 - et les Etats Unis s'implantent à

---

<sup>5</sup> L'Amérique Latine du XIX<sup>e</sup> siècle est fortement influencée par l'école de médecine parisienne, puis par les découvertes bactériologiques. Chagas donnera son nom à la maladie de Chagas à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle; Carlos Finley, un Cubain, identifie les mécanismes de transmission de la fièvre jaune au début du XX<sup>e</sup> siècle.

<sup>6</sup> La France crée ainsi des Instituts Pasteur à Saigon (1891), Constantinople (1892), Tunis (1893), Alger (1894), Nha Trang (1895), Tanger (1914), Hanoi (1922), Tananarive et Dakar (1927).

travers des centres de recherche de fondations privées, notamment la Rockefeller Foundation<sup>7</sup>.

Au départ cette recherche médicale répond essentiellement à des demandes militaires et économiques, comme en atteste l'importance accordée aux recherches vétérinaires: la trypanosomiase animale, par exemple, était un problème essentiel à cause de la forte mortalité des bêtes de somme dans les transports commerciaux. Ce n'est qu'à partir de l'entre-deux-guerres que la "médecine tropicale" apportera des bénéfices aux populations des colonies, qui deviendront de plus en plus substantiels après la seconde guerre mondiale.

---

<sup>7</sup> Les Etats-Unis ne sont pas une puissance coloniale, mais leur influence est loin d'être négligeable. Leurs programmes médicaux sont soutenus par des soucis d'expansion commerciale et culturelle autant qu'humanitaires, comme en témoigne le titre d'un ouvrage: *Ambassadors in White: The Story of American Tropical Medicine* (Wilson 1942).

## *Les services médicaux au temps des conquêtes*

Les services médicaux des débuts de la colonisation restent à la fois limités et marqués par une très nette division sociale:

D'une part il y a des services curatifs destinés aux Européens et leur personnel: les autorités coloniales créent dans les villes des hôpitaux pour les militaires, colons, marchands et cadres Européens - ainsi que pour le personnel indigène employé par l'armée et l'administration. Assez rapidement les entreprises et plantations créent également des dispensaires pour soigner leur personnel indigène.

D'autre part il y a des mesures d'hygiène et de prévention menée dans la population autochtone: assainissement des villes, ségrégation résidentielle entre coloniaux et population locale<sup>8</sup>, tentatives de

---

<sup>8</sup> La construction de quartiers résidentiels distincts pour les colons, ou comme en Inde de baraquements militaires distincts pour soldats britanniques et indiens, est généralisée vers la fin du XIXème siècle et correspond explicitement à une mesure administrative de protection sanitaire des Eu-

vaccination antivariolique (en Inde et en Algérie par exemple dès la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle), cordons sanitaires, dépistage-traitement de masse de maladies spécifiques... Il s'agit, en ces débuts de la colonisation, au moins autant de protéger les Européens contre les maladies transmissibles que de protéger les autochtones eux-mêmes.

Il y a eu des exceptions et localement des services curatifs ont été offerts très tôt aux populations. En Algérie, par exemple, les hôpitaux civils construits dans les années 1830 étaient destinés aux colons français mais furent ouverts (lorsqu'ils n'étaient pas submergés d'Européens...) aux populations locales, et en 1835, il y eut une brève expérience de service médical itinérant créé pour soigner les populations arabes, y compris dans les territoires non encore contrôlés: il s'agissait de devancer l'armée pour montrer aux populations les bienfaits de la civilisation à travers la médecine (Marcovich 1988). En Inde, quelques hôpitaux et dispensaires caritatifs ont été créés à l'intention des populations locales au XIX<sup>ème</sup>

---

ropeens.

siècle (Webster 1993 p59). Mais ces expériences limitées datent d'avant l'ère bactériologique, qui va considérablement influencer la pensée médicale et réorienter les stratégies de lutte contre la maladie. L'organisation de soins curatifs pour les populations autochtones - par ailleurs non demandeuses et plutôt méfiantes sinon franchement hostiles - restera très limitée jusqu'à la première guerre mondiale, qui correspond aussi à la fin de la période d'expansion et à la stabilisation des frontières coloniales.

En Afrique et en Asie, la médecine occidentale du début du XX<sup>ème</sup> siècle reste faiblement développée, se limitant à un petit secteur curatif réservé aux Occidentaux et à leur personnel et des mesures d'hygiène et de prévention, ainsi que des premières grandes campagnes de masse (en particulier la lutte contre la trypanosomiase) visant les populations autochtones. En Amérique Latine, où la médecine de tradition occidentale est présente depuis l'occupation espagnole et portugaise, et où les élites font une référence constante à la science et la culture européenne, les services de santé latino-américains ressemblent

pourtant peu à ceux des sociétés européennes. En effet on ne trouve pas dans la société latino-américaine de la fin du XIXième, début du XXième siècle des classes moyennes en expansion fournissant, comme en Europe, à la fois un nombre croissant de médecins et une clientèle payante à la médecine.

Les services médicaux latino-américains du début du XXième siècle sont principalement urbains; la pratique privée sur le modèle "libéral" se limite à la haute bourgeoisie; faute de classes moyennes, le modèle européen de médecine de famille n'a pas matière à se développer; les hôpitaux urbains soignent les couches pauvres de la population créole ainsi que la main d'oeuvre indienne occupée dans les mines et plantations. L'OPS - l'Organisation Panaméricaine de la Santé - est fondée au début du siècle à des fins de contrôle portuaire des épidémies, susceptibles de porter atteinte aux intérêts commerciaux. Mais les grandes campagnes d'hygiène, de dépistage de masse ou d'éradication de certaines maladies au niveau des populations rurales ne se développeront qu'après la seconde guerre mondiale. *Mutatis*

*mutandis*, la bourgeoisie de souche européenne est dans un rapport à la médecine occidentale et ses institutions très semblable à celui des colons en Afrique et en Asie tandis que le rapport à la médecine occidentale des populations indiennes, et dans une certaine mesure des populations créoles pauvres<sup>9</sup>, est comparable à celui des populations africaines et asiatiques autochtones.

### *Les colonies, terre d'élection de la pensée bactériologique*

On peut diviser l'histoire de la médecine coloniale - et tout particulièrement la médecine coloniale française - en deux périodes: une période pré-Pasteur (correspondant à la colonisation de l'Algérie) et une période post-Pasteur (corres-

---

<sup>9</sup> La médecine occidentale s'est exportée en Amérique Latine avec sa tradition savante dont est issue la médecine moderne, mais aussi avec ses traditions populaires, herbalistes et magiques, qui, mêlées aux traditions indiennes, constitueront longtemps une source importante de soins dans les populations créoles pauvres.

pondant à la colonisation de l'Indochine et de l'Afrique de l'Ouest) (Marcovich 1988). L'influence des conceptions pasteuriennes s'est étendue à la médecine coloniale dans son ensemble mais a été en effet particulièrement marquée dans les territoires sous contrôle français. Dans la métropole française, la médecine militaire était montée aux premiers rangs de l'hygiène pasteurienne (Léonard 1981). Or la médecine coloniale française est précisément une médecine militaire.

Les découvertes pasteuriennes ôtent aux Occidentaux leurs derniers doutes quant à la supériorité de leur médecine (notamment sur les "grandes traditions" médicales arabes et indiennes pour lesquelles ils avaient jusque là manifesté quelque intérêt) et déterminent toute l'orientation de la lutte contre les maladies. L'ennemi - l'agent causal - est désigné, de même qu'un vecteur essentiel dans la chaîne de transmission: l'homme. La stratégie adoptée marque encore aujourd'hui l'organisation des services de santé dans de nombreux pays du Tiers Monde: il s'agit du dépistage de masse et du traitement des malades en vue d'interrompre la chaîne de trans-

mission de la maladie: la lutte contre la trypanosomiase (ou maladie du sommeil) en particulier a profondément influencé la conception des services de santé en Afrique (Lyons 1992). Il faut noter que l'approche par dépistage systématique dans des populations entières a été plus prononcée dans les colonies françaises que dans les colonies britanniques, où elle se concentrait sur des groupes plus restreints considérés "à risques" (Lyons 1992 p104).

Ce sont les conceptions pasteuriennes appliquées dans le cadre de formes plus ou moins paternalistes d'autoritarisme politique qui ont donné à la médecine coloniale son aspect de "*santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies, fort éloignées du 'colloque singulier' du médecin et du malade*" (Hours 1992 p125). Une grande partie de la population autochtone - du moins en Afrique - a vécu ses premiers contacts avec la médecine occidentale à travers ces mesures de "contrôle des maladies", dont la logique n'était pas de soigner les malades mais d'éviter la propagation de la maladie. La médecine occidentale ne disposait d'ailleurs alors que de très peu de remèdes efficaces et ne guérissait

globalement pas mieux que les pratiques traditionnelles. Mais les campagnes de masse représentaient pour les populations des contraintes imposées - parfois par la force<sup>10</sup> - par le pouvoir colonisateur, le plus souvent sans bénéfices escomptés par les populations.

---

## *"L'oeuvre civilisatrice" de la colonisation*

---

Les services médicaux curatifs destinés aux populations autochtones vont se développer à partir de l'entre-deux-guerres, contribuant à façonner une image de l'Occident qui apporte - par ses écoles, ses hôpitaux, ses routes, son administration - les bienfaits de la civilisation

---

<sup>10</sup> Les observations de terrain liées à l'expédition de recherche sur la trypanosomiase menée en 1903 - 1904 dans l'Etat indépendant du Congo comportaient des procédures imposées telles que ponctions lombaires, autopsies des malades décédés, ou destruction par le feu des maisons des malades atteints de trypanosomiase: cfr.Lyons 1992 pp.80 sq

aux populations des colonies. C'est l'image qui a dominé les représentations occidentales de l'entre-deux-guerres aux indépendances. Une fois stabilisées les frontières coloniales, le développement de services de santé dans les colonies s'inscrit dans la double perspective de "mise en valeur" des colonies dont fait partie la santé des populations, mais aussi de contribution au bien-être des indigènes en les faisant bénéficier des bienfaits de la civilisation.

## *Le rôle de l'Etat et les spécificités selon les puissances coloniales*

Le rôle des gouvernements coloniaux est prépondérant dans le développement de la médecine des colonies d'Afrique et d'Asie. Contrairement à l'Occident où l'Etat s'est jusque là borné à réguler des services issus d'une longue tradition, dans les colonies il les crée de toutes pièces ou tout au moins stimule leur création.

L'intervention directe de l'Etat est particulièrement marquée dans les colonies françaises où le service médical est caractérisé par sa cen-

tralisation et dépendance à l'égard de la métropole d'une part, et par l'importance du rôle des militaires dans son organisation et sa direction. Le personnel médical colonial français est constitué de fonctionnaires. Formellement le recrutement n'est pas limité à des militaires, mais le rôle prépondérant de l'armée est entériné depuis 1903 par un "décret d'entente" entre les Ministres français de la Guerre et des Colonies (Pluchon 1985). C'est ce qui explique par exemple que les médecins coloniaux français fassent partie du Corps de Santé des Troupes Coloniales et portent des titres militaires ou que les hôpitaux gouvernementaux dans les colonies françaises soient dirigés par l'armée. La conjonction de la foi bactériologique et de la centralisation s'exprime dans la persistance des stratégies de dépistage-traitement de masse telles qu'elles étaient organisées au début d siècle: la structuration du service de santé à partir d'équipes mobiles parcourant le territoire, spécialisées chacune dans la lutte contre une maladie spécifique, s'intensifie dans les années 1930 sous l'appellation de "service des grandes endémies" - qui existent encore aujourd'hui dans bon nombre d'ex-colonies françaises. Du fait du caractère laïc

de l'Etat français, le rôle des missions dans l'organisation des services de santé sera plus tardif et moins important que dans les colonies britanniques.

Dans les colonies britanniques, la planification étatique reste discrète, du moins au début de la période coloniale, et l'intervention gouvernementale qui prend appui sur les initiatives locales des missions et des compagnies privées et a plutôt pour objet de coordonner ce qui existe<sup>11</sup>. En Afrique orientale anglaise, l'armée a eu peu d'influence dans la constitution du service médical colonial et l'Etat colonial interviendra d'ailleurs plus tardivement dans son organisation. Les premiers médecins britanniques n'étaient pas des fonctionnaires mais des missionnaires ou des médecins engagés par des compagnies privées. Les gouvernements coloniaux britanniques commencent à structurer le service de santé à partir des années 1920, s'appuyant sur

---

<sup>11</sup> Ceci rappelle les politiques non-interventionnistes dans la métropole, comblant les lacunes des services privés et coordonnant en entérinant les institutions préexistantes, y compris lors de la création du National Health Service.

les structures de soins des missions médicales et des compagnies privées. Durant l'entre-deux-guerres, les hôpitaux urbains se renforcent mais on voit également se multiplier des hôpitaux de brousse et dispensaires en zone rurale, répondant à une demande de soins médicaux modernes qui commence à croître (Van Lerberghe 1993). Ceci est notamment rendu possible par la formation de personnel indigène. Car une autre caractéristique du pouvoir colonial britannique est d'avoir formé plus tôt et en plus grand nombre du personnel de santé autochtone, ainsi que de manière générale des cadres et fonctionnaires: il est généralement admis que, parmi toutes les puissances coloniales, ce sont les Britanniques qui ont légué à leurs colonies les services et administrations les mieux organisés, pourvus de cadres bien formés, nombreux et expérimentés.

La médecine moderne s'est donc construite, du moins en Asie et en Afrique, dans le cadre du secteur gouvernemental colonial. Vu l'absence de marché solvable, la pratique privée s'est très peu développée, et uniquement là où la population européenne aisée était importante - avec éventuellement,

comme au Zimbabwe (Woelk 1994), un système de contributions à des assurances santé.

Le rôle de l'Etat latino-américain est resté faible jusqu'aux années 1930-1940. La profession médicale s'était exportée d'Europe avec ses modes de pratique, et avait acquis une dynamique propre avant que l'Etat n'intervienne en matière de santé. Néanmoins, du fait de la rareté de clientèle payante, les médecins ont très tôt recherché des postes salariés dans les institutions municipales et caritatives.

A partir de l'entre-deux-guerres, on a vu se créer des Ministères de la Santé et l'Etat a commencé à intervenir de manière plus centralisatrice - notamment en termes de reprise en main des hôpitaux et dispensaires existants: la fonction publique est devenue la règle pour les médecins. La pratique privée ne s'est développée dans les années d'après-guerre que dans la mesure du développement de la Sécurité Sociale - comme par exemple en Argentine.



## *La conception des services vers la fin de la période coloniale*

Les principales composantes des services de santé coloniaux tels qu'ils existent au moment des indépendances - c'est-à-dire les années 1950 pour l'Asie, les années 1960 pour l'Afrique - sont les suivantes (Van Lerberghe 1993):

\* Les services de lutte contre certaines maladies spécifiques fonctionnent au départ d'équipes mobiles qui sillonnent le territoire pour vacciner, dépister et traiter, ou encore lutter contre les vecteurs par des mesures d'assainissement. Cette approche est plus prononcée dans les colonies françaises, mais après la seconde guerre mondiale elle est amplifiée dans tout le Tiers Monde par des grandes campagnes organisées sous l'égide d'organismes internationaux, et notamment de l'OMS créée en 1948 (cfr les campagnes d'éradication de la malaria ou de la variole).

\* Les hôpitaux urbains constituent les principales institutions de soins, et sont conçus sur le modèle européen: dans les colonies comme dans les métropoles les hôpitaux

sont considérés comme lieux de soins de qualité par excellence.

\* Des dispensaires et petits hôpitaux ruraux existent également, davantage dans les colonies britanniques que dans les colonies françaises: ils ont été créés par des missions, des oeuvres philanthropiques, des plantations, des compagnies commerciales et autres entreprises privées, ou encore, plus tardivement, par le gouvernement colonial; ces dispensaires sont avant tout destinés à améliorer l'accessibilité des soins, ils n'ont pas de fonctions que n'aurait pas l'hôpital dont ils sont considérés, en quelque sorte, comme des extensions.

Ce sont les hôpitaux urbains et les services des grandes endémies qui absorbent la plus grande part de l'attention et des budgets des autorités coloniales. La médecine curative extra-hospitalière est peu développée au niveau des dispensaires qui se bornent souvent à une gamme limitée de soins. Les missions remplissent des fonctions sanitaires non-négligeables dans les zones rurales. Mais la médecine générale ambulatoire est à ce moment peu valorisée en Occident et on ne songe pas à la promouvoir

délibérément, et d'ailleurs le nombre de médecins - généralement européens<sup>12</sup> - est trop restreint pour les disperser hors des hôpitaux .

En Amérique Latine, les services médicaux des années 1950 - 1960 sont essentiellement hospitaliers et urbains. L'accent sur les campagnes verticales est moins prononcé qu'en Afrique et en Asie, et les services ruraux sont très peu développés: il n'y a pas eu d'équivalents, en Amérique Latine, aux dispensaires ruraux organisés par les missions en Afrique, et la conception dominante a orienté toute l'attention et les ressources vers les hôpitaux urbains.

### *Les assistants médicaux*

Pour faire face au manque de médecins diplômés, surtout dans les zones rurales, certains gouvernements coloniaux ont créé une catégorie de praticiens admini-

---

<sup>12</sup> La formation de personnel auxiliaire indigène se développe dans les années 1930; mais la formation de médecins autochtones sera plus tardive, en particulier dans les colonies françaises et belges.

strativement inférieure et subordonnée aux médecins diplômés. Ainsi au Congo Belge, le gouvernement colonial a créé la première école pour assistants médicaux à Léopoldville en 1935. Une formation de *medical assistants* est instaurée au Nigéria dans les années 1930. Au Kenya, une formation de trois ans pour *medical assistants* est organisée en 1939 et intensifiée dans les années 1950. Mais ces conceptions ne se limitent pas à l'Afrique: une licence en médecine d'une durée de 5 ans est créée en Inde dans la même logique.

Les assistants médicaux, solidement formés<sup>13</sup> et jouissant généralement d'une excellente réputation auprès des populations aussi bien que des médecins, travaillaient souvent dans des dispensaires

---

<sup>13</sup> Les assistants médicaux du Congo Belge recevaient, après les cycles primaire et secondaire, une formation de six ans, comportant moins d'enseignement en sciences de base que les études de médecine, mais beaucoup de clinique: les deux dernières années consistaient en stages supervisés en médecine interne, chirurgie et gynécologie-obstétrique: cfr De Craemer & Fox 1968.

ruraux où ils recevaient la visite d'un médecin une ou deux fois par mois. Aptes à traiter selon les normes médicales en vigueur les problèmes médicaux courants de la population rurale qu'ils desservaient et à faire face aux urgences - ils étaient souvent éloignés des structures hospitalières - ils remplissaient, mais sous l'autorité d'un médecin diplômé, une fonction très semblable à celle des médecins généralistes en Europe<sup>14</sup>.

Ce modèle de fonctionnement de dispensaires et centres de santé où des soins de médecine générale étaient dispensés par des assistants médicaux<sup>15</sup> constitue un champ

---

<sup>14</sup> L'étude de De Craemer & Fox (1968) fournit, à travers des interviews réalisées auprès d'assistants médicaux de l'ex-Congo Belge, une approche des représentations que ces assistants médicaux avaient de leur fonction, mais aussi de leur position dans la société coloniale.

<sup>15</sup> Cette catégorie professionnelle aux contours flous a eu des appellations différentes selon les régions et puissances coloniales. En Afrique française il y a eu des "médecins africains", et les "infirmiers diplômés d'Etat" avaient eux aussi une formation plus proche de la médecine générale que des soins infirmiers.

d'investigation dont une plus ample connaissance serait utile pour comprendre certaines des racines des services contemporains. Selon Gish, il se limite à une demi-douzaine de pays d'Afrique de l'Est et Centrale - dont le Congo Belge - ainsi que dans quelques pays d'Afrique francophone (Sénégal, Madagascar) (Gish 1979). Ailleurs, les infirmiers des dispensaires n'effectuaient que certains soins limités et des soins curatifs n'étaient disponibles que là où se trouvait un médecin diplômé.

### *Les politiques coloniales de formation de médecins*

Ces médecins étaient le plus souvent des Européens - et le vide créé par leur départ sera un des problèmes les plus urgents à résoudre au moment des indépendances. L'accès des autochtones à des études de médecine était subordonné à l'éducation de base, primaire et secondaire, largement dépendante des missions dans beaucoup de colonies. Les écoles secondaires formaient une élite cultivée, "évoluée"<sup>16</sup>, jugée sur base de sa proxi-

---

<sup>16</sup> Au Congo Belge, un "évolué" était

mité avec la pensée occidentale. Selon Adu Boahen, l'accès aux privilèges relatifs de la proximité du pouvoir colonial en Afrique était subordonné au renoncement aux valeurs traditionnelles, créant par là au sein de la société coloniale une hiérarchie avec à son sommet les Européens, mais où les élites autochtones étaient, dès la période coloniale, socialement et culturellement distinctes des masses populaires (Adu Boahen 1989 p529).

Il n'existe à notre connaissance pas d'études sur la position des rares médecins nationaux dans les sociétés coloniales. Entretien-ils les

---

un Congolais dont les attitudes et le mode de pensée était proches du système de valeurs de la classe moyenne belge. Une "carte de mérite civique" pouvait être attribuée aux "meilleurs de nos pupilles, ceux dont le standing de vie s'apparente le mieux au nôtre et dont l'éducation et le mode de vie personnel, familial et social témoignent d'une évolution réelle" (Circulaire du Gouverneur Général, 10 août 1948, cité in De Craemer & Fox 1968 p.92). Le candidat désireux d'obtenir son immatriculation devait "justifier par sa formation et sa manière de vivre d'un état de civilisation impliquant l'aptitude à jouir des droits et à remplir les devoirs prévus par la législation écrite".

mêmes rapports avec les populations que les médecins européens ? Leur origine culturelle favorisait-elle l'établissement d'un rapport de proximité avec les populations ? Bornons-nous à soulever la question, tant nous manquons d'études en la matière d'une part, tant la question doit être inscrite dans le contexte de chaque société coloniale particulière avant de prétendre à la généralisation.

Les différentes puissances coloniales ont adopté des politiques de formations différentes, et variables selon les régions colonisées. Mais de manière générale ce n'est qu'après les indépendances que la formation des médecins s'est réellement développée. En Inde les *Medical Schools* se sont multipliées après 1918 (800 diplômes de médecine décernés en 1905, 2000 en 1934); toutefois le niveau de formation était considéré comme inférieur, et le *General Medical Council* Britannique n'a accepté d'en reconnaître les diplômes qu'en 1930. Parallèlement un nombre croissant d'Indiens venaient étudier la médecine en Grande-Bretagne (Webster 1993). Dans les territoires français d'Afrique du Nord, la formation de médecins autochtones a aussi été

relativement précoce, la proximité géographique avec la métropole facilitant la formation de médecins dans les Universités françaises. Une école pour médecins arabes est ouverte en 1875 à Alger (Marcovich 1988). Le premier médecin tunisien formé à la médecine française entre en fonction en 1894, et en 1928 ils étaient dix médecins tunisiens formés selon les programmes français (Gallagher 1983). En Afrique subsaharienne en revanche, il existait peu de Facultés de Médecine avant les indépendances. Au Nigéria, quelques médecins autochtones ont été formés en Grande-Bretagne à partir de l'entre-deux-guerres, et le premier *University College and Medical School* sur le territoire nigérian a été fondé en 1948 à Ibadan, proposant les mêmes programmes et décernant les mêmes diplômes que l'Université de Londres (Ransome-Kuty 1989)<sup>17</sup>. Le Makerere College de Kampala en Ouganda existait également avant l'indépendance, de même que la Faculté de Médecine de l'Université de Dakar

---

<sup>17</sup> Au Ghana - anciennement la Gold Coast - il y a en 1964 - c'est-à-dire 5 ans après l'indépendance - environ 700 médecins ghanéens (cfr Twumasi 1981)

au Sénégal, et l'Université de Lovanium à Léopoldville ouverte en 1954<sup>18</sup> qui s'enorgueillissait de décerner des diplômes reconnus comme équivalents aux siens par l'Université de Louvain. Si les Britanniques ont formé plus de médecins que les Français ou les Belges, le nombre de médecins autochtones est globalement resté limité.

Une fois encore l'Amérique Latine occupe ici une place distincte. Il y a certes parmi les médecins des Européens, mais il s'agit de nouveaux immigrants plutôt que de représentants d'un pouvoir colonial, et la plupart des médecins sont nationaux, originaires à cette période de la haute bourgeoisie. Une formation médicale occidentale s'est développée dès les XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles, et après les indépendances du début du XIX<sup>e</sup> siècle, la formation de médecins nationaux s'est amplifiée dans des Facultés de Médecine nationales, s'inspirant jusque dans les années 1930 des programmes de formation français, et ensuite de la réforme

---

<sup>18</sup> Ce qui explique que les deux premiers médecins congolais aient obtenu leur diplôme un an après l'indépendance.

Flexnerienne et des programmes nord-américains (de Urioste 1989; de Urioste 1991). Les médecins nationaux (de souche créole) ont donc été plus nombreux plus précocément qu'en Afrique et en Asie.

### *Un recours croissant des populations à la médecine moderne*

Dans l'entre-deux-guerre, la médecine occidentale commence à être appréciée des populations autochtones, surtout pour l'efficacité de ses médicaments pourtant encore peu nombreux. L'arsenal thérapeutique de l'entre-deux-guerre se limitait, en gros, à la quinine pour traiter la malaria, les arsénicaux pour la trypanosomiase, les bismuths pour les affections du système digestif et le chloroforme pour l'anesthésie (Van Lerberghe 1993). Après la guerre, l'efficacité des médicaments va augmenter avec l'apparition des antibiotiques. Selon certains historiens, les résultats spectaculaires obtenus dans le traitement des maladies vénériennes et du pian auraient été déterminants dans l'acceptation de la médecine moderne par les popula-

tions autochtones.

Mais il ne faudrait pas en conclure pour autant que les populations aient substitué la médecine occidentale à leurs pratiques antérieures. Il s'agit plutôt d'une réinterprétation qui s'inscrit dans le cadre de recours simultanés à plusieurs types de thérapies. Les populations réinterprètent les pouvoirs des médicaments des Blancs et les combinent avec leurs pratiques traditionnelles dans des itinéraires thérapeutiques adaptés à chaque situation. Chez les Bisa du Burkina-Faso, *"l'introduction de la médecine occidentale... ne perturbe en rien les représentations de la maladie et les procédures de résorptions du mal. En particulier, elle ne bouleverse aucunement le système des stratégies des malades, si ce n'est pour le complexifier..."* (Fainzang 1985 p108)

Pris globalement, les services médicaux coloniaux des années 1930-1950 étaient donc appréciés. En Afrique, la période coloniale est parfois désignée aujourd'hui dans les populations comme le temps *"où il y avait des médicaments"* (Hours 1992) - observation à mettre en rapport avec le démantèlement des services de

santé gouvernementaux depuis la crise des années 1970. On peut rappeler à cet égard que la gratuité des soins et des médicaments était une constante dans les services coloniaux gouvernementaux - une contribution étant parfois demandée dans les services des missions, mais modique et ne couvrant pas les frais réels.

---

### *L'exportation des conceptions dominantes*

---

Il ne faudrait donc pas tomber dans le piège d'une "*vision simplificatrice d'une sous-médecine pour les colonies*" (Hours 1992 p.126). Les différences entre la médecine moderne telle qu'organisée dans les métropoles et les colonies ne résident pas tant dans des différences de conceptions que dans le fait que les services coloniaux sont créés de toutes pièces et planifiés selon les conceptions en vigueur, tandis que dans les métropoles, ils s'organisent autour des institutions héritées du passé.

### *Hospitalocentrisme curatif et prévention communautaire*

Les services de médecine coloniale mis en place dans les années 1930 à 1950 correspondent en effet aux conceptions métropolitaines de l'époque. La médecine occidentale est sûre d'elle, et ses promesses sont amplifiées par un climat général de réformes sociales. Comme dans les métropoles, la "bonne médecine" est de plus en plus définie comme hospitalière et technicienne, la spécialisation commence à être valorisée. Le développement de la médecine coloniale curative à travers les hôpitaux illustre bien les représentations dominantes<sup>19</sup>. Cette image de l'hôpital comme le lieu le plus adéquat pour les soins curatifs se double d'exigences de promouvoir

---

<sup>19</sup> A la même époque les mouvements ouvriers des métropoles revendiquent pour la classe ouvrière l'accès à la technologie médicale réservée aux nantis. Le principal problème débattu dans les années 1930 en Grande-Bretagne est celui de l'accessibilité aux soins hospitaliers - l'accès à la general practice ayant été partiellement instauré en 1911.

dans la population des services sociaux et préventifs, qui ne sont pas spécifiques des colonies: des services de lutte contre la maladie se sont développés dès le début du XXI<sup>ème</sup> siècle dans les métropoles et continuent à y être présents à travers les consultations des nourrissons, les dispensaires de tuberculose, ou les cliniques pour maladies vénériennes.

Si les différences entre médecine métropolitaine et coloniale à l'apogée de la période coloniale sont indéniables, c'est essentiellement en raison de l'importance numérique des médecins de famille extrahospitaliers en Occident. Le nombre de médecins y est beaucoup plus élevé qu'il n'y a de postes hospitaliers à pourvoir. On peut rappeler par exemple qu'en 1939, il y avait en Angleterre 6 ou 7 fois plus de *general practitioners* que de spécialistes (Stevens 1966). La médecine générale ambulatoire constitue de fait, et malgré sa faible légitimité dans les milieux médicaux, la source la plus importante de soins médicaux modernes. Il faut souligner que cette situation ne résulte en rien d'une planification, mais plutôt d'un héritage du passé dont il faut bien s'accommoder, héritage d'ailleurs jugé

bien encombrant par certains qui, dans les années 1930 à 1950, s'interrogent sur les réorientations à donner à la médecine générale. En Grande-Bretagne, après s'être demandé si la *general practice* n'était pas simplement vouée à disparaître face à la montée de la médecine spécialisée hospitalière (Armstrong 1983), on préconise pour les *general practitioners* un rôle social et préventif au niveau de la communauté, tandis que les *general practitioners* eux-mêmes revendiquent des postes hospitaliers (Honigbaum 1979). Si les médecins généralistes occidentaux ont survécu aux années 1930 - 1950, c'est parce qu'ils étaient présents et qu'ils étaient nombreux, mais personne à ce moment n'aurait songé à les promouvoir délibérément. La médecine de famille existait de fait, mais n'avait pas d'identité ni de légitimité suffisante pour que l'on songe à l'exporter.

### *La non-exportation de la médecine générale*

Ainsi la médecine de famille n'a pas été exportée. Certes elle s'est développée sous la forme d'une médecine privée pour colons et élites - phénomène qui est peut-



être à l'origine de la confusion persistante entre médecine de famille et médecine privée dans le Tiers Monde. Mais, à l'exception des assistants médicaux qui en constituent les équivalents les plus proches, elle n'a pas été intégrée dans les services de santé gouvernementaux qui dispensaient les soins modernes à l'écrasante majorité de la population.

Les services de santé coloniaux ont été conçus et créés de toutes pièces, pas tellement en fonction de ce qui existait en Occident qu'en fonction de ce qui correspondait, dans les représentations de l'époque à de la "bonne médecine" : des hôpitaux et de la prévention<sup>20</sup>. L'Etat colonial n'a pas mis l'accent sur des services équivalents au "médecin de famille" occidental parce qu'ils n'étaient pas considérés à ce moment comme ce que la médecine occidentale avait de mieux à offrir. La médecine curative a donc été d'emblée hospitalière (les

dispensaires ruraux constituant des solutions de second choix lorsque l'hôpital ne pouvait être rendu accessible) et les fonctions sociales, préventives, promotionnelles ont été confiées en partie à des dispensaires et en partie aux équipes mobiles spécialisées, dont on espérait une plus grande efficacité technique dans la lutte contre certaines maladies.

Il ne faudrait cependant pas tomber dans le piège d'une autre vision simplificatrice, à savoir que le caractère "impersonnel" de la médecine moderne dans le Tiers Monde résulterait d'une médecine planifiée par l'Etat. Certes en Afrique et en Asie, la médecine se présente d'emblée comme une médecine d'institutions: hôpital, mission, entreprise. La médecine coloniale ne reproduit pas la tradition du "colloque singulier"; les campagnes d'hygiène ou de dépistage de masse lui donnent des allures bureaucratiques. Mais le statut collectif du malade des colonies et cet aspect de médecine de masse ne viennent pas du fait que c'est l'Etat qui a fondé la médecine dans les colonies, car rien n'exclut dans l'absolu que l'Etat organise une médecine curative individuelle de type "médecine de famille".

---

<sup>20</sup> La priorité accordée à la prévention est dans les années 1930 - 1950 une idée très "sociale", qui sera d'ailleurs reprise en République Populaire de Chine et par les mouvements indépendantistes indiens.

Le caractère impersonnel de la médecine coloniale résulte avant tout du caractère exogène de la médecine coloniale: lors du transfert, une partie des ingrédients de la médecine occidentale a été négligée voire totalement méconnue, et on n'en a retenu que ses dimensions scientifiques et objectives.

### *La foi dans la science*

La période coloniale a en effet coïncidé avec un moment d'exaltation du progrès scientifique et de certitude intense que la médecine était une science objective et universelle et devait donc pouvoir s'appliquer à tous les êtres humains indépendamment du contexte social, politique et culturel. La médecine occidentale a été importée dans les sociétés coloniales dans la méconnaissance de ses relations avec la tradition occidentale et de ses dimensions culturelles et subjectives. Alors qu'en Occident, elle s'était construite en continuité avec ses traditions, il y a eu dans le Tiers Monde discontinuité complète avec les systèmes traditionnels existants: la médecine moderne est venue de l'extérieur se surimposer ou se juxtaposer aux

médecines traditionnelles.

Les services médicaux du Tiers Monde n'ont pas reçu en héritage uniquement la science, des techniques et des modèles d'organisation, ils ont aussi hérité - ce que nous avons tendance à oublier parce que nous n'en sommes pas nous-mêmes conscients - de l'occultation par la médecine des dimensions symboliques de la maladie et de la pratique de la médecine. Est-ce à dire que l'articulation spontanée que produisait le médecin généraliste entre son savoir objectivant et les représentations culturelles partagées était opérante dans les colonies? Il se peut que la bonne réputation des assistants médicaux ait été liée à leur capacité de produire une telle articulation. D'autre part, tant les populations que leurs guérisseurs - avec lesquels une division implicite du travail s'était instaurée - vivaient dans un monde hautement symbolisé et la réarticulation en question était au plus un problème concernant le médecin mais non ses patients.

---

## *Les services de santé après les indépen- dances*

---

Tant les représentations d'une médecine scientifique que la conception des services de santé basée sur l'hôpital d'une part, les campagnes de masse d'autre part seront reprises par les dirigeants des nouveaux Etats au lendemain des indépendances: il s'agit d'étendre à toute la population des soins techniques de haut niveau. Mais les moyens financiers ne seront pas à la hauteur des ambitions, et à partir de la crise des années 1970 les services de médecine moderne ne feront que stagner ou régresser.

## *Les projets des mouvements indépendantistes*

Dans la période précédant les indépendances et dans les temps qui les suivirent immédiatement, les mouvements nationalistes regroupèrent de larges coalitions de populations dont l'identité collec-

tive se concevait en opposition à l'occupant colonial. Il n'était pas question de rejeter la médecine moderne, reconnue comme "science internationale". En Inde, par exemple, l'un des leaders médicaux du mouvement indépendantiste déclarait en 1949 que *"its position of utility to mankind and the common features all over the world despite other differences compel us to recognize that as a scientific phenomenon there can be only one medical system"* (Banerji 1986 p23). Il ne s'agissait pas non plus de contester le rôle prépondérant de l'Etat - mais désormais ce serait l'Etat indépendant qui remplacerait l'Etat colonial pour organiser un système public de services de santé plus proche des populations. Il ne s'agissait pas tant de faire autre chose que de le faire soi-même.

En Inde, les nouveaux dirigeants mirent en place des commissions, inspirées de la tradition britannique de l'entre-deux-guerres, pour définir un cadre aux services de santé qui se démarque du cadre colonial. L'accent était placé sur le service public et sur le développement communautaire incluant le meilleur accès à la médecine pour les populations rurales, à travers la création de centres de santé et la

formation de *community health workers* qui assisteraient les communautés villageoises en matière d'hygiène, de premiers soins et de traitements médicaux simples. Le Bhoire Committee décrit le rôle du médecin dans les termes suivants: "(He) must be a scientist and a social worker, ready to cooperate in team work, in close touch with the people he disinterestedly serves, a friend and a leader, he directs all his efforts towards the prevention of disease and becomes a therapist when prevention has broken down, the social physician protecting the people and guiding them to happier and healthier life... A health organization enriched by the spirit of such a medical profession will naturally work towards the promotion of closest cooperation of the people. It will recognize that an informed public opinion is the only foundation on which the superstructure of national health can safely be built". (Banerji 1986 pp24-25).

Les mouvements nationalistes africains réfléchissaient aussi en termes d'amélioration prioritaire de la santé des populations rurales - les plus nombreuses - à travers des réseaux de centres de santé. En 1946, le Rassemblement Démocratique Africain avait inscrit la gratuité des soins et une extension

du réseau de services et de dispensaires parmi ses revendications de base (Van Lerberghe 1993).

La médecine moderne était appréciée, mais il fallait la rendre plus équitable et surtout cesser de dépendre de l'Occident pour la pratiquer. Les dirigeants des mouvements d'indépendance partageaient l'image d'une médecine socialement et culturellement neutre - d'une "science internationale". Il s'agissait d'étendre à toute la population des soins médicaux de "haut niveau", la qualité des soins étant essentiellement définie en termes de technologie. La hiérarchie entre services hospitaliers de pointe et spécialisés d'une part, dispensaires d'autre part fut maintenue voire renforcée.

### *Le destin des assistants médicaux*

Suite au départ de nombreux médecins européens, il fallait d'urgence former du personnel de santé national et en particulier des médecins. Certes des médecins coopérants prirent rapidement le relais des médecins coloniaux, mais il y avait unanimité pour constituer une profession médicale nationale.

Dans l'immédiat la formation d'une profession médicale nationale n'apparaissait d'ailleurs pas seulement comme une nécessité d'un point de vue sanitaire, mais aussi comme un symbole de l'indépendance et de la volonté d'autonomie des jeunes nations. Les "sous-statuts" médicaux furent associés au colonialisme. La licence de 5 ans en médecine fut abrogée au lendemain de l'indépendance indienne (Banerji 1986 p124)<sup>21</sup>. Le modèle africain d'assistant médical - l'assistant noir du médecin blanc - fut interprété exclusivement comme instrument de sujétion coloniale, perdant son sens avec l'indépendance. Lorsqu'en 1964, un groupe d'assistants médicaux de l'ex-Congo Belge rentra de France après y avoir acquis le diplôme de docteur en médecine, la

---

<sup>21</sup> Les licenciés en médecine qui travaillaient avec relativement peu de moyens dans des dispensaires coloniaux étaient en fait souvent bien intégrés dans leur communauté; les médecins dont le nombre s'est accru après l'indépendance, bien que dotés d'un niveau de formation supérieur et travaillant dans des nouveaux centres de santé bien équipés, n'établissaient pas le même type de contacts "empathiques" avec la population.

presse se réjouit: "Hier des assistants médicaux dans un pays colonisé; aujourd'hui des docteurs en médecine dans un pays indépendant, la République du Congo. Le médecin, précédemment assistant médical, est indiscutablement un résultat positif du processus irréversible de libération de notre pays"<sup>22</sup>. La dernière école d'assistants médicaux congolais fut fermée en 1965.

### *Une formation médicale calquée sur l'Occident*

Pour rendre accessible les soins médicaux à toute la population, il fallait former un grand nombre de médecins. Calquée sur le modèle des Facultés de Médecine européennes et américaines, cette formation impliquait la construction de grands hôpitaux universitaires. Pour ne pas être en reste à l'égard des puissances occidentales, l'on veilla à ce que les standards de la formation soient comparables aux standards occidentaux<sup>23</sup>, des "cen-

---

<sup>22</sup> Le Courrier d'Afrique, 29 janvier 1964 p.3, cité in De Craemer & Fox 1968 p.2

<sup>23</sup> avec pour résultat par exemple que les médecins étaient formés pour les pathologies chroniques de l'Europe,

tres d'excellence" furent créés qui devaient pouvoir rivaliser avec l'Occident et étaient donc conçus sur base des critères occidentaux. Or, à cette époque, l'Occident avait abandonné ses anciens programmes qui formaient des médecins généralistes: la spécialisation ne consistait plus à ajouter un savoir spécialisé à cette médecine générale, mais à d'emblée concevoir cette les programmes comme juxtaposition de savoirs spécialisés enseignés par des professeurs spécialisés. C'est le plus souvent ce modèle qui a été importé lors de la création des nouvelles Facultés de Médecine dans les Etats indépendants. On peut se demander - et la réponse sera certainement variable selon les pays - dans quelle mesure il existe dans le Tiers Monde une tradition de formation à la médecine générale.

Il s'est avéré rapidement que la pathologie enseignée dans les programmes importés de l'Occident ne correspondait pas aux problèmes de santé des populations locales. Les médecins étaient en outre formés à utiliser un équipement

---

mais pas pour les problèmes spécifiques du pays.

technique qu'ils ne retrouveraient plus par la suite dans les services de province où ils seraient affectés. Les soins curatifs individuels absorbaient toute l'attention des futurs médecins, sans interrogation à propos de l'organisation des soins de santé ni sur l'utilisation la plus adéquate des ressources locales pour répondre aux besoins de santé des populations locales<sup>24</sup>. Pourtant les jeunes professions médicales nationales étaient peu enclines à participer à la transformation des curricula: l'attachement à la reconnaissance internationale des diplômes des médecins formés dans les Universités nationales, qui permet notamment l'émigration, a constitué un obstacle important à l'adéquation des programmes de formation nationaux aux besoins des populations (Ransome Kutty 1990).

De nombreux étudiants en médecine - surtout d'Asie - furent également envoyés aux USA et en Europe<sup>25</sup> grâce à des bourses d'orga-

---

<sup>24</sup> Ces problèmes ont été soulevés à propos de la formation des médecins occidentaux également.

<sup>25</sup> Et bon nombre s'y installèrent définitivement: il y aurait 14.000 médecins philippins aux USA, et les médecins d'origine africaine et asiatique

nismes internationaux et de coopération bilatérale. Le contexte de guerre froide ayant obligé les pays du Tiers Monde à choisir leur camp, les pays socialistes (URSS, Cuba, Roumanie ...) ont également entrepris de former un grand nombre de médecins du Tiers Monde.

De ces efforts de formation a résulté un accroissement numérique considérable de médecins. Néanmoins, les différences en matière de densité médicale entre pays et entre régions restent très importantes (World Bank, 1992).

### *Constitution de professions médicales nationales*

La médecine moderne du Tiers Monde n'a pas retenu de la médecine occidentale qu'un corpus de savoirs et de techniques; elle en a également retenu les pratiques sociales. La profession médicale s'est en effet organisée sur des modèles très semblables à ceux en vigueur dans les sociétés occidentales, reprenant parfois tels quels les mod-

---

sont nombreux en Grande-Bretagne (Webster 1993).

èles de l'ancienne métropole. Outre le transfert des programmes de formation universitaires, les législations de protection de l'art de guérir qui avaient été instaurés durant la période coloniale ont été reconduites, des structures professionnelles se sont calquées sur les modèles occidentaux d'Ordre des Médecins ou de *Medical Council*, des rituels tels que la prononciation du serment d'Hippocrate ont été adoptés ou perpétués. L'accent a été placé sur l'homogénéité d'une profession médicale "cosmopolite" qui s'appropriait les attributs des professions tels qu'ils s'étaient élaborés au XIX<sup>ème</sup> siècle en Occident et qui reprenait aussi, en même temps que les savoirs scientifiques, des croyances médicales partagées

Les "standards internationaux", dans les années 1960, sont de plus en plus technologiques et spécialisés. La qualité et le contenu d'enseignement médical a sans doute varié considérablement d'un pays à l'autre. Mais on peut se demander de quel poids a pesé le fait que les professions médicales nationales, calquant les modèles professionnels occidentaux, aient pris leur essor précisément au moment où la médecine générale était en Occident

en pleine crise d'identité et au moment où la technologie et la spécialisation étaient exaltées. L'Occident a pu ressusciter par la suite l'ancien modèle de médecin de famille et l'enseignement classique par des "grands professeurs" de médecine générale. Dans quelles traditions la médecine du Tiers Monde peut-elle puiser ?

### *Maintien et renforcement des services hérités*

Les populations plaçaient des espoirs immenses dans les politiques des nouveaux Etats indépendants, dont elles attendaient une amélioration de leurs conditions de vie et notamment des soins de santé. Mais dans les faits les indépendances entraînèrent peu de réorientations des systèmes nationaux de santé, et eurent notamment peu d'effets sur les soins de santé en milieu rural. Sans que cela ne résulte d'une planification délibérée, les hôpitaux urbains et les campagnes verticales furent renforcés, et les services ruraux restèrent non-prioritaires (Van Lerberghe 1993).

Les grands hôpitaux universitaires et leurs frais récurrents absorbaient une grosse partie des dépenses, de même que l'importation de technologie thérapeutique et diagnostique<sup>26</sup> et de médicaments. Les discours prônaient la santé rurale, mais la masse des dépenses était consacrée aux hôpitaux urbains - ce qui explique que les réseaux de dispensaires ruraux se soient développés dans une bien moindre mesure.

Les grandes campagnes verticales furent également renforcées, en bonne partie sous l'influence de diverses agences internationales et de coopération, qui préférèrent financer la lutte contre une maladie bien précise plutôt que le renforcement des services de santé généraux. Les gouvernements nationaux, demandeurs de financements externes qui profitent généralement tant économiquement que politiquement aux élites, ont orienté leurs politiques de

---

<sup>26</sup> Lorsque la technologie faisait défaut, les malades pouvaient même être transférés en Europe: en 1971, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a dépensé un demi million de dollars en transferts de malades vers Paris (cfr Van Lerberghe 1993).



santé pour se conformer aux exigences des agences d'aide au développement.

Quels facteurs permettent de comprendre pourquoi les jeunes États nationaux n'ont pas profité de l'opportunité historique qui leur était donnée de transformer leur système de santé ?

A l'intérieur des sociétés en question, les nouvelles élites se sont très rapidement coupées des masses, et dans de nombreux pays les gouvernements se sont trouvés dissociés de la société où ils ne trouvaient plus appui. Elles ont spontanément privilégié les structures urbaines qui leur étaient nécessaires, les services ruraux passant au second plan dans les priorités<sup>28</sup>. Au départ les ambitions personnelles des médecins n'apparaissent pas en contradiction avec les idéaux de libération nationale, que du contraire. Mais il s'est avéré qu'il ne suffirait pas de remplacer le médecin européen par un médecin national pour mieux servir le peuple. De Craemer et Fox ont montré le dilemme de certains médecins congolais de la première génération qui, en 1965, tout en restant attachés à leurs idéaux patriotiques de service à la

population, ont commencé à soigner en privé la bourgeoisie urbaine afin de couvrir les frais de scolarité de leurs enfants (De Craemer & Fox 1968). La formation des médecins - conçue au départ en termes idéalistes comme un service aux masses rurales - s'est rapidement avérée être un moyen d'ascension sociale pour les couches de la population dont étaient issus les dirigeants; les idéaux d'une "médecine sociale" n'ont pas résisté à l'attrait de la spécialisation dans les grands hôpitaux urbains.

De plus la dépendance à l'égard de planificateurs occidentaux s'est maintenue, même si elle s'inscrivait dans un cadre nouveau de l'aide au développement. Or cette planification, largement orientée par les experts occidentaux, était défectueuse. Ne tenant pas compte des ressources limitées, elle a abouti à ce que les budgets santé soient quasi complètement engloutis par les méga-constructions hospitalières en milieu urbain et leurs frais récurrents (Gish 1979). L'idée qui dominait alors était celle d'une croissance économique sans fin qui permettrait de faire accéder progressivement toutes les couches de la population

à ces soins de haute technologie. L'illusion allait bientôt s'effondrer.

### *La crise du modèle hospitalocentrique et les soins de santé primaires*

Vers la fin des années 1960 - dès avant la crise mondiale - les critiques à l'égard des modèles hospitalocentriques se multiplient: alors que la majorité des populations du Tiers Monde vivent en région rurale et meurent de maladies qui pourraient être prévenues ou traitées par des moyens simples et peu coûteux, la plus grosse partie des dépenses de santé est consacrée à soigner la bourgeoisie des villes dans les hôpitaux urbains.

Contrairement aux attentes, l'augmentation du nombre de médecins n'a pas eu pour effet de déverser le trop-plein vers les régions rurales, et bénéficie essentiellement aux populations urbaines.

A la prise de conscience de la contradiction entre l'idéal de l'accès aux soins pour tous et des politi-

ques hospitalocentriques s'ajoute la crise économique des années 1970 qui bat en brèche l'illusion d'une croissance économique sans fin. Car à partir des années 1970 il devient évident que l'Etat n'est plus capable de poursuivre l'extension de la couverture des soins de santé. Partout dans le Tiers Monde, les services de santé ruraux se mettent à stagner ou régresser.

La déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, adoptée par la plupart des pays du Tiers Monde représente une reconnaissance officielle de politiques prenant leurs distances par rapport à la vision hospitalocentrique urbaine. Le résultat immédiat en a été une multiplication de petits projets peu coûteux mais trop limités pour avoir un effet global sur les politiques, tandis que l'allocation préférentielle des ressources nationales vers les grands hôpitaux urbains restait inchangée. Dans leur méfiance vis-à-vis des hôpitaux, les interprétations données aux soins de santé primaires ont eu, dans un premier temps, tendance à vouloir ignorer les hôpitaux, qui ont continué à fonctionner en autosuffisance plutôt que d'intervenir en soutien des services plus périphériques, et le

manque de ressources a continué à empêcher le bon fonctionnement des dispensaires.

Cependant certaines les interprétations ultérieures des soins de santé primaires dans le cadre de politiques de santé de district ouvrent la voie à la prise en compte simultanée et l'articulation de ces deux pôles trop souvent conçus comme exclusifs l'un de l'autre, à savoir la rationalité scientifique et organisationnelle des réponses à des besoins de santé objectivés d'une part, et la participation des individus et communautés locales sur base de leurs systèmes de valeurs et de significations. Car, alors que dans la pensée médicale objectivante et techniciste importée dans le cadre de la médecine coloniale, les individus et communautés sont objets de soins, les soins de santé primaires les considèrent comme sujets de leur santé, réhabilitant le potentiel des savoirs populaires et comportements spontanés dans l'amélioration de la santé et du bien-être.

---

## *Conclusion*

---

La médecine moderne s'est

longtemps prétendue socialement et culturellement neutre et étrangère aux questions de sens, et s'est même parfois fixé pour idéal le détachement de tout reliquat symbolique. Or en réalité elle n'a jamais pu expurger les significations et les pratiques socialement construites. Si elle a pu s'en donner l'illusion en Occident, c'est du fait que cette médecine s'adossait sans le savoir sur des valeurs et traditions de la société dont elle émanait. Il n'en reste pas moins que, dans les pays occidentaux également, le fossé entre la science et le social s'élargit, et appelle la médecine à reconnaître le monde des significations pour davantage en tenir compte.

Ce fossé est d'autant plus marqué dans les pays du Tiers Monde que la médecine moderne y a été importée de l'extérieur, sans reconnaître à quel point elle était empreinte de valeurs et de traditions occidentales. Ce caractère exogène de la médecine ne constitue toutefois pas un obstacle à son appropriation par la société, mais suppose que l'on admette qu'il ne s'agit pas d'un pur transfert de science et de technique, et que des ponts doivent s'établir avec le social.

Or l'amalgame, sous l'aura de la neutralité scientifique, entre principes scientifiques universellement valables et pratiques et représentations construites dans le contexte occidental continue de produire ses effets. La médecine telle que pratiquée en Occident demeure largement la référence de bonne pratique pour bon nombre de professionnels de santé du Tiers Monde. Leur formation d'inspiration occidentale est généralement étrangère aux logiques propres de la société à laquelle ils appartiennent. A défaut de modèles de pratique adaptés aux particularités historiques, socio-économiques et anthropologiques des populations concernées, on constate souvent chez les professionnels de santé une difficulté de concilier leur identité professionnelle fondée dans des représentations empruntée à l'Occident, et leur identité sociale telle que définie par la société (Jaffré & Prual 1993). Cette double identité n'est pas inéluctable, mais son dépassement exige l'invention de pratiques établissant explicitement des liens entre la science et le social. Plutôt que de penser le développement de la médecine moderne en termes de déculturation-acculturation, il s'agit de l'inculturer. C'est

ce que rendent possible les soins de santé primaires.

---

## Bibliographie

---

Adu Boahen, A. (1989) (sous la direction de): *Histoire générale de l'Afrique; VII. L'Afrique sous domination coloniale: 1880-1935*. Présence Africaine, Edicef, Unesco

Armstrong, D. (1983): *Political Anatomy of the Body: Medical knowledge in Britain in the 20th century*. Cambridge University Press

Arnold, D., edit (1988): *Imperial Medicine and Indigeneous Societies*. Manchester University Press

Banerji, D. (1986): *Social Sciences and Health Service Development in India. Sociology of Formation of an Alternative Paradigm*. Lok Pash, New Dehli

De Craemer, W. and R.C.Fox (1968): *The Emerging Physician. A Sociological Approach to the development of a Congolese Medical Profession*. The Hoover Institution, Stanford University

de Urioste, F.J. (1989): La enseñanza medica en Bolivia: 1826-1978. *Salud Publica Boliviana* 46 (1): 48-53

de Urioste, F.J. (1991): La enseñanza medica en Bolivia: 1826-

1978 (Secunda Parte). *Salud Publica Boliviana* 47 (1): 32-43

Fainzang, S. (1985): La "Maison du Blanc": la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. *Sciences Sociales et Santé* III (3-4): 105-128

Gallagher, N.E. (1983): *Medicine and Power in Tunisia 1780-1900*. Cambridge University Press

Gish, O. (1979): The political economy of primary care and "health by the people": an historical exploration. *Social Science and Medicine* Vol 13C: 203-211

Honigbaum, F. (1979): *The Division in British Medicine. A History of the Separation of General Practice from Hospital Care, 1911-1968*. London, Kogan Page

Hours, B. (1992): La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahiers des Sciences Humaines (ORSTOM)* 28 (1): 123-140

Jaffré, Y. and A.Pruval (1993): "Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé* XI (2): 63-80

Janssens, P.G., M.Kivits, J.Vuylsteke (1993): *Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à*

- nos jours. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin
- Léonard, J. (1981): *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle.* Aubier Montaigne, Coll. historique
- Lyons, M. (1992): *The Colonial Disease. A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940.* Cambridge University Press
- Marcovich, A. (1988): *French colonial medicine and colonial rule: Algeria and Indochina*, in McLeod and Lewis (eds), *Disease, Medicine and Empire*, Routledge
- McLeod, R. and M.Lewis, eds (1988), *Disease, Medicine and Empire*, Routledge
- Pluchon, P. ed (1985): *Histoire des Médecins et Pharmaciens de la Marine et des Colonies.* Privat
- Ransome-Kuti, O. (1990): Une nouvelle race de médecins. *Forum Mondial de la Santé* 11: 287-290
- Stevens, R. (1966): *Medical Practice in Modern England: the Impact of Specialization and State Medicine.* Yale Univ Press, New Haven and London
- Twumasi, P.A. (1981): Colonialism and international health: a study in social change in Ghana. *Social Science and Medicine* 15B: 147-151
- Van Lerberghe, W. (1993): Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bulletin de Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer*, 39 (2): 205-230
- Webster, C. ed. (1993): *Caring for Health: History and Diversity.* Open University Press, Buckingham
- Wilson, C.M. (1942): *Ambassadors in White: The Story of American Tropical Medicine.* New York, Kennikat Press
- Woelk, G.B. (1994): Primary Health Care in Zimbabwe: can it survive? An exploration of the political and historical developments affecting the implementation of PHC. *Social Science and Medicine* 39 (8): 1027-1035
- World Bank (1992): *World Development Report 1992*

## *Table des matières*

Introduction	1
La diversité des histoires coloniales	3
La médecine coloniale au temps des conquêtes	5
La naissance de la médecine tropicale	6
Les services médicaux au temps des conquêtes	8
Les colonies, terre d'élection de la pensée bactériologique	10
"L'oeuvre civilisatrice" de la colonisation	12
Le rôle de l'Etat et les spécificités selon les puissances coloniales	12
La conception des services vers la fin de la période coloniale	15
Les assistants médicaux	16
Les politiques coloniales de formation de médecins	17
Un recours croissant des populations à la médecine moderne	20
L'exportation des conceptions dominantes	21
Hospitalocentrisme curatif et prévention communautaire	21
La non-exportation de la médecine générale	22
La foi dans la science	24
Les services de santé après les indépendances	25
Les projets des mouvements indépendantistes	25
Le destin des assistants médicaux	26
Une formation médicale calquée sur l'Occident	27
Constitution de professions médicales nationales	29
Maintien et renforcement des services hérités	30
La crise du modèle hospitalocentrique et les soins de santé primaires	32
Conclusion	33
Bibliographie	35

