

Université Paris 1
Panthéon-Sorbonne

Bulletin
de
l'Institut
Pierre Renouvin

numéro 52
Printemps 2021

BULLETIN DE L'INSTITUT PIERRE RENOUVIN
1, rue Victor Cousin
75005 Paris
Tél. : 01 40 46 27 90

Courriel du Bulletin : bulletin.ipr@gmail.com

Site Internet :

<http://www.pantheonsorbonne.fr/autres-structures-de-recherche/ipr/les-revues/bulletin/>

RÉDACTION :

Marie-Pierre Rey,

Directrice de la publication et rédactrice en chef

Sara Legrandjacques et Laurent Pugnot Lambert,

Sandra Challin

Secrétariat de rédaction

Comité de rédaction

Alya Aglan, Farid Ameer, Houda Ben Hamouda, Laurence Badel, Sandra Challin, Anne Couderc, Sylvain Dufraisse, Anaïs Fléchet, Annick Foucrier, Robert Frank, Jean-Michel Guieu, Mathieu Jestin, Hélène Harter, Véronique Hébrard, Audrey Kichelewski, Sara Legrandjacques, Annick Lempérière, Marie-Françoise Lévy, Antoine Marès, Florian Michel, Jean-Philippe Namont, François-Xavier Nérard, Diana Ospina, Céline Paillette, Laurent Pugnot Lambert, Jenny Raflik, Marie-Pierre Rey, Marie de Rugy, Pierre Singaravélou, Alain Soubigou, Hugues Tertrais, Fabien Théofilakis, Nicolas Vaicbourdt, Christina Wu.

© Institut Pierre Renouvin, 2021

ISSN 1775-4305 (version électronique depuis 2010)

ISSN 1276-8944 (numéros papier 1997 à 2009)

en ligne sur le site de l'Institut Pierre Renouvin :

<http://www.pantheonsorbonne.fr/autres-structures-de-recherche/ipr/les-revues/bulletin/>

et sur CAIRN : <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-l-institut-pierre-renouvin.htm>

Médecine, santé et relations internationales

SOMMAIRE

ÉDITORIAL/EDITORIAL

HELENE HARTER & SARA LEGRANDJACQUES

p. 7

LISSELL QUIROZ

- Naître dans les Andes : Circulation des savoirs obstétricaux et colonialité du savoir dans la Pérou du XIX^e siècle
Circulation of Obstetrical Knowledge and Coloniality of Knowledge in 19th Century Peru

p. 11

SARA LEGRANDJACQUES

- Des carabins pour l'Empire du Milieu
L'accueil d'étudiants chinois en médecine à Hanoï, 1902-1930
Med Students for China: The Arrival of Chinese Medical Trainees in Hanoi, 1902-1930

p. 19

NICOLAS CHARLES

- Encadrer la prostitution dans les territoires occupés par les Allemands, 1914-1918
Supervise Prostitution in the French Territories Occupied by Germans between 1914 and 1918

p. 27

CELINE PAILLETTE

- L'action sanitaire extérieure de la France, 1949-1954
La nostalgie de l'influence, le pragmatisme multilatéral et les Europe(s) de la santé
The French Health Action Programme Abroad, 1949-1954
Nostalgia for Influence, Multilateral Pragmatism and the Europe(s) of Health

p. 37

GREGORY DUFAUD

- La mobilisation internationale contre la psychiatrie répressive en Union soviétique
Acteurs, lieux, difficultés et succès, années 1960-années 1970
International Mobilization against Repressive Psychiatry in the Soviet Union
Actors, Places, Difficulties and Successes, 1960s-1970s

p.47

VIE DES CENTRES

Toutes les informations concernant les centres sont disponibles sur le site <http://ipr.univ-paris1.fr>

Centre de recherches d'histoire nord-américaine

Directrice : Hélène HARTER

Centre de recherches d'histoire de l'Amérique latine et du monde ibérique

Directrice : Annick LEMPÉRIÈRE

Centre de recherches sur l'histoire de l'Europe centrale contemporaine

Directeur : Antoine MARÈS

Centre de recherches sur l'histoire des Slaves

Directrice : Marie-Pierre REY

Centre d'histoire de l'Asie contemporaine

Directeur : Pierre SINGARAVÉLOU

Centre d'histoire des relations internationales contemporaines

Directrice : Laurence BADEL

Guerre, politique et sociétés

Directrice : Alya AGLAN

Éditorial

Médecine, santé et relations internationales

HELENE HARTER & SARA LEGRANDJACQUES

Depuis plusieurs mois, nous sommes confrontés à une pandémie aux conséquences sanitaires, économiques et sociales sans précédent. Son étude mobilise la communauté scientifique, des biologistes et des virologues mais également des chercheurs en sciences humaines et sociales qui cherchent à comprendre son impact sur les sociétés¹. En effet, la santé et la médecine constituent deux objets des sciences sociales qui se sont imposés, depuis plusieurs années, comme autant de champs de recherches pour les historiennes et historiens. Longtemps restée entre les mains des praticiens – civils comme militaires – l'historiographie médicale a connu des mutations non négligeables depuis quelques décennies. Ainsi, le tournant du XXI^e siècle correspond à l'essor des travaux en langue française², portés par des recherches individuelles – dont témoigne la multiplication des thèses de doctorat en histoire de la santé et de la médecine – et par des efforts davantage collectifs, à travers l'organisation de colloques et la production de revues scientifiques³. Les enjeux sanitaires sont alors saisis sous différents angles, outrepassant sans le renier le cadre strictement national. Au-delà d'une approche purement intellectuelle, une histoire sociale et culturelle de la médecine se dessine « s'intéressant à l'ensemble des représentations, pratiques et discours relatifs à l'expérience que les hommes et les femmes du passé faisaient de la maladie de la santé⁴ ». Elle s'accompagne d'un décloisonnement géographique comme en témoigne, par exemple, le dossier thématique publié en 2005 dans la revue *Outre-Mers* et intitulé « La santé et ses pratiques en Afrique : enjeux de savoirs et de pouvoirs, XVII^e-XX^e siècle⁵ ». Alors que le champ d'étude qui prend forme met l'accent sur le temps long, il s'enchevêtre avec d'autres domaines, allant des *colonial studies* à l'histoire de la guerre, sans oublier d'y inclure les différents acteurs des relations internationales. Cette approche souple et inclusive des problématiques liées à la santé et à la médecine conduit à s'intéresser aux transferts, circulations et hybridations qui ont pu s'exprimer aux échelles locales, nationales et internationales.

Ce contexte historiographique florissant a été un élément moteur de la constitution de ce dossier thématique. Le projet a été proposé à la validation du comité de rédaction du *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin* plusieurs mois avant que la crise sanitaire ne commence. Si l'installation de cette dernière dans la durée nous a confortés dans notre choix, c'est une approche plus large des questions médicales et sanitaires qui tend à caractériser ce numéro. Si l'angle des relations internationales, spécificité du *Bulletin*, a été retenu, l'accent a été mis sur la valorisation de recherches récentes portées par des jeunes chercheurs comme par des chercheurs plus confirmés. Il s'agit d'offrir un panorama de la variété des réflexions associées de différentes manières à la santé.

¹ Voir notamment le rapport publié en janvier 2021 par l'InSHS : Marie Gaille, Philippe Terral (dir.), « Les sciences humaines et sociales face à la première vague de la pandémie Covid-19. Enjeux et formes de la recherche » [en ligne, consulté le 30 mars 2021] : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03036192/document>.

² À ce sujet, voir notamment : Alexandre Klein, « L'histoire de la santé ou le renouveau interdisciplinaire de l'historiographie médicale francophone », présentation dans le cadre du colloque *L'Histoire extra-muros : des frontières qui s'élargissent*, Université de Sherbrooke, 26 février 2016.

³ En 2012 est notamment créée la revue *Histoire, Médecine et Santé* par le laboratoire Framespa afin de publier « en français, en anglais et en espagnol des contributions en histoire sociale et culturelle de la médecine, de la santé et du corps (histoire antique, médiévale, moderne et contemporaine ; toutes les aires culturelles) » : « Histoire, médecine et santé », *OpenEdition Journals* [en ligne, consulté le 12 mars 2021] : <https://journals.openedition.org/hms/>.

⁴ Alexandre Klein, « L'histoire de la santé », *art. cit.*

⁵ « La santé et ses pratiques en Afrique », *Outre-Mers. Revue d'histoire*, n° 346-347, 2005.

La médecine, en tant qu'ensemble des moyens et connaissances mises en œuvre pour prévenir, guérir ou soulager des maladies, est associée à la santé, indiquant le bon état de fonctionnement d'un ensemble d'organismes. Le dessein de la première est d'œuvrer au bon maintien de cette dernière. Dès lors, enjeux individuels et collectifs se mêlent alors que les situations épidémiques, à l'échelle régionale, ou pandémique, à l'échelle internationale, dépassent le cadre national par leur étendue mais aussi par les moyens engagés pour circonscrire et y mettre un terme. La création d'institutions dédiées, à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mais aussi d'ONG comme la Croix Rouge ou Médecins sans frontières, ne fait que renforcer la dimension internationale de ces problématiques. La santé est alors présentée comme un objet universel, comme le souligne la création d'un prix Nobel de médecine, sans que les outils et techniques mobilisés pour assurer un bon état physique et mental ne soient toujours considérés, eux, comme universels et homogènes. Les tensions entre médecines occidentale et orientale, dans le cadre de l'impérialisme notamment, ont déjà été étudiées. Elles dépassent la simple acculturation avec des tentatives de synthèse et des hybridations plus ou moins importantes en fonction des territoires⁶. Ainsi, les articles réunis dans ce volume sont particulièrement sensibles aux questions des transferts et aux approches transnationales, comme l'illustrent les travaux de Grégory Dufaud, sur l'Association mondiale de psychiatrie, ou de Sara Legrandjacques, sur l'accueil des étudiants chinois en médecine en Indochine au cours des trois premières décennies du xx^e siècle. La diversité et complexité de ces circulations ne font que renforcer par l'étude menée par Lissell Quiroz sur les savoirs obstétricaux au Pérou afin de souligner leur importation depuis l'Europe et les adaptations qui en découlent.

Les enjeux sanitaires traversent les époques et il s'agissait donc également d'embrasser les différents temps de l'histoire contemporaine du xix^e siècle au monde de la Guerre froide. En effet, la spécificité des temps de guerre n'est pas oubliée avec l'article de Nicolas Charles qui étudie la prostitution dans les territoires français occupés par les Allemands entre 1914 et 1918. Il s'inscrit dès lors dans un courant particulièrement fécond de l'histoire de la médecine, cherchant à repenser les enjeux sanitaires en contexte militaire⁷.

Si l'histoire de la santé renseigne le rapport au corps, la lecture croisée des articles nous donne surtout à voir des acteurs : praticiens de la santé, chercheurs mais également militaires dans des sociétés fortement marquées par les préoccupations hygiénistes. Elle mobilise les questions de genre, centrales en la matière, comme nous le rappellent les articles de Sara Legrandjacques et Lissell Quiroz. Elle est aussi très souvent indissociable des questions politiques, mobilisant de manière étroite acteurs privés et publics, non gouvernementaux et gouvernementaux. Les auteurs de ce numéro démontrent notamment de manière éclairante comment les formations en santé s'articulent avec des enjeux de politiques publiques et au-delà d'enjeux politiques majeurs. Lissell Quiroz met en lumière la colonialité des savoirs. Céline Paillette et Sara Legrandjacques analysent les défis de la diplomatie sanitaire française et ses limites. Une nouvelle fois, les jeux d'échelle, entre national et international, permettent de repenser l'empire à travers la question de la santé. L'exemple de l'École de médecine de Hanoï en fournit un bel exemple. L'approche par la santé permet également de se pencher sur la diplomatie d'influence, à travers les mobilités étudiantes ou encore autour des projets

⁶ À ce sujet, voir par exemple : David Baronov, *The African Transformation of Western Medicine and the Dynamics of Global Cultural Exchange*, Philadelphie, Temple University Press, 2008 ; Harriet Deacon, Howard Philipps, Elizabeth Von Heyningen, *The Cape Doctor in the Nineteenth Century : A Social History*, Amsterdam, Rodopi, 2004 ; John Iliffe, *East African Doctors: A History of the Modern Profession*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998 ; Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris, CNRS, 1999.

⁷ Voir notamment les travaux de Sophie Delaporte : *Les Médecins de la Grande Guerre, 1914-1918*, Paris, Bayard, 2003. Un retour sur l'historiographie de la médecine de la Première Guerre mondiale est proposé par Sylvain Bertschy : « Guerre, médecine et santé en 14-18 : retour sur un « moment » de l'historiographie », *Lectures sociales de la guerre*, carnet de recherches *Hypothèses*, [en ligne le 28 janvier 2020, consulté le 30 mars 2021] : <https://lsg.hypotheses.org/420>.

de Communauté européenne de la Santé étudiés par Céline Paillette. Elle interroge ce faisant aussi les défis du multilatéralisme qui ont précédé et accompagné la naissance de l’OMS.

Cet aperçu des chantiers de recherche en cours confirme combien l’histoire des relations internationales a à apporter à l’étude de l’histoire de la santé, et inversement. Plus largement, il cherche à confirmer l’importante contribution des sciences sociales à notre compréhension des enjeux très actuels de santé publique.

Naître dans les Andes

Circulation des savoirs obstétricaux et colonialité du savoir
dans le Pérou du XIX^e siècle

LISSELL QUIROZ

Résumé

L'article étudie la formation de l'obstétrique dans le Pérou du XIX^e siècle. Cette spécialité médicale tire ses origines de l'importation des savoirs obstétricaux européens et de leur adaptation à la réalité péruvienne. Ce nouveau modèle est basé sur la colonialité du savoir, qui condamne et poursuit les connaissances tout comme les pratiques sur la naissance préexistantes (autochtones notamment) et impose un autre régime, considéré comme moderne et civilisé, celui de la médecine occidentale.

Mots-clés : Obstétrique – Maternité – Sages-femmes – Colonialité du savoir – Pérou

Abstract

Born in the Andes. Circulation of Obstetrical Knowledge and Coloniality of Knowledge in 19th Century Peru

The article studies the birth of obstetrics in 19th century Peru. This medical specialty was born from the importation of European obstetrical knowledge and its adaptation to the Peruvian reality. This new model is based on the coloniality of knowledge, which condemned and continued pre-existing knowledge and practices on childbirth (indigenous in particular) and imposed another regime, considered modern and civilized, that of Occidental medicine.

Keywords: *Obstetrics – Maternity – Midwifery – Coloniality of Knowledge – Peru*

Au Pérou, l'obstétrique, en tant que branche de la médecine occidentale, naît officiellement en 1826 avec la fondation de la Maternité de Lima¹. Dès la fin du XVIII^e siècle, les médecins péruviens découvrent les travaux des obstétriciens européens reconnus, traduisent et échangent sur leurs productions. Ce faisant, ils élaborent un modèle médical propre et adapté à la réalité locale. Néanmoins, cette formation théorique ne s'accompagne pas d'un développement de la pratique clinique. Ce n'est donc que des décennies plus tard que la discipline obstétrique peut s'institutionnaliser, grâce notamment à l'arrivée au Pérou d'une sage-femme française, Benoîte Pauline Fessel (1792-1837). Formée à la Maternité de Paris, elle participe activement à la création d'une maternité du même type au Pérou et devient la première directrice de cette institution novatrice dans les Amériques qui, à l'instar du modèle parisien, associe un hôpital des accouchées et une école de sages-femmes. Cependant, la Maternité se présente également comme un espace de tensions et de rapports de pouvoir, entre médecins, sages-femmes et parturientes. Longtemps un espace communautaire et féminin, la naissance devient un lieu où la présence et l'autorité des hommes, qu'ils soient médecins ou politiques, s'intensifie.

Cet article se propose d'étudier les circulations de ces savoirs obstétricaux, entre l'Europe et le Pérou, mais aussi entre l'espace hospitalier et celui de la médecine dite traditionnelle. En effet, l'obstétrique, plus que d'autres branches de la médecine, s'est trouvée à la croisée de savoirs et de pratiques diverses. Ainsi, avant l'installation de la Maternité de Lima, la totalité de la population péruvienne naissait à domicile, le plus souvent avec l'assistance de membres de la famille ou de sages-femmes traditionnelles. Ces dernières disposaient d'un savoir-faire considérable qui débordait

¹ Lissell Quiroz est professeure en Études latino-américaines à CY Cergy Paris Université et rattachée au laboratoire AGORA.

du cadre de l'obstétrique *stricto sensu*, les accoucheur/ses étant aussi des guérisseur/ses, des spécialistes de la santé dans sa globalité. De leur côté, les parturientes possédaient un savoir sur leur corps que la science obstétricale moderne n'avait pas pris en considération, voire annihilé. En Études décoloniales on désigne ce phénomène sous le nom de « colonialité du savoir² ».

Cet article envisagera la formation de l'obstétrique péruvienne dans cette perspective, à la fois comme un espace de circulation des savoirs sur la santé des femmes mais aussi comme un lieu d'oppression à trois niveaux : de classe, de race et de genre. La première partie étudiera comment la période des Lumières péruviennes est un moment charnière dans la construction du modèle de naissance contemporain. La deuxième partie abordera plus particulièrement le rôle joué par Benoîte Pauline Fessel dans le développement et l'essor de l'obstétrique péruvienne moderne. La dernière partie s'intéressera quant à elle à l'analyse des savoirs obstétricaux liméniens et à leur diffusion.

Lumières, science et obstétrique

À la fin du XVIII^e siècle, au Pérou comme dans le reste du monde hispanique, la naissance est une affaire domestique, communautaire et principalement féminine. La parturiente est généralement entourée de sa famille et assistée, en cas de besoin, par une matrone, reconnue dans la communauté pour ses compétences³. Les accoucheuses sont les spécialistes de la naissance mais aussi de la santé des femmes et des enfants : elles jouent un rôle central dans la vie sociale, tant rurale qu'urbaine. Nombre d'entre elles sont formées par les plus anciennes mais leur savoir-faire est principalement issu de l'expérience. Elles sont, dans leur grande majorité, des praticiennes qui disposent d'une véritable expertise⁴. La période des Lumières péruviennes – comprise entre 1790 et 1820 – marque la première phase de confrontation entre ces deux approches très distinctes de la santé, l'une se voulant moderne et supérieure à l'autre, considérée comme ancienne et arriérée.

Jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, les médecins du monde hispanique ne s'intéressent pas vraiment à la naissance, perçue comme un moment répétitif et banal. Dans ces conditions, les principales praticiennes de l'accouchement sont les sages-femmes. Celles-ci sont néanmoins placées sous la tutelle des chirurgiens auxquels elles doivent s'adresser en cas de difficulté⁵.

En premier lieu, la période des Lumières est marquée au Pérou, comme dans le reste du monde occidental, par un intérêt croissant pour la naissance et le corps féminin. La monarchie espagnole tente de mieux encadrer l'exercice de l'obstétrique. En 1750, Ferdinand VI ordonne que les corporations médicales (*protomedicatos*) fassent passer des examens théoriques et pratiques aux matrones⁶. Les médecins ont désormais la faculté de délivrer des autorisations d'exercice et le droit de radier les accoucheuses qui n'auraient pas réussi l'examen. Celles-ci sont tenues de présenter des

² Walter D. Mignolo, « Os esplendores e as misérias da "ciência": colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistémica » in Boaventura de Sousa Santos (dir.), *Conhecimento prudente para uma vida decente. "Um discurso sobre as ciências" revisitado*, São Paulo, Cortez Ed., 2004, p. 667-707.

³ Françoise Lestage, *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 79.

⁴ Sur ce sujet, voir : Ministerio de Salud. *El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú*, Lima, s.l., 1999, [consulté le 16/08/15] : <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048355/salvarse.pdf>.

⁵ José R. Jouve Martín, *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race, and Writing in Colonial and Early Republican Peru*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2014.

⁶ Miguel Eugenio Muñoz. *Recopilación de las leyes, pragmáticas reales, decretos y acuerdos del Real Protomedicato. Hecha por encargo del mismo Real Tribunal*, Valencia, Viuda de Antonio Bordázar, 1751, p. 107.

certificats de pureté de sang⁷ et de baptême ainsi qu'une attestation de pratique de deux ans auprès d'un chirurgien ou d'une accoucheuse assermentée⁸.

Parallèlement, le *Protomedicato* espagnol charge le médecin Antonio Medina de rédiger un précis d'instruction pour les accoucheuses. Celui-ci, publié pour la première fois à Madrid en 1750 et réédité en 1785⁹, s'adresse aux médecins et non aux accoucheuses qui, très souvent, sont analphabètes. En dépit de son apparente simplicité – il se présente sous la forme d'un catéchisme –, il est un produit de la culture savante et ne tient pas compte de la connaissance empirique des accoucheuses ni des pratiques périnatales autochtones. Ainsi, il définit le placenta comme « une masse charnue » qui ne sert qu'à transmettre le sang de la mère à l'enfant¹⁰. Cela contraste avec l'importance de cet organe dans les Andes où il est considéré comme l'*alter ego* du fœtus.

Les médecins des Lumières péruviennes reçoivent ces textes ainsi que d'autres publications médicales et s'intéressent de plus en plus à la physiologie féminine. Les publications de la fin du XVIII^e siècle témoignent de cette curiosité scientifique pour le corps féminin. Le *Mercurio Peruano*, principal journal des Lumières péruviennes, publie en 1792 un article où l'auteur s'intéresse à la spécificité du clitoris, terme propre à une taxinomie européenne et inconnue des peuples autochtones¹¹. Ces textes ne se contentent pas d'observer les particularités de l'anatomie féminine mais insistent sur la différence des sexes. Le discours des Lumières participe à la création de l'idée d'« une nature féminine » totalement opposée et subordonnée à celle de l'homme. Les intellectuels péruviens suivent en ce sens leurs confrères européens, français notamment qui, comme Pierre Roussel, soutiennent que la femme est prédisposée par ses caractéristiques physiques à la faiblesse, à la mollesse, à la passivité, et surtout à devenir mère¹². Par ailleurs, la médecine occidentale participe à la catégorisation des groupes sociaux en fonction de critères raciaux. Or dans la racialisation péruvienne, les autochtones sont considérés comme des sauvages qui entravent le progrès du pays.

L'intérêt pour l'obstétrique s'intègre dans un mouvement plus ample de réorganisation des professions médicales dans un contexte de fusion des corporations des médecins et des chirurgiens. Dans un contexte de lutte pour le pouvoir, les médecins hispaniques investissent le domaine de la chirurgie pour mieux l'intégrer dans leur pré carré. C'est le cas de la césarienne. En Europe cette opération mobilise fortement la communauté médicale durant tout le XVIII^e siècle. La césarienne sur femme morte est une pratique qui ne date pas du siècle des Lumières, elle est admise, voire encouragée, depuis l'Antiquité¹³. En raison de sa dangerosité, la pratique est suspendue durant des siècles. Elle réapparaît au cours du XVIII^e siècle parallèlement à l'amélioration des connaissances anatomiques et au progrès des compétences des chirurgiens. Ainsi, à la fin du siècle, Baudelocque (1745-1810), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, rapporte 66 cas de césariennes¹⁴.

Dans l'Amérique hispanique, la pratique de la césarienne est beaucoup plus limitée. Médecins et religieux développent tout d'abord une réflexion théorique, voire théologique, sur la césarienne.

⁷ En Amérique espagnole, les certificats de pureté de sang (*limpieza de sangre*) sont des documents servant à prouver la pureté de race des personnes d'origine européenne.

⁸ Teresa Ortiz Gómez, « Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía », *DYNAMIS. Acta Hist. Med. Sci. Hist. Illus*, n° 16, 1996, p. 118.

⁹ *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear, mandada hacer por el Real Tribunal del Protho-Medicato*, Madrid, Casa de Antonio Delgado, 1785.

¹⁰ *Ibid.*, p. 27-28.

¹¹ « Disertación en que se trata si una muger se puede convertir en hombre » dans Manuel A. Fuentes. *Biblioteca peruana de Historia, Ciencias y Literatura, Antiguo Mercurio Peruano*, T.IX, Lima, Felipe Bailly Ed., 1864, p. 7-8.

¹² Pierre Roussel, *Système physique et moral de la femme*, Paris, Vincent, 1775.

¹³ Mireille Laget, « La césarienne ou la tentation de l'impossible, XVII^e et XVIII^e siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 86-2, 1979, p. 177-189.

¹⁴ *Ibid.*, p. 187.

L'enjeu pour eux est de réussir à baptiser le fœtus avant sa mort. C'est le cas du religieux Francisco González Laguna qui, en 1781, propose un précis sur le sujet. Cependant les opérations sont encore très peu nombreuses. Deux opérations *post mortem* ont lieu à la fin du XVIII^e siècle, l'une à Tucumán (Río de la Plata) en 1794 et l'autre en Nouvelle-Espagne en 1795¹⁵. Quant à la première césarienne sur une femme vivante, elle est l'œuvre du médecin espagnol Alfonso Ruiz Moreno, qui l'effectue au Venezuela en 1820¹⁶. En ce qui concerne le Pérou, les chirurgiens n'ont pas pratiqué de césarienne avant la seconde moitié du XIX^e siècle. Le premier à le faire en 1861 à l'hôpital Santa Ana de Lima, est Camilo Segura¹⁷.

Par ailleurs, les médecins péruviens commencent à prescrire des conseils destinés aux femmes enceintes. Ainsi, dans le *Mercurio Peruano*, José Manuel Valdés (1767-1843) dicte des règles que les femmes doivent suivre durant la grossesse¹⁸. Hipólito Unanue critique quant à lui l'usage des nourrices par l'élite créole, au motif qu'il prive le nouveau-né du lait maternel, « premier aliment qu'offre la Nature à travers les seins des femmes¹⁹ ». Parallèlement, les médecins se lancent dans une campagne de délégitimation des accoucheuses traditionnelles. C'est encore H. Unanue qui résume le mieux la position de la corporation médicale vis-à-vis des matrones :

« [...] Des femmes, ignares et de milieux modestes pour la plupart, se sont emparées de la délicate branche de la chirurgie qui s'occupe des origines de l'humanité, c'est-à-dire des accouchements, dont l'exercice demande la vertu, des qualités et de la science. Le manque de contrôle et le laxisme ont créé une plaie non moins sanglante que la première²⁰. »

La période des Lumières pose donc les bases théoriques de l'obstétrique moderne. Cependant, les médecins butent sur un écueil de taille, à savoir la réticence des femmes à être soignées par des hommes. L'arrivée d'une sage-femme française leur permet de contourner cet obstacle.

Madame Fessel et l'essor de l'obstétrique péruvienne

Benoîte Pauline Cadeau-Fessel – appelée Madame Fessel au Pérou – est née à Lyon en 1792²¹. Elle fait des études de sage-femme à l'Hospice de la Maternité de Paris entre 1816 et 1818²² et se veut la disciple de Marie-Louise Lachapelle (1769-1821), une sage-femme en chef très active et reconnue, qui a joué un rôle capital dans l'organisation et la réputation de l'école²³. Madame Fessel aspirait probablement à occuper la place de Madame Lachapelle mais celle-ci désigne une autre élève pour lui succéder²⁴. À Paris, les ambitions de la sage-femme semblent donc frustrées. A cela

¹⁵ Roberto Uribe Elías, *La invención de la mujer: nacimiento de una escuela médica*, Mexico, Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 75.

¹⁶ Ricardo Arencibia Jorge, « Operación Cesárea: Recuento Histórico », *Rev. salud pública*, 4-2, 2002, p. 175.

¹⁷ Delgado Matallana Gustavo, *Historia de la medicina peruana*, Lima, UNMSM Fondo Editorial, 2000, p. 638.

¹⁸ Eristrato Suadel, « Disertación primera en la que se proponen las reglas que deben observar las mujeres en el tiempo de la preñez », *Mercurio Peruano*, n° 45, 5 juin 1791.

¹⁹ Hipólito Unanue, *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*, Madrid, Imp. de Sancha, 1815.

²⁰ Hipólito Unanue, « Discurso pronunciado en la Real Universidad de Lima el día 21 de noviembre de 1792, al inaugurarse el Anfiteatro Anatómico en el Hospital San Andrés de Lima », dans *Obras científicas y literarias de D. Hipólito Unanue*. Barcelona, Col. Clásicos de la Medicina Peruana, t. 2, 1914, p. 89.

²¹ Lissell Quiroz, « Benoîte Cadeau-Fessel et la naissance de la profession de sage-femme (Pérou, XIX^e siècle) », *Clío. Femmes, Genre, Histoire*, n° 39, 2014, p. 225-247.

²² Benita Paulina Fessel, *Consejos a las mujeres en cinta*, Guadalajara, Oficina de Mariano Rodríguez, 1825, p. III.

²³ *Naître à l'hôpital*, op. cit., p. 127-128.

²⁴ *Naître à l'hôpital*, op. cit., p. 129.

s'ajoute que son mari étant officier de santé, il ne peut pas exercer en dehors de Lyon, sa région d'origine. Le Nouveau Monde leur paraît alors une possibilité à explorer. En 1823, les Fessel quittent la France pour la Nouvelle Orléans. L'idée de la sage-femme était de fonder en Louisiane une maternité sur le modèle de celle de Paris, mais le projet se solde par un échec en raison du climat humide qui ne sied point à la santé fragile de Madame Fessel.

Le couple prend alors la route du Sud et s'installe à Guadalajara (Mexique). En septembre 1824, Benoîte Pauline Fessel présente un projet de création d'une École de sages-femmes au conseil municipal qui le refuse pour des motifs financiers²⁵. Au Mexique, les Fessel ont-ils vent que les hommes des Lumières péruviennes, dont Hipólito Unanue, ont accédé au pouvoir et cherchent à créer des institutions publiques de santé ? Toujours est-il que le couple se retrouve à Lima en 1826. Benoîte Pauline Fessel présente son projet auprès du *Protomedicato* de Lima. Le secrétaire général du Collège des médecins est alors Miguel Tafur (1766-1833), recteur de l'Université de Lima et ami d'Hipólito Unanue. Contrairement à ce qui s'est passé en Amérique du Nord, l'accueil péruvien est beaucoup plus enthousiaste. L'État péruvien accepte la proposition et promulgue en octobre 1826 un décret en faveur de la création de la Maternité de Lima²⁶. La directrice reçoit 1 000 pesos pour aménager et équiper les locaux et la Maternité est dotée d'un budget annuel de 3 600 pesos pris en charge par la Société de bienfaisance de Lima. Par ailleurs, le gouvernement péruvien offre au couple Fessel une prime de 4 000 pesos supplémentaires pour compléter la modeste dotation de la Maternité²⁷.

Comment expliquer l'intérêt des Péruviens pour ce projet ? Après l'indépendance, plusieurs hommes des Lumières, dont Hipólito Unanue, occupent des fonctions politiques importantes. Or l'une de leurs principales préoccupations est la faiblesse démographique du pays. Le Pérou compte 1,6 million d'habitants en 1826. L'intervention de l'État dans le domaine de la maternité apparaît alors comme le meilleur moyen de lutter contre ce que le gouvernement appelle alors le dépeuplement. Et l'un des volets de cette politique consiste à poursuivre la lutte contre les accoucheuses autochtones et afro-péruviennes.

Benoîte Pauline Fessel se présente comme une alliée du gouvernement dans cette lutte. Les médecins pensent profiter de son savoir pour apprendre l'obstétrique. Elle devait former un corps de sages-femmes – discipliné et soumis à l'autorité médicale – devant se substituer progressivement aux accoucheuses autochtones et afro-péruviennes. C'était sans compter avec la capacité d'action de Madame Fessel dont le but était plutôt de créer une maternité et de prendre sa direction à l'instar de Madame Lachapelle. Cependant, elle prend le parti des médecins et participe à la campagne d'infériorisation des sages-femmes empiriques. Elle joue là de son privilège d'Européenne blanche, éduquée et formée à la Maternité de Paris pour se distinguer des accoucheuses péruviennes – appelées péjorativement *recibidoras* – qui sont toutes issues de classes populaires et racisées (c'est-à-dire noires et autochtones) comme elle le souligne :

« Dans la plupart des cas qui font l'objet des observations que je publie, j'ai été sollicitée au secours des parturientes très tard, car les [...] *recibidoras* n'avaient rien prévu ni corrigé, comme il arrive à chaque fois que l'accouchement ne se déroule pas tout seul. Je m'abstiens de les nommer, et j'ai pitié d'elles, car privées de toute instruction, elles sont absolument incapables d'abrèger les douleurs et la durée de l'accouchement, et principalement de savoir comment et quand naître l'innocente créature exposée à périr entre leurs mains²⁸ [...] »

²⁵ Laura Catalina Robles, Luciano Oropeza Sandoval, « Las parteras de Guadalajara en el siglo XIX: el despojo de su arte », *Dynamis*, 27, 2007, p. 237-261.

²⁶ Décret du 10 octobre 1826, « Archivo digital de la legislación en el Perú » [en ligne, consulté le 09/12/20] : <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/LeyesXIX/1826045.pdf>.

²⁷ Miguel Rabí Chara, *El Hospital de la Maternidad de Lima y la Escuela de Obstetras del Perú (1826-1836)*, Lima, Grahuer Ed., 2004, p. 45.

²⁸ Benita Paulina Fessel, *Práctica de partos*, Lima, Imp. de J. Masías, 1830, p. V.

Cette configuration de départ, permet de mieux appréhender les spécificités du système de santé maternel et infantile péruvien. Au centre de celui-ci se trouvent les médecins obstétriciens, formés aux côtés des sages-femmes à la Maternité de Lima. Bien que supérieurs politiquement, ils sont dépendants du savoir-faire des accoucheuses diplômées. Celles-ci bénéficient de l'autorité scientifique que leur confèrent leur formation théorique et leur pratique régulière auprès des femmes en couches. De leur côté, les sages-femmes indigènes sont contraintes à abandonner leurs pratiques et deviennent même des ennemies de la médecine occidentale. Les femmes en âge de procréer sont, quant à elles, sommées d'abandonner les anciennes formes de naître pour adopter celles préconisées par le nouveau modèle de la naissance.

Diffusion des savoirs et des pratiques obstétricales

Formées par Madame Fessel, cinq jeunes femmes prêtent officiellement serment devant le *Protomedicato* en 1833²⁹. Elles ont été recrutées avec soin chez les femmes issues de la petite bourgeoisie péruvienne. La nouvelle profession s'établit sur une sélection qui écarte les femmes issues des milieux populaires, autochtones et afro péruviens. Par ce choix, les autorités valorisent la profession des sages-femmes diplômées qui devient une possibilité de formation supérieure pour les femmes là où l'université leur ferme les portes jusqu'en 1908.

Dans ces conditions, le nombre de sages-femmes issues de la classe moyenne blanche métisse péruvienne croît de manière très régulière pour atteindre 260 en 1902. À la Maternité, elles reçoivent une formation qui affirme leur supériorité scientifique par rapport aux accoucheuses traditionnelles mais aussi face aux médecins. Madame Fessel inculque à ses élèves l'idée que l'accouchement doit rester entre les mains des sages-femmes diplômées. C'est pourquoi elles réfutent les noms de *comadronas*, *matronas* ou *parteras* qui sont les termes génériques en espagnol pour les désigner. Elles préfèrent être qualifiées d'*obstétrices* (néologisme dérivé du latin *obstetrix*). Signe de leur distinction par rapport aux premières accoucheuses et aux médecins, la connaissance de l'anatomie se trouve au cœur de la formation des sages-femmes de Lima.

« Sans vouloir mépriser ni diminuer le mérite d'aucune des personnes qui exercent l'honorable profession médicale à Lima, il serait aisé de prouver que cette ville ne compte pas d'accoucheurs dotés des connaissances qu'exige cette profession, à moins de supposer que l'incertitude, la témérité voire le hasard, puissent suppléer les sages et indispensables préceptes de la théorie appliquée à la saine pratique³⁰. »

En effet, le programme d'études des élèves sages-femmes correspond au cours d'obstétrique des étudiants de la faculté de médecine de Lima, à ceci près qu'elles font en quatre ans ce que les étudiants en médecine font en un an. Les étudiantes suivent même des cours de français pour pouvoir accéder aux ouvrages médicaux rédigés à cette époque principalement dans cette langue³¹. La Maternité de Lima dispose également d'une bibliothèque rassemblant des ouvrages d'obstétriciens reconnus tels que Claude-Martin Gardien, Jean-Louis Baudelocque, Joseph Capuron, Johann Georg Roederer et William Smellie. S'ajoutent à ce corpus les publications des sages-femmes, Marie-Louise Lachapelle et Benoîte Pauline Fessel³².

Comme à la Maternité de Paris, la méthode d'enseignement à Lima associe des aspects traditionnels à d'autres plus novateurs. Elle fait d'abord appel à la mémorisation et à la répétition. Les

²⁹ *Ibid.*, p. 49.

³⁰ Benita Paulina Fessel, *Curso elemental de partos*, op. cit., p. V.

³¹ *Reglamento para el hospicio y Colegio de Maternidad*, Lima, Tipografía Alfaro y Ca., 1865, p. 5.

³² « Expediente de Madame Benita Paulina Cadeau de Fessel seguido en 1836 sobre la venta de sus bienes y libros antes de marcharse a Francia », reproduit in Rabí Chara, op. cit., p. 328.

manuels de Madame Fessel se présentent sous la forme de questions/réponses qui doivent être apprises par cœur. Mais Madame Fessel introduit aussi les démonstrations sur des mannequins et l'utilisation de planches qu'elle fait expressément transporter depuis la France. Elle présente même à ses étudiantes des fœtus conservés dans du formol³³. La clinique constitue l'autre versant de la formation. Dès la première année, les élèves assistent à des accouchements. Durant leur formation, elles prennent en charge entre une quarantaine et une centaine d'accouchements, alors que les hommes n'assistent qu'à une dizaine tout au plus.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la Maternité se transforme : elle n'est plus un centre de charité, elle devient un espace d'expérimentation scientifique. La Maternité de Lima, conçue sur le modèle de celle de Paris, devient dans la deuxième moitié du XIX^e siècle le principal centre obstétrical du Pérou. La Maternité compte un médecin en chef qui ne réside pas sur place et n'est appelé auprès des parturientes qu'en cas de complication. Et ce ne sont pas les médecins qui se trouvent en première ligne dans cette évolution mais plutôt les sages-femmes.

L'institution péruvienne s'érige à son tour en modèle obstétrique régional. Rapidement, la célébrité de Madame Fessel dépasse les frontières du Pérou. Les pays limitrophes se montrent intéressés par l'expérience liménienne. Le gouvernement péruvien reçoit ainsi des demandes provenant de l'Équateur et de la Bolivie pour l'envoi de sages-femmes formées à la Maternité de Lima³⁴. En 1837, le président Andrés de Santa Cruz obtient le départ de Juana Reyes qui a pour mission de diriger l'École d'accouchement de La Paz en Bolivie. De son côté, une autre sage-femme formée à Lima, Cipriana Dueñas, arrive à Quito en 1838 à la demande du président Juan José Flores, avec pour mission d'y organiser une maternité³⁵.

De son côté, l'État péruvien voit dans ces nouvelles recrues les agents de son assise institutionnelle hors de la Maternité. Situées dans la sphère du « *care* », les sages-femmes diplômées semblent plus dociles que les médecins. Elles apparaissent comme les plus à même de prendre soin d'autrui quitte à sacrifier leur vie personnelle. Cette position sociale associée à la pudeur féminine, fait que les femmes en couches les préfèrent aux médecins. Aussi, à partir du milieu du XIX^e siècle, les gouvernements péruviens emploient cette nouvelle profession à la diffusion de l'obstétrique moderne. Elle est mobilisée en tant que vecteur de « civilisation » des autochtones des Andes. Pour les intellectuels liméniens, en effet, les indigènes mettent au monde de manière très « primitive » comme le souligne le juriste Manuel A. Fuentes (1820-1889) en 1867 :

« Nos femmes des Andes accouchent dans les chemins au milieu des rigides et désertes cordillères et aussitôt après elles prennent leurs rejetons, les enveloppent, non pas dans des tissus fins et brodés mais dans de grossiers langes qu'elles mettent sur le dos et poursuivent leur voyage³⁶. »

C'est pourquoi, dès la création de la Maternité de Lima, l'État met en place un système de bourses. L'idée est que les élèves de province – une jeune femme par département – puissent y faire leurs études pour ensuite retourner dans leur région natale. Une fois chez elles, les sages-femmes diplômées pourraient exercer librement leur profession selon le modèle appris à l'École et former elles-mêmes d'autres jeunes filles. Durant cette période, les sages-femmes sont très sollicitées, car les femmes, notamment des milieux aisés, les préfèrent aux matrones et aux médecins. Une fois

³³ *Id.*

³⁴ « Expediente », *op. cit.*

³⁵ Mariana Landázuri Camacho, *Juana Miranda, fundadora de la Maternidad de Quito*, Quito, Banco Central del Ecuador, 2004.

³⁶ Manuel A. Fuentes, *Lima: apuntes históricos, descriptivos y de costumbres*, Lima, Lib. e imp. Moreno, 1925, p. 75-76.

diplômées, plusieurs accoucheuses préfèrent ouvrir des cabinets privés dont elles font la publicité par voie de presse³⁷.

Par conséquent, contrairement aux souhaits des autorités, les sages-femmes ne s'installent pas de manière uniforme sur le territoire péruvien. Elles restent principalement à Lima ou dans les villes proches, au détriment de l'intérieur du pays. Pour pallier cet obstacle, l'État met en place des mesures plus incitatives comme l'atteste le cas de la sage-femme Jacoba Gómez, envoyée à Huánuco en 1866. Salariée aux frais de l'État en tant que professeure d'obstétrique, elle part avec l'obligation d'assister les indigentes et de former quatre jeunes filles désignées par la Société de bienfaisance. L'État prend même en charge ses frais de transport et d'installation pour être sûr qu'elle se rende à Huánuco³⁸.

Une autre mesure pour diffuser l'obstétrique moderne dans le pays est la création de nouveaux centres de formation. En 1863, deux facultés de médecine sont créées à Cuzco et Arequipa. Elles s'accompagnent de l'ouverture de deux Écoles d'obstétrique, une pour chaque ville. L'État désigne deux anciennes élèves de la Maternité de Lima, originaires de la côte nord du Pérou et âgées toutes les deux de 26 ans, pour enseigner dans ces écoles de province³⁹.

Mais la concentration de l'offre médicale dans la capitale laisse plutôt penser que ces mesures seront peu efficaces. Les écoles du sud du pays ne parviennent pas à se développer et finissent par fermer. Tous les médecins péruviens du XIX^e siècle et la majorité des sages-femmes diplômées résident à Lima, enracinant une différenciation forte entre les naissances de plus en plus médicalisées dans la capitale et celles en province, dominées par l'accouchement traditionnel.

En somme, l'histoire de l'essor et du développement de l'obstétrique péruvienne est une illustration de la colonialité du savoir. En effet, contrairement à d'autres espaces de savoir, comme la langue ou la spiritualité poursuivies dans les Amériques dès la conquête européenne, l'accouchement s'était maintenu hors du champ du pouvoir colonial. Les savoir-faire et les pratiques non occidentales s'étaient donc perpétués même s'ils faisaient l'objet d'un regard négatif. Cette situation change à partir de l'époque des Lumières. Désormais, les intellectuels s'intéressent de plus en plus au corps humain et tout particulièrement à celui des femmes. De leur côté, les médecins n'ont cessé d'accroître le périmètre de leurs fonctions sur celles-ci, à commencer par la grossesse et l'accouchement. Or leur compétence en matière de périnatalité étant sommaire voire inexistante, leur prise de pouvoir passe donc par un processus d'appropriation de savoirs venus d'Europe mais aussi de celui des sages-femmes et des parturientes elles-mêmes. Le savoir de ces dernières est totalement délégitimé, voire poursuivi comme dans le cas de Dorotea Salguero. Comme elle, les spécialistes de la médecine populaire ont été durement combattus. Quant aux parturientes, surtout les plus pauvres et vulnérables, elles perdent leur capacité d'action, déjà sommaire, lors de ce moment central dans la vie d'une mère et de son bébé. D'accoucheuses, elles deviennent des « accouchées ».

³⁷ *El Comercio*, Lima, 14 juin 1839.

³⁸ AGN, Ministerio de Justicia, Beneficencia e Instrucción (RJ), Ramo 3.8: Dirección General de Estudios (1855-1865).

³⁹ Archivo Domingo Angulo, *Expedientes de título (Matrona, Obstetrix)*, caja 4, Facultad de Medicina.

Des carabins pour l'Empire du Milieu L'accueil d'étudiants chinois en médecine à Hanoï, 1902-1930

SARA LEGRANDJACQUES

Résumé

Créée en 1902, l'École de médecine à Hanoï accueille dès 1905 des étudiants chinois. Ce recrutement régional doit participer au rayonnement français en Asie en formant des aides-médecins destinés à une carrière dans leur pays d'origine. Enjeux éducatifs et diplomatiques se mêlent, mobilisant autorités coloniales, impériales et représentants français en Chine. Toutefois, le recrutement de ces « carabins » asiatiques demeure limité jusqu'aux années 1930, souffrant à la fois de concurrences étrangères et des limites d'une formation scientifique « à la française ».

Mots-clés : Étudiants – Médecine – Indochine – Chine – Hanoï.

Abstract

Med Students for China: The Arrival of Chinese Medical Trainees in Hanoi, 1902-1930

Established in 1902, Hanoi school of medicine admitted Chinese students as early as 1905. This regional recruitment aimed at reinforcing French influence over Asia by training medical assistants for institutions located in China. Educational and diplomatic stakes intertwined through the actions of colonial and imperial authorities and diplomatic representatives in China. However, the enrollment of med students remained limited until the 1930s, suffering from foreign competition and from a limited "Frenchified" scientific training.

Keywords: Students – Medicine – Indochina – China – Hanoi.

En février 1908, le consul français en poste dans la ville chinoise de Hoi Hao, actuelle Haikou située au nord de l'île de Hainan, s'adresse au gouverneur général de l'Indochine pour lui annoncer l'arrivée imminente de deux étudiants chinois embarqués sur un vapeur britannique¹. Le diplomate précise qu'il a fourni à chacun des voyageurs une lettre de recommandation afin qu'ils intègrent l'École de médecine de Hanoï². Ces mobilités étudiantes ne sont pas inédites à la fin de la décennie 1900 : des Chinois ont quitté leur terre d'origine dès les lendemains de la guerre sino-japonaise de 1894-1895 pour intégrer des établissements japonais³. L'ouverture de la première école supérieure d'Indochine en 1902 conduit, par la suite, à l'arrivée de jeunes gens originaires de l'Empire du milieu. Par l'intermédiaire des représentants diplomatiques français, ceux-ci répondent à l'offre des autorités coloniales qui ambitionnent d'accueillir des étudiants asiatiques non-indochinois au Tonkin, protectorat septentrional de l'Union indochinoise, où se trouve Hanoï. Former des médecins devient un enjeu régional alors que la France tend à développer son influence en Chine depuis la fin du XIX^e siècle. Cette facette de la diplomatie française en Extrême-Orient a déjà été mise en avant par l'historiographie à travers l'étude des initiatives culturelles et scientifiques telles que la création d'écoles et d'institutions médicales dans les villes ouvertes et les provinces méridionales jouxtant l'Indochine⁴. Cependant, la présence d'étudiants chinois, n'appartenant pas à la diaspora locale⁵, au

¹ Sara Legrandjacques est agrégée d'histoire. Elle termine actuellement une thèse sur les mobilités étudiantes en Asie coloniale (années 1850-1940) à travers une étude croisée de l'Inde britannique et de l'Indochine française sous la direction de Pierre Singaravélou, Centre d'histoire de l'Asie contemporaine (CHAC), Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et UMR Sirice.

² Archives nationales d'outre-mer (ANOM), Gouvernement général de l'Indochine (GGI), dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École de médecine de l'Indochine* : « Courrier du consul de France à Hoi Hao au gouverneur général de l'Indochine (GouGal), 17 février 1908 ».

³ Cf. par exemple : « Chroniques », *Bulletin de l'École française d'Extrême-Orient*, 1906 ; Eric W. Maeder, « Aux origines de la modernisation chinoise : les étudiants chinois au Japon », *Relations internationales*, n° 26, 1981, p. 161-166.

⁴ Voir notamment : Nicole Tixier, « La Chine dans la stratégie impériale : le rôle du Quai d'Orsay et de ses agents », in *L'esprit économique impérial (1830-1970). Groupes de pression & réseaux du patronat colonial*

sein de cette même colonie, a jusqu'ici été peu explorée par les historiens⁶ malgré des sources disponibles, ainsi les fonds du gouvernement général de la colonie conservés dans le centre n° 1 des Archives nationales du Vietnam (ANV1) à Hanoï et aux Archives nationales d'outre-mer (ANOM) à Aix-en-Provence. Fondé sur ces matériaux, cet article se propose d'offrir des pistes de réflexion sur l'enchevêtrement des enjeux liés à la fois à la formation médicale et aux relations internationales en Asie de l'Est et du Sud-Est au début du xx^e siècle : dans quelle mesure l'ouverture de l'enseignement supérieur indochinois aux aspirants-médecins chinois participe-t-elle à renforcer le rayonnement diplomatique français en Extrême-Orient ? En effet, l'accueil de ces étudiants à Hanoï répond à des desseins de diplomatie régionale mais s'avère complexe et irrégulier, révélant les lacunes de l'enseignement français en Asie de l'Est.

L'enseignement médical indochinois : une affaire de diplomatie régionale

Le 8 janvier 1902, un arrêté du gouverneur général de l'Indochine crée la première école supérieure de la colonie, dédiée à la médecine. Cette primauté de l'enseignement médical n'a rien d'inédit dans le contexte des empires coloniaux des xix^e et xx^e siècles : au sein de l'empire français, les écoles de médecine font généralement partie des premières à voir le jour, comme en Algérie en 1857, à Pondichéry⁷ en 1863 ou à Tananarive en 1896⁸. Un même constat peut être fait quant aux possessions britanniques et néerlandaises en Asie, par exemple à Calcutta dès 1835⁹ ou à Batavia en 1851¹⁰. Ces diverses institutions remplissent d'abord une mission locale, en ce qu'elles fournissent un personnel médical formé aux méthodes occidentales à la colonie où elles sont implantées, assistant ou suppléant les praticiens européens. En Indochine, un dessein similaire est annoncé dès 1898 par le gouverneur général Paul Doumer (1897-1902) : selon lui, « l'école [de médecine] indochinoise n'est pas destinée à faire des savants » mais « consistera à former des praticiens ayant une instruction théorique élémentaire, de simples 'officiers de santé'¹¹ ». Cependant, alors qu'une commission d'étude est chargée de réfléchir à l'organisation d'un établissement d'enseignement médical dès le mois de mai 1898, des enjeux à plus petite échelle émergent en parallèle.

Naissance et développement de la section chinoise de l'École de médecine

Aux côtés d'enjeux coloniaux déjà évoqués, des concurrences impériales motivent le gouvernement général de l'Indochine à organiser un enseignement médical à Hanoï. Doumer rappelle que « dans toutes les colonies voisines, des institutions analogues fonctionnent depuis de nombreuses années

en France & dans l'empire, Paris, Société française d'histoire d'outre-mer, 2008 ; Éric Hamaide, « Les relations entre Lyon et la Chine au xix^e siècle », thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, 1999 [disponible en ligne, consultée le 29 mai 2020] : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.1999.hamaide_e&part=7647.

⁵ Voir notamment : Tracy C. Barrett, *The Chinese Diaspora in South-East Asia. The Overseas Chinese in Indochina*, London-New York, I.B. Tauris, 2012.

⁶ Cette présence chinoise a toutefois été évoquée dans les travaux de Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris, L'Harmattan, 1999 ; ou dans la thèse de Hoang Hoàng Văn Tuấn, « L'enseignement supérieur en Indochine (1902-1945) », thèse préparée sous la direction de Jean-Yves Mollier, Université Paris-Saclay – Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2016.

⁷ Un embryon d'école de droit, ne disposant pas de véritables locaux, a également vu le jour au sein du comptoir de Pondichéry en 1838 ; cf. Sara Legrandjacques, « Interconnexions universitaires. Pour une approche transimpériale de l'enseignement supérieur en Asie coloniale, années 1850-1930 », *Cahiers Sirice*, n° 20, 2018, p. 40.

⁸ Pierre Singaravélou, « 'L'enseignement supérieur colonial' ». Un état des lieux », *Histoire de l'Éducation*, n° 122, 2009, p. 29.

⁹ Cécile Deer, *L'empire britannique et l'instruction en Inde (1780-1854)*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 142.

¹⁰ Sara Legrandjacques, « Interconnexions universitaires », *art. cit.*, p. 36.

¹¹ ANOM, GGI, dossier 6 779 : *École de médecine – Création et organisation, 1898-1913*, cité dans Pascale Bezançon, *Une colonisation éducatrice ? L'expérience indochinoise (1860-1945)*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 73.

déjà et semblent avoir donné les meilleurs résultats¹² » tout en soulignant le rayonnement régional de la France en Asie. Ainsi, le choix de la localisation de l'école – transférée de Saïgon, dans le sud de la péninsule, à Hanoï au nord – s'explique, au moins partiellement, par la proximité de la Chine « où s'accroît [l']intervention médicale [française], assurément l'une des formes les plus efficaces et les plus honorables de [...] pénétration¹³ ». Dès lors, le projet éducatif indochinois s'insère dans le contexte du *Break of China*, c'est-à-dire du découpage du vaste territoire chinois en diverses zones d'influence étrangères : en août 1898, la dynastie Qing promet à la France une zone d'influence au sud de la Chine, composée du Yunnan, du Kouangtong et du Kouangsi¹⁴. Au cours des années suivantes, les infrastructures françaises s'y développent, incluant écoles et hôpitaux.

Dès son organisation au tournant du xx^e siècle, l'école supérieure de médecine de Hanoï est associée à ces enjeux régionaux dans l'esprit des autorités françaises en Indochine. Le rayonnement extra-colonial de l'institution est envisagé à travers l'accueil d'étudiants asiatiques non-indochinois qui ne sont, à l'origine, pas nécessairement chinois selon l'article 3 de l'arrêt de fonctionnement du 28 juillet 1902¹⁵. Toutefois, à partir de 1905, seuls des étudiants de l'Empire du milieu sont mentionnés dans les archives¹⁶. Ces arrivées expliquent l'apparition d'une « section chinoise » dès la fin de la décennie¹⁷. L'arrêté du 4 juin 1910 la rend officielle tout en délimitant son champ d'action puisqu'« elle est destinée à fournir des aides médecins pour des établissements sanitaires des consulats français en Chine¹⁸ ». Les diplômés qui en sortent ne peuvent « en aucun cas (...) être autorisés à exercer en Indochine¹⁹ » : si la possibilité d'accéder à des postes indochinois avait été auparavant envisagée²⁰, la nécessité de fournir du personnel médical aux hôpitaux français ouverts en Chine depuis la fin du siècle précédent est désormais mise en avant²¹. La formation médicale se doit d'être utile, non seulement à l'œuvre coloniale au sein de la péninsule indochinoise, mais aussi de manière plus générale à l'impérialisme français en Asie de l'Est. Cependant, malgré ce dessein ambitieux, le gouverneur général Antony Klobukowski (1908-1911) limite les effectifs de la section à une dizaine d'élèves par an, en raison des restrictions budgétaires qui caractérisent sa politique éducative pendant tout son mandat. Ce resserrement quantitatif, critiqué dès les années suivantes, conduit à une nouvelle réforme en 1917, impulsée par le gouverneur général Albert Sarraut (1911-1914 ; 1917-1919²²), à l'origine de la refondation de l'Université indochinoise à Hanoï à laquelle l'École de médecine est intégrée. Cette dernière demeure le principal outil du rayonnement français en Chine jusque dans les années 1930 : l'admission en médecine d'étudiants chinois n'est jamais

¹² Henri Galliard, « Le Docteur Yersin et la fondation de l'École de Médecine de Hanoï », *Annales de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine*, tome IX, 1944, p. 4.

¹³ ANOM, GGI, dossier 6 779 : *École de médecine*, *op. cit.* : « Procès-verbal de la séance du 8 janvier 1902 ».

¹⁴ Nicole Tixier, « La Chine dans la stratégie impériale » *art. cit.*, p. 74.

¹⁵ Archives nationales du Vietnam – Centre n°1 (ANV1), Résident supérieure du Tonkin (RST), dossier 73 417 cité dans Hoàng Văn Tuấn, « L'enseignement supérieur en Indochine » *op. cit.*, p. 126-127.

¹⁶ Il faut attendre la fin des années 1920 pour qu'un dossier concernant l'admission d'un étudiant siamois soit disponible : ANOM, GGI, dossier 44 161 : *Admission à l'École de médecine de l'élève siamois Sathien Khongkeng*.

¹⁷ Les sources ne sont pas toujours claires concernant l'existence de cette section : certaines la mentionnent dès 1908 alors qu'elle ne semble être créée officiellement qu'avec l'arrêté du 4 juin 1910.

¹⁸ ANOM, GGI, dossier 44 137 : *Envoi des étudiants du Setchouan à Hanoi – École de médecine* : « Arrêté du 4 juin 1910 ».

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Par exemple, en février 1908, le ministre des Colonies mentionne dans un courrier au gouverneur général de l'Indochine (GouGal) que des postes pourront être réservés dans les hôpitaux indochinois ou chinois : ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École*, *op. cit.* : « Courrier du ministre des Colonies au GouGal, 25 février 1908 ».

²¹ Nicole Tixier, « La Chine dans la stratégie impériale », *op. cit.*, p. 78.

²² ANOM, GGI, dossier 44 140 : *Admission d'élèves chinois à l'École de médecine à Hanoï* : « Courrier du GouGal au directeur du contrôle financier, 9 juillet 1917 ».

remise en cause alors que les autres écoles supérieures n'intègrent que des auditeurs libres²³.

Une diplomatie des mobilités étudiantes

D'abord destinée à un public « indigène » local, l'École de médecine de Hanoï joue également un rôle à l'échelle régionale dès sa fondation. Si l'accueil d'étudiants chinois est envisagé par les autorités coloniales, aucune sollicitation chinoise ne motive cette offre, qu'elle vienne des populations locales ou des représentants diplomatiques français. Pourtant, il serait faux de limiter cet intérêt – à la fois technique et politique, comme le rappelle Klobukowski lors d'une visite à l'école en 1909²⁴ – à celui des administrateurs en poste en Indochine.

Dès le début du xx^e siècle, les mobilités étudiantes entre la Chine et l'Indochine deviennent une affaire de diplomatie impériale dont témoignent les interventions des ministères des Affaires étrangères et des Colonies. En 1905, ils autorisent le gouverneur général de l'Indochine à réserver des postes dans des hôpitaux français en Chine aux diplômés de l'institution de Hanoï²⁵. L'objectif est clairement énoncé : il faut favoriser « indirectement l'extension de [l']influence [française] en Extrême-Orient²⁶ » et ceci s'inscrit dans la continuité de mesures prises en Chine, telles l'ouverture d'écoles françaises²⁷. Cette influence s'exerce d'abord envers la population chinoise et doit concurrencer celle d'autres puissances étrangères qui, présentes sur le sol chinois, n'hésitent pas à y installer des institutions d'enseignement. En 1917, le directeur de l'École de médecine dénonce ainsi la « suppression » de la section chinoise sous le gouvernement Klobukowski alors que se développaient les écoles anglaises, états-uniennes, japonaises et allemandes en Asie de l'Est²⁸. Ainsi, une université est fondée par les Britanniques en 1911 à Hong Kong. De même, l'Allemagne soutient l'organisation d'une école technique supérieure dans le Shandong²⁹. Enfin, des mobilités académiques se développent à l'échelle régionale et internationale depuis le tournant du siècle, conduisant des jeunes Chinois vers les établissements d'enseignement supérieur japonais principalement, mais aussi européens et états-uniens³⁰.

Par conséquent, les mobilités d'étudiants chinois envisagées dès 1902 s'inscrivent dans un contexte plus large de développement de l'offre éducative et scientifique en Chine, incluant d'ores et déjà des circulations régionales voire transcontinentales. L'initiative indochinoise n'est donc pas déconnectée des mesures entreprises dans le pays voisin et induit des liens avec les représentants français en poste au sein de l'Empire du milieu. Dès mars 1902, le directeur de l'école Alexandre Yersin suggère que des diplomates basés dans le sud de la Chine servent d'intermédiaires, ce que confirme l'arrêté du 28 juillet : « Ces élèves seront choisis par les représentants de la France en Chine ou au Siam qui devront s'assurer que les candidats présentés par eux connaissent suffisamment la langue française et sont aptes à faire avec fruit des études de médecine³¹ ». Tout au long de la période, l'admission de carabins chinois est fondée sur des échanges épistolaires entre autorités indochinoises et

²³ ANOM, GGI, dossier 44 142 : *Admission des jeunes Chinois dans les établissements d'enseignement supérieur*.

²⁴ ANOM, GGI, dossier 44 137 : *Envoi des étudiants du Setchouan*, op. cit. : « Courrier du directeur de l'École de médecine au GouGal, 6 janvier 1909 ».

²⁵ ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École*, op. cit. : « Courrier du ministère des Colonies au GouGal, 1905 ».

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Éric Hamaide, « Les relations entre Lyon et la Chine au XIX^e siècle », thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, 1999, [disponible en ligne, consultée le 29 mai 2020] : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.1999.hamaide_e&part=7647.

²⁸ ANOM, GGI, dossier 44 140 : *Admission d'élèves chinois*, op. cit. : « Courrier du directeur de l'école de médecine au GouGal, non daté [date estimée : printemps 1917] ».

²⁹ François Kreissler, *L'action culturelle allemande en Chine. De la fin du XIX^e siècle à la Seconde Guerre mondiale*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 1989, p. 127-128.

³⁰ Eric W. Maeder, « Aux origines de la modernisation chinoise : les étudiants chinois au Japon », *Relations internationales*, n° 26, 1981, p. 161-166.

³¹ Archives nationales du Vietnam – Centre n°1 (ANV1), Résident supérieure du Tonkin (RST), dossier 73 417 cité dans Hoàng Văn Tuấn, « L'enseignement supérieur en Indochine », op. cit., p. 126-127.

représentants de la France en Chine, qu'ils soient consuls, vice-consuls ou encore délégués du ministère des Affaires étrangères. Cette complémentarité n'est pas nouvelle : les diplomates français en Chine entretiennent des relations avec le gouvernement général de l'Indochine depuis l'instauration du protectorat sur le Tonkin en 1884 et ceux qui sont en poste dans les localités frontalières dépendent directement du chef de la colonie voisine³².

En outre, aucun contact direct avec les autorités chinoises n'apparaît dans les archives. Les demandes émanant directement des étudiants sont très rares tandis que les directeurs d'institutions d'enseignement en Chine, ou tout autre Européen souhaitant recommander un candidat, usent eux aussi du canal diplomatique pour parvenir à leurs fins. Les candidats à la mobilité sont généralement intégrés aux réseaux français en Chine : en août 1909, Ly Koai Tchang bénéficie d'une recommandation du directeur de l'École municipale française de Hankéou³³ tandis qu'en 1924, un moniteur de l'école française de Pakhoi s'adresse au consul local afin d'obtenir une bourse pour l'école de médecine de Hanoi³⁴.

Les défis de la mobilité étudiante régionale

Les autorités françaises en Indochine, soutenues par le gouvernement français et aidées des représentants diplomatiques en Chine, organisent donc un système de recrutement d'étudiants chinois en médecine à partir des premières années du xx^e siècle. Le premier mentionné dans les archives arrive à Hanoi en 1905³⁵ et inaugure une filière de mobilité tant modeste qu'irrégulière, laissant transparaître les lacunes de l'enseignement français en Asie.

Un recrutement limité et irrégulier

Les modalités de recrutement des étudiants chinois sont énoncées dans des textes législatifs émanant du gouvernement général. Des bourses permettent d'assurer leur séjour, en incluant les dépenses liées au voyage, au logement et à l'alimentation en plus d'une indemnité mensuelle³⁶. Ainsi, dès 1904-1905, le premier étudiant chinois admis à l'école de médecine, Wou-Ming-Yi, bénéficie d'une allocation grâce au soutien du délégué du ministère des Affaires étrangères au Yunnan et du directeur de l'École de médecine de Hanoi³⁷. Toutefois, l'arrêté de 1910 met en cause le caractère systématique de ces aides en insistant sur la rigueur de la sélection et le contrôle des recrues : les candidats doivent fournir des certificats d'honorabilité obtenus auprès des autorités françaises ; leurs circulations sont ensuite encadrées et leur voyage est financé sur le budget de la colonie³⁸.

En parallèle, des variations caractérisent le recrutement des carabins chinois au fil de la période. Elles sont d'abord temporelles : si des demandes d'admission sont disponibles pour chaque année entre 1905 et 1910 puis tout aussi régulièrement à partir de 1917, la période 1910-1917 correspond à un creux qui peut s'expliquer par les réformes restrictives entreprises par le gouverneur Klobukowski. En 1912, seuls deux ou trois élèves chinois se forment à la médecine à Hanoi, selon un courrier du directeur de l'école de médecine³⁹.

Des variations géographiques sont également visibles : la section chinoise accueille d'abord des

³² Nicole Tixier, « La Chine dans la stratégie impériale », *op. cit.*, p. 76.

³³ ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École*, *op. cit.* : « Courrier du consul de France à Hankéou au GouGal, 11 août 1909 ».

³⁴ ANOM, GGI, dossier 44 154 : *Demande d'admission à l'École de médecine d'Hanoi formulée par les élèves chinois de Pakhoi, 1924* : « Courrier du gérant du consulat de France à Pakhoi au GouGal, 3 octobre 1924 ».

³⁵ ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École de médecine de Hanoi* : « Courrier du directeur de l'École de médecine au GouGal, 2 août 1905 ».

³⁶ *Ibid.*

³⁷ ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École*, *op. cit.* : « Courrier du directeur de l'École de médecine au GouGal, 2 août 1905 ».

³⁸ ANOM, GGI, dossier 44 137 : *Envoi des étudiants du Setchouan*, *op. cit.* : « Arrêté du 4 juin 1910 ».

³⁹ ANOM, GGI, dossier 44 140 : *Admission d'élèves chinois*, *op. cit.* : « Note du directeur de l'École de médecine, non datée [date estimée : printemps 1917] ».

jeunes gens originaires des territoires méridionaux de la Chine, correspondant à la zone d'influence française où se sont multipliés les postes consulaires et vice-consulaires depuis la fin du XIX^e siècle : Yunnanfou (1885), Pakhoi (1887), Mongtseu (1888), Hankéou (1895), Hoi Hao (1896) ou encore Tchentou (1905⁴⁰). En 1904, le gouverneur général Paul Beau y a fait circuler des informations sur l'institution tonkinoise. En 1917, son successeur Albert Sarraut opte pour une promotion plus large : le consul de France à Canton a ainsi mission de faire traduire et diffuser des informations dans les milieux scolaires et les journaux⁴¹. Celles-ci atteignent également Pékin et Tianjin, au nord de la Chine⁴². De véritables filières de recrutement sont établies à cette période : en septembre 1917, le représentant diplomatique français au Yunnan explique qu'il s'agit de transformer l'école française locale en « école préparatoire des écoles du Tonkin⁴³ » tandis que deux bourses sont réservées aux anciens élèves de l'École de médecine de Tientsin⁴⁴.

Cependant, ces mesures ne doivent pas conduire à surestimer l'ampleur du recrutement : toujours en 1917, les retours des diplomates français sont rarement optimistes⁴⁵. Le consul de France à Canton ne recueille que deux demandes d'admission de la part d'anciens élèves de l'école de médecine de Pakhoi et le chargé du consulat de Foutchéou et Amoy déplore le faible nombre de candidatures reçues. Ses confrères de Longtchéou évoquent un recrutement difficile. Cette frilosité peut s'expliquer par un faible intérêt pour un enseignement à la française, concurrencé par d'autres initiatives, notamment britanniques et japonaises⁴⁶. Enfin, l'établissement médical de Hanoï est parfois considéré comme un pis-aller pour certains étudiants chinois, qui préfèrent poursuivre leur formation au sein de leur territoire d'origine. En 1927, Tchang Nai Fou, Wong Long et Kan Tsé You envisagent de rejoindre Hanoï pour pallier la fermeture annoncée de l'Université Aurore de Shanghai⁴⁷, un établissement jésuite franco-chinois, mais décident finalement de continuer leurs études au sein de cette institution⁴⁸.

Les lacunes de la formation scientifique et francophone

Toutefois, des étudiants chinois arrivent régulièrement à Hanoï au cours des trois premières décennies du XX^e siècle. Dès 1902, il a été précisé que ces recrues doivent connaître la langue française et être aptes à suivre des études de médecine⁴⁹. Par conséquent, les candidats au diplôme sont issus de l'élite éduquée, généralement fils de mandarins ou de commerçants, et ce même si leur formation initiale est parfois considérée comme insuffisante. Dans le Yunnan de la fin des années 1900, la sélection favorise ainsi les assistants en poste dans les hôpitaux plutôt que les élèves des écoles françaises aux résultats jugés peu satisfaisants⁵⁰. Ces précautions doivent permettre d'assurer un retour sur investissement puisque l'accueil de Chinois afin d'en faire des praticiens-agents

⁴⁰ Les dates de création des postes consulaires sont disponibles dans : Nicole Tixier, « La Chine dans la stratégie impériale », *art. cit., passim*.

⁴¹ ANOM, GGI, dossier 44 141 : *Admission de divers élèves à l'Université, 1917* : « Courrier du consul de France à Canton, septembre 1917 ».

⁴² *Ibid*, « Courrier du consul général de France à Tientsin, 1917 ».

⁴³ ANOM, GGI, dossier 44 141 : *Admission de divers élèves, op. cit.* : « Courrier du délégué du ministère des Affaires étrangères au GouGal, 5 septembre 1917 ».

⁴⁴ ANOM, GGI, dossier 44 140 : *Admission d'élèves chinois, op. cit.* : « Courrier du directeur de l'École de médecine au GouGal, non daté [date estimée : printemps 1917] ».

⁴⁵ ANOM, GGI, dossier 44 141 : *Admission de divers élèves, op. cit.*

⁴⁶ ANOM, GGI, dossier 18 241 : *Admission de jeunes Chinois dans les établissements d'enseignement, 1905-1918* : « Courrier du vice-consul à Longtcheou et Nanning au GouGal, 24 juillet 1918 ».

⁴⁷ Sur l'Université Aurore, cf. Steven Pieragastini, « A French University in China? The Forgotten History of Zhendan University (Université Aurore) », *Outre-Mers. Revue d'histoire*, n° 394-395, 2017, p. 85-103.

⁴⁸ ANOM, GGI, dossier 44 158 : *Shanghai – Admission à l'École de médecine des étudiants chinois Tchang Nai Fou, Wong Long et Kan Tsé You, 1927*.

⁴⁹ ANV1, RST, dossier 73 417 cité dans Hoàng Văn Tuấn, « L'enseignement supérieur en Indochine », *op. cit.*, p. 126-127.

⁵⁰ ANOM, GGI, dossier 44 136 : *Élèves chinois à l'École, op. cit.* : « Courrier du consul français en mission à Yunnanfou au GouGal, non daté [date estimée : 1908] ».

d'influence de la France en Extrême-Orient coûte tant en temps qu'en argent.

Or, les limites scientifiques comme linguistiques de la sélection préalable en Chine se font sentir dès les premières années de la section chinoise. En 1908, le consul de France à Hoi Hao souligne que les jeunes gens qu'il envoie ont « encore fortement à travailler la langue française », ceux-ci manquant de pratique⁵¹. Il suggère d'associer formation médicale et apprentissage approfondi du français au cours du séjour à Hanoï. Un an plus tard, le directeur de l'École de médecine dénonce le double problème de la maîtrise linguistique et d'une instruction insuffisante pour suivre des cours supérieurs⁵². Alors que des témoignages similaires se multiplient au cours des années suivantes⁵³, des solutions sont envisagées par les autorités françaises et conduisent à la mise en place d'un examen probatoire au cours des années 1920 constitué d'une composition et d'une dictée en langue française⁵⁴. En octobre, trois étudiants originaires du Sitchuan échouent à cet examen⁵⁵. Deux ans plus tard, l'examen s'est pérennisé, alors fixé au 1^{er} octobre 1924⁵⁶. Si cet examen tend à devenir un passage obligé, ses résultats, souvent décevants, font naître de nouvelles tensions tant il est diplomatiquement délicat de renvoyer des aspirants carabins directement chez eux. Il s'agit plutôt de proposer une mise à niveau aux nouvelles recrues. Surtout, les résultats orientent le parcours des étudiants : en 1924, ils donnent accès soit à la qualité d'auditeur libre à l'École de médecine soit à celle d'externe libre au Collège du Protectorat de Hanoï, où des cours de français sont dispensés⁵⁷.

Alors que la double ouverture d'une université à Hanoï – en 1907 puis en 1917 – reprend le double objectif de formation coloniale et de rayonnement régional annoncé par l'École de médecine, celle-ci demeure la principale institution d'accueil d'étudiants venus de Chine jusque dans les années 1930. Cette dynamique doit compléter les initiatives ancrées dans le territoire chinois mais peine à contrebalancer certaines réalisations locales et étrangères : certains étudiants choisissent de rejoindre des établissements d'enseignement en Europe ou en Amérique du Nord plutôt que la colonie sud-est asiatique. Ainsi, si le développement de l'enseignement supérieur colonial en Indochine intègre des enjeux diplomatiques, son bilan est mitigé. La demande chinoise est réduite et les recrues ne représentent qu'une part infime des effectifs totaux de l'institution médicale. Peu à peu, c'est davantage la diaspora chinoise de la colonie qui s'affirme au sein de la section chinoise de médecine, conduisant à s'interroger sur le rôle de ces éléments diasporiques concernant l'influence française en Asie orientale.

⁵¹ *Ibid.* : « Courrier du consul de France chargé du vice-consulat de Hoi Hao au GouGal, 18 janvier 1908 ».

⁵² ANOM, GGI, dossier 44 137 : *Envoi des étudiants du Setchouan*, *op. cit.* : « Courrier du directeur de l'École de médecine au GouGal, 6 janvier 1909 ».

⁵³ Voir notamment : ANOM, GGI, 44 141 : *Admission de divers élèves*, *op. cit.* : « Courrier du consul de France à Longchéou, 1917 ».

⁵⁴ ANOM, GGI, dossier 44 153 : *Admission à l'École de médecine de Hanoi des élèves Wang Hio Hai, Tchong Chou Lim et Lieou Tse Tcheou, 1922-1924* : « Courrier du GouGal au directeur de l'Instruction publique, janvier 1923 ».

⁵⁵ *Ibid.* : « Courrier du directeur de l'École de médecine au directeur de l'Instruction publique, 6 novembre 1922 ».

⁵⁶ ANOM, GGI, dossier 44 154 :

Demande d'admission à l'École de médecine, *op. cit.* : « Courrier du GouGal l'Indochine au consul de France à Pakhoi, 1924 ».

⁵⁷ ANOM, GGI, dossier 44 154 : *Demande d'admission à l'École de médecine*, *op. cit.* : « Courrier du GouGal au consul de France à Pakhoi, 1924 ».

Encadrer la prostitution dans les territoires occupés par les Allemands

1914-1918

NICOLAS CHARLES

Résumé

Pendant les 50 mois d'occupation du nord de la France, les armées allemandes doivent y gérer la prostitution. Celle-ci demeure autorisée comme avant-guerre mais elle est désormais encadrée par l'armée qui y voit un mal nécessaire. Elle incite les soldats à fréquenter uniquement les prostituées des maisons closes ou celles encartées, travaillant chez elles, avec un permis de travailler délivré par un médecin militaire. L'armée allemande traque les prostituées clandestines, non autorisées à exercer, car elle ne peut vérifier leur bonne santé. L'objectif pour l'armée allemande est d'éviter que de nombreux soldats tombent malades, ce qui pourrait affaiblir le Reich. C'est pour cette raison qu'elle mène en France occupée une politique prophylactique destinée à préserver la santé des soldats.

Mots-clés : Première Guerre mondiale – Occupation – Prostitution – Prophylaxie – Maladies vénériennes.

Abstract

Supervise Prostitution in the French Territories Occupied by Germans between 1914 and 1918

During the 50 months of occupation of the North of France, the German armies must manage prostitution there. This is authorized and supervised by the army, which sees it as a necessary evil. It encourages soldiers to frequent only prostitutes in brothels or those enclosed, working in their homes, with a work permit issued by a military doctor. The German army tracks down clandestine prostitutes, who are not allowed to practice, because they cannot verify their good health. The objective for the German army is to prevent many soldiers from falling ill, which could weaken the Reich. It's for this reason that it conducts in occupied France a prophylactic policy to preserve soldiers' health.

Keywords: First World War – Occupation – Prostitution – Prophylaxis – Venereal Disease.

Dans les dix départements français occupés par les armées de Guillaume II entre 1914 et 1918, de nombreuses femmes tombent amoureuses d'Allemands¹. Elles voient en chacun d'eux l'être aimé ou un moyen d'atténuer leurs souffrances et non pas le soldat ennemi, honni par le reste de la population. Comme le justifie une femme de Lannoy dans le Nord lors d'un interrogatoire de la police à la libération, pour justifier ses actes : « l'amour n'a pas de patrie² ». Le cas le plus célèbre est celui de la carolopolitaine Gabrielle Beurier, maîtresse reconnue du Kronprinz³. Qu'elles soient prostituées ou non, que ce soit par nécessité [alimentaire ?] ou par amour, nombreuses furent celles qui, durant les quatre années de ce conflit, bravèrent un interdit patriotique et se laissèrent aller à des relations intimes avec l'ennemi.

L'objectif de cet article est d'apporter un éclairage sur le phénomène de la prostitution au cours de la Première Guerre mondiale dans les départements occupés, en développant surtout le cas du Nord et des Ardennes qui sont le cadre de notre recherche de doctorat. Comment est organisé le contrôle de la sexualité des soldats allemands par leur État-major en particulier à travers la prostitution qui demeure majoritaire dans les pratiques sexuelles des soldats, et a laissé de nombreuses sources, en particulier administratives⁴. Dans le cadre de cette communication sur l'encadrement des pratiques sexuelles, les relations sexuelles entre des femmes françaises devenues les maîtresses des Allemands, attitude qualifiée plus tard de « collaboration horizontale », ne seront pas étudiées, nous centrerons notre propos sur la prostitution, pratique réglementée et encadrée.

¹ Nicolas Charles est agrégé d'histoire et doctorant à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, affilié à l'UMR SIRICE. Ses recherches portent sur l'occupation du Nord et des Ardennes entre 1914 et 1918. Créateur et animateur du podcast « Histoire en séries » qui met en relation les sciences humaines et l'analyse des séries. Disponible sur toutes les plateformes de podcast et sur YouTube. [en ligne] : <https://www.histoireenseries.com>.

² Archives départementales du Nord (AD du Nord), 9 R 1196, 15 novembre 1918.

³ Titre officiel du fils aîné de Guillaume II, prince héritier de l'Empire allemand.

⁴ Insa Meinen, « La réglementation de la prostitution et des relations sexuelles par les occupants », *Travail, genre et sociétés*, vol. 10, n° 2, 2003, p. 69-82 ; Cyril Olivier, « Préambule : aspects de la prostitution dans la France de l'occupation allemande et de la Révolution Nationale (1940-1944) », *Travail, genre et sociétés*, vol. 10, n° 2, 2003, p. 49-54.

Faire un état des lieux de la prostitution en 1914 dans ces départements permettra de voir s'il survient une rupture dans la pratique prostitutionnelle et donc si une prostitution d'occupation s'est mise en place avec la présence de l'armée allemande ce que nous verrons dans un second temps, tout en décrivant comment celle-ci contrôle de la prostitution. Enfin, dans une dernière partie, nous chercherons à démontrer les différences dans l'approche culturelle du fait prostitutionnel à travers le prisme de la germanisation de ces territoires.

L'état des lieux de la prostitution dans les Ardennes en 1914

L'intérêt porté à la prostitution n'est pas nouveau puisqu'au XIX^e siècle, les contemporains se focalisaient déjà sur les corps et leurs rapports⁵. C'est ce qu'a montré l'historien Alain Corbin dans son ouvrage fondateur en la matière : *les filles de nocces*⁶. Il y étudie le quotidien des prostituées, le fonctionnement de la prostitution, ce qui nous permet, en nous appuyant sur les travaux de Corbin, d'identifier trois types de prostitution en 1914 dans les Ardennes. Cette typologie est encore valable durant l'occupation allemande entre 1914 et 1918.

Les maisons de tolérance

Il s'agit de la prostitution officielle et dûment contrôlée par les autorités. Ces maisons de tolérance sont la plupart du temps tenues par des femmes : les tenancières. Dans les Ardennes en 1914, leur taille varie de 5 à 30 filles⁷. Dans le cadre des maisons closes, les prostituées sont très contrôlées dès le XIX^e siècle en France, ce qui a un coût pour le propriétaire comme le montre une lettre datée de 1910 et adressée par le propriétaire au maire de Charleville : « Pour exercer son commerce, il doit payer 2 fr par visite médicale de pensionnaire et 8 fr par mois à l'agent de police qui accompagne le docteur⁸ ». Il ajoute même : « lorsque j'ai obtenu la tolérance et que M. le maire a fait le règlement de police sur les visites sanitaires, je lui avais fait observer qu'à Sedan, je ne payais qu'1 fr par visite et pas 600 fr de patente et de contributions⁹ ». La maison de tolérance est donc bien légale¹⁰, elle est encadrée par les autorités et comme tous les commerces, elle paie une patente afin de pouvoir travailler. Les autorités réglementent et encadrent fortement ces maisons de tolérance, que ce soit au niveau des redevances ou à celui des contrôles sanitaires (avec cette fameuse visite hebdomadaire). Dans le cadre des maisons de tolérance, les prostituées sont systématiquement qualifiées de « filles soumises » : les autorités les appellent ainsi car elles sont inscrites sur le registre de la tenancière mais aussi sur celui du commissariat de police. Les extraits de naissance de chacune des prostituées sont conservés au commissariat comme pièce d'identité : les filles ne peuvent donc pas disparaître comme elles le veulent et sont soumises à la fois autorités et au proxénète. La durée moyenne d'exercice dans une maison close est dans les Ardennes à cette époque de deux ans. À Charleville et Sedan, villes de garnison, les principales maisons de tolérance sont situées 16 rue de la Gravière et 4 rue d'en Haut, dans le quartier proche de la gare, où les clients sont nombreux (voyageurs, mais surtout soldats). L'activité prostitutionnelle dans les maisons closes est relativement discrète car celles-ci n'ont pas de véritable pignon sur rue et le quartier n'est pas des mieux fréquentés à Charleville mais très encadrée par les autorités.

⁵ Voir aussi [<https://ehne.fr/article/genre-et-europe/la-prostitution-xixe-xxie-siecles/la-prostitution-xixe-xxie-siecles>].

⁶ Alain Corbin, *Les filles de nocces, misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, Aubin, 1979.

⁷ Dans le cadre de la prostitution, le terme « fille » est en général utilisé pour évoquer les prostituées plutôt que « femme » qui renvoie à une femme mariée, ce que ne sont pas l'immense majorité des prostituées. Fille renvoie donc ici à un statut social plutôt qu'à une qualification sur l'âge de la prostituée.

⁸ Jérémy Dupuy, « La prostitution à Charleville au XIX^e siècle », *Revue historique ardennaise*, tome 36, 2003-2004, p. 159-182.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Le statut des maisons-closes est reconnu en France depuis le 12 octobre 1804, date à laquelle le préfet de police de Paris, Dubois, leur donne un statut et crée en même temps l'organe de Police pour les encadrer : la Police des Mœurs.

« Les filles à carte »

Les autorités les appellent ainsi car elles sont, elles aussi, inscrites au commissariat et qu'elles sont donc théoriquement suivies médicalement. Tout comme leurs camarades travaillant dans les maisons de tolérance, elles sont suivies par les autorités, elles disposent d'une carte ou d'un carnet visés : leur activité est donc légale. Mais elles sont plus difficilement contrôlables. En effet, ces prostituées n'ont pas d'endroit spécifique pour exercer leur activité car, paradoxalement, la loi ne les autorise pas à racoler, ni à se servir des cabarets et autres cafés comme lieu d'exercice. Elles doivent normalement recevoir les clients chez elles, ce qui est le moyen le plus fréquent pour s'occuper des clients. Beaucoup ne respectent pas la loi, que ce soient les prostituées en racolant ou certains cabarets dont les serveuses proposent des services plus personnels aux clients. Pour ces prostituées, afin d'éviter des problèmes avec la police, la solution est d'exercer à leur domicile en essayant d'être le plus discrètes possible vis-à-vis du voisinage. La volonté des autorités à l'encontre des « filles à carte » est claire : il s'agit de restreindre leur marge de manœuvre afin qu'elles cessent leur activité ou qu'elles rejoignent une maison de tolérance où l'activité est beaucoup plus réglementée et les filles mieux suivies. Nous le verrons par la suite, les autorités allemandes poursuivent durant l'occupation cette politique vis-à-vis des « filles à carte ».

Les prostituées illégales

C'est la catégorie la moins bien connue et la plus difficile à cerner pour les historiens : ce sont des femmes qui travaillent dans une complète illégalité. Elles ne sont inscrites dans aucun registre et seuls les rapports de police peuvent fournir des informations sur elles lorsqu'elles sont appréhendées et conduites au commissariat pour constater leur situation. Ces femmes occupent très souvent un emploi : elles sont couturières, cloutières, journalières ou blanchisseuses : la prostitution est donc pour elles un complément de salaire, une fin de mois possible en cas de nécessité pour ne pas tomber dans une misère totale. Cette situation déjà alarmante avant-guerre est renforcée par la présence allemande et surtout l'occupation entre 1914 et 1918 qui jette dans la prostitution de nombreuses femmes qui voient là le seul moyen d'arriver à survivre, comme nous le verrons par la suite. Elles peuvent être mariées et prostituées par leur mari qui considère cette activité comme un complément de revenu non négligeable. Cette prostitution clandestine est la principale source d'infection sexuellement transmissible (principalement la syphilis) dans les villes à cette époque. Ainsi, à Charleville, le 8 juin 1902, le maire a été informé par le docteur Duclos qui « soigne actuellement une vingtaine de jeunes hommes de 16 à 20 ans pour syphilis que ces derniers auraient contractée auprès de deux ou trois jeunes filles habitant la Bellevue du Nord et donnant RDV à ces hommes entre 21 et 22 heures au square de la gare pour les emmener ensuite non loin de là dans un troquet¹¹ ». Nous sommes donc au cœur de la prostitution clandestine qui échappe à tout contrôle médical et que les autorités veulent tenter d'éradiquer. Il en est de même sous l'occupation allemande. Ce sont ces prostituées clandestines qui font le plus peur à l'État-major du Reich car elles pourraient transmettre à leurs hommes une épidémie qui affaiblirait les troupes de Guillaume II comme le montrent les extraits du journal de l'armée allemande diffusé dans la région de Lille, le *Lillerkriegszeitung* :

¹¹ *Ibid.*



Couverture du Lillerkriegszeitung, 12 février 1916

Source : Archives départementales du Nord, 74 J 74



Extrait du Lillerkriegszeitung, 11 mars 1916

Source : Archives départementales du Nord, 74 J 75

La mise en place du système de contrôle de la prostitution par les Allemands dans les territoires occupés.

Quelle est l'attitude des autorités allemandes face à l'organisation de la prostitution dans les territoires français qu'ils occupent depuis la fin de l'été 1914 ? Tout d'abord, sur le principe, il y a pour eux, comme pour toute armée en campagne, une nécessité de prostitution. Les officiers mettent en avant que celle-ci semble être un loisir dont dispose le soldat. La présence de près de 2 millions de soldats allemands, en moyenne, dans les territoires occupés, situés à proximité du front, renforce la demande de prostituées. Le Kronprinz lui-même, lorsqu'il réside à Charleville, siège de l'État-major allemand sur le front ouest, fait venir dans ses quartiers¹² des prostituées issues des maisons de tolérance¹³. Pour les Allemands, la prostitution est donc un mal nécessaire qu'il faut contrôler. Ainsi, dans ce but, le 25 septembre 1914 a lieu une rencontre entre les autorités allemandes et les représentants des autorités françaises restés sur place dans les régions envahies. Le 13 octobre, les différentes kommandantur sont chargées de nommer un médecin allemand pour superviser les « visites médicales hebdomadaires auxquelles sont soumises les filles publiques ». Par manque de médecins civils, mais aussi par volonté de contrôle accru du fait prostitutionnel par l'armée, ce sont les médecins militaires allemands qui s'en chargent. Ainsi, les archives du Nord disposent encore de nombreuses listes de prostituées et de leur passage régulier à ces visites hebdomadaires qui se déroulent la plupart du temps dans les hôpitaux. Les Allemands n'inventent rien, ils prennent simplement le relais de la réglementation française d'avant-guerre et l'appliquent de la même façon (c'est d'ailleurs aussi le même fonctionnement outre-Rhin) comme l'attestent les certifications médicales établies par les autorités d'occupation. Afin de juguler les épidémies, une véritable politique prophylactique est mise en place par les occupants. La base en est le règlement reproduit par l'affiche suivante qui date du 20 août 1916 :



Affiche allemande présentant le règlement du contrôle sanitaire des prostituées

Source : Archives départementales des Ardennes, 22 Fi 52

¹² Situé au château Bel-Air, sur les hauteurs de la ville

¹³ Jacques Lambert (dir.), *Occupations, Besatzungszeiten, La France (1914-1918) et la Rhénanie (1918-1930)*, Charleville-Mézières, Terres Ardennaises, 2007, p. 173.

« Camarades ! Toute personne de sexe féminin qui s'adonne à la prostitution légale à Charleville-Mézières est soumise au contrôle sanitaire, c'est-à-dire qu'elle a été examinée par les médecins de l'armée. Exigez donc qu'elle vous montre la carte de contrôle avec la date de l'examen médical passé. Évitez de fréquenter toute personne de sexe féminin qui n'est pas en mesure de montrer sa carte de contrôle et qui, de ce fait, n'a pas pu passer de visite médicale. Utilisez les moyens de protection mis à votre disposition gratuitement qui vous protégeront des maladies vénériennes et qui sont disponibles à tous moments, de jour comme de nuit, gare de Charleville, dans l'unité sanitaire. »

Ce règlement est assez bref, mais il montre la volonté germanique d'encadrer la prostitution assimilée à ce que les autorités allemandes nomment elles-mêmes, un mal nécessaire. Celui-ci est divisé en 2 parties : la première montre aux soldats que la prostitution est une activité encadrée et contrôlée par l'armée allemande. La seconde concerne les « filles à carte » et celles fréquentant les maisons de tolérance : cela prouve que le système français d'avant-guerre perdure durant l'occupation ennemie. Dans la dernière partie de ce document apparaît la méfiance de l'État-major allemand vis-à-vis des maladies vénériennes. Nous pouvons voir que l'armée allemande a mis en place à la gare, lieu central pour les soldats, mais aussi situé à proximité de plusieurs maisons closes carolopolitaines (que l'on retrouve rue de la Gravière) un centre sanitaire qui distribue à la discrétion des soldats de moyens de contraception destinés ici surtout à éviter la propagation de maladies vénériennes. Plusieurs types de mesures prophylactiques à destination des soldats sont alors mis en place par l'État-major comme le montrent les documents suivants.

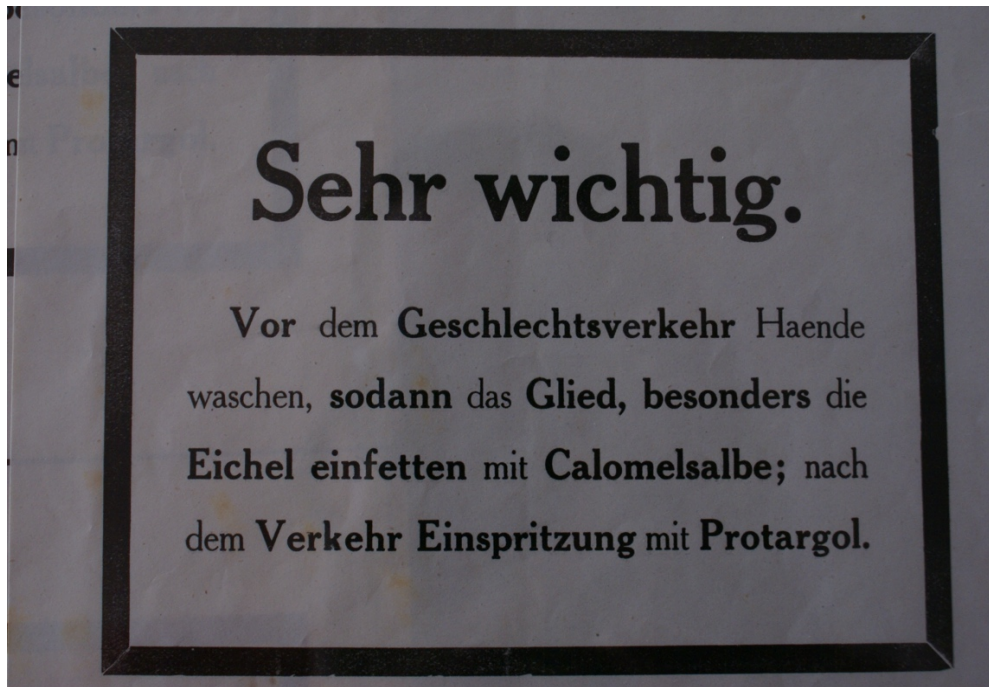


Affiche allemande de prévention des maladies vénériennes

Source : Archives départementales des Ardennes, 22 Fi 9

Cette affiche¹⁴ qui met en avant la politique prophylactique de l'armée allemande, apposée obligatoirement dans toutes les maisons closes, à l'attention des soldats qui les fréquentent, annonce clairement la nécessité de se protéger pour éviter les IST. Il est écrit :

« Attention ! 1 boîte Viro. 1 Condom, sont mis gratuitement à disposition par la propriétaire de cette maison de tolérance. Il est vivement conseillé d'utiliser ces moyens de protection. Toute personne qui n'utilise pas de moyen de protection court le danger de contracter une maladie vénérienne ».



Affiche informative allemande

Source : Archives départementales des Ardennes, 22 Fi 9

L'autre document est une affiche informative, élaborée par les médecins militaires allemands, à destination des soldats, qui explique la marche à suivre avant les rapports sexuels avec les prostituées pour éviter de contracter une IST. Il est écrit : « Très important. Avant un apport sexuel, se laver les mains, ensuite le membre, il faut particulièrement lubrifier le gland avec de la pommade au Calomel ; après le rapport, faire une injection préventive de Protargol¹⁵ ».

Nous le voyons, ces deux affiches sont directement destinées aux soldats allemands car, contrairement aux avis destinés à la population française, elles ne sont qu'en allemand. Elles présentent des recommandations à suivre pour éviter toute IST. Ces affiches sont placardées un peu partout, dans les casernes et surtout les maisons closes car la peur du « péril vénérien » hante les généraux allemands : ils multiplient donc les règlements et les avertissements à destination de leurs soldats pour éviter un affaiblissement de leur armée.

Avec les contrôles hebdomadaires qu'exercent les médecins militaires allemands, de nombreuses prostituées sont ainsi dépistées. Si elles sont diagnostiquées atteintes d'une IST, elles ne peuvent plus exercer et sont envoyées dans des dispensaires où elles sont éloignées des soldats et isolées afin d'éviter la propagation des maladies. Ainsi, à Lille, quatre dispensaires¹⁶ accueillent ainsi des Françaises tombées malades à la suite de leur activité sexuelle tarifée avec les occupants. À Charleville, l'hôpital accueille lui aussi des femmes malades¹⁷. Après avoir étudié les registres de plusieurs dispensaires identiques aux archives du Nord et des Ardennes durant la période, nous pouvons affirmer qu'environ 15 % des prostituées

¹⁴ Archives départementales des Ardennes, 22 Fi 9.

¹⁵ Le Protargol est un antiseptique et un anti-inflammatoire.

¹⁶ Archives Départementales du Nord, 9 R 589.

¹⁷ Archives municipales de Charleville-Mézières, 9 R 232.

fréquentant les maisons closes sont malades. Ce chiffre est relativement peu élevé, preuve de la relative efficacité des mesures prophylactiques prises par les autorités allemandes à destination des prostituées et des soldats. Par contre, ce chiffre est beaucoup plus élevé chez les prostituées clandestines. La feldgendarmérie fait, dans tous les territoires occupés, une chasse sans relâche aux prostituées illégales sur lesquelles elle n'a pas de contrôle sanitaire. Elles officient en effet clandestinement, la plupart du temps dans la plus grande pauvreté. Ce sont des femmes qui voient dans la prostitution le seul moyen d'arriver à se procurer une source de revenu dans le cadre de l'occupation où toute l'activité économique est désormais à l'arrêt. Il ne faut pas oublier non plus que beaucoup de ces femmes, avant-guerre, vivaient grâce au travail de leur mari. Parties au front, elles se retrouvent donc seules, sans activité professionnelle pour nourrir leur famille. La prostitution clandestine est donc souvent due à des difficultés à trouver de la nourriture. Ainsi à Sedan, des soldats allemands écrivent sur leur casernement à la craie blanche la proclamation suivante : « Il y a du pain blanc pour les femmes françaises, comprenez-vous¹⁸ ? ». Cette citation montre bien que, pour une partie des prostituées clandestines, l'activité est clairement tournée vers le fait de trouver un moyen de se nourrir et de nourrir leur famille. Il semble que malgré la présence très importante de soldats allemands, les prostituées autorisées voient leur nombre augmenter, mais faiblement¹⁹ : ce sont les prostituées illégales et occasionnelles qui se développent le plus : c'est une conséquence directe de l'occupation. En effet, les mesures de réquisitions prises par les armées allemandes, combinées au blocus maritime des alliés qui empêche le ravitaillement du Reich font que la famine se fait sentir, à partir de 1916 notamment. Ainsi, de nombreuses femmes, sans ressource, n'ayant que l'aide alimentaire internationale pour survivre se tournent vers la prostitution illégale pour survivre. Comme elles agissent sans autorisation, et donc sans contrôle sanitaire, ce sont aussi elles qui font le plus peur aux autorités allemandes.

Les différences dans l'approche culturelle de la prostitution en temps de guerre à travers le prisme de la germanisation

Pour terminer cette étude, il convient de différencier l'approche culturelle de la prostitution en temps de guerre entre Allemands et Français. L'historien Jean-Yves Le Naour²⁰ rappelle que du côté français, l'État-major prône avant tout l'abstinence. Dans les conférences données aux soldats, la volonté de mettre en avant ce « péril vénérien » est très prégnante. C'est en France que les autorités répètent sans cesse que la prostitution tue plus que la guerre. En France non occupée, les autorités travaillent à partir de 1916 sur une éducation sexuelle du soldat basée avant tout sur la morale chrétienne et donc l'abstinence. L'exemple du préservatif est révélateur : son usage est tout simplement interdit en France au prétexte que sa capacité à protéger les hommes est trop minime. L'abstinence sinon rien. Il s'agit ici d'un discours moraliste destiné à montrer à l'arrière que l'armée française encadre la prostitution.

Du côté allemand, l'approche est complètement différente comme nous l'avons vu : la prostitution est considérée comme un [accompagnement ?] du soldat, nécessaire pour le moral des troupes qui combattent loin de chez elles, dans un pays étranger. Des historiens comme Benoit Majérus qui a étudié la prostitution en Belgique durant la Grande Guerre²¹ vont même jusqu'à parler de réhabilitation de la prostituée puisqu'elle participe, à sa manière, à l'effort de guerre, en distrayant le soldat. Les prostituées françaises doivent donc, qu'elles soient officielles ou clandestines, toutes respecter un code de bonne conduite dans lequel il leur est entre autres interdit de consommer de l'alcool avec leurs clients et d'exiger d'eux plus de 3 Marks pour leur prestation, somme à partager entre elle et leur proxénète.

¹⁸ Jacques Lambert (dir.), *Occupations, Besatzungszeiten, La France (1914-1918) et la Rhénanie (1918-1930)*, Charleville-Mézières, Terres Ardennaises, 2007, p. 174.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Jean-Yves Le Naour, *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre. Les mœurs sexuelles des Français 1914-1918*, Paris, Aubier, 2002.

²¹ Benoit Majerus, « La prostitution à Bruxelles pendant la Grande Guerre : contrôle et pratique », *Crime, Histoire & Sociétés / Crime, History & Societies*, Vol. 7, n° 1, 2003, p. 5-42.

Par conséquent, les autorités militaires allemandes développent tout un discours sur les moyens pour les soldats de se protéger des maladies vénériennes tout en les dotant de préservatifs. La prostitution est donc tolérée et encadrée dans les territoires occupés, directement par l'armée, en charge de la zone des étapes, c'est-à-dire l'arrière-front.

La Grande Guerre s'est aussi jouée sur le terrain médical. Limiter les pertes de soldats, réduire au maximum leur indisponibilité due aux blessures ou aux maladies, telles furent les préoccupations des belligérants qui mirent en œuvre des moyens conséquents pour mener à bien de véritables politiques prophylactiques, souvent bénéfiques pour la santé des soldats. L'armée allemande développe aussi auprès des civils français passés sous son contrôle de nombreuses mesures prophylactiques qui ont pour but d'éviter la contagion lors de certaines maladies comme la dysenterie ou la fièvre typhoïde. Ainsi, ceux qui ne signalent pas des « diarrhées, sécrétions de sang ou humeurs²² » sont passibles de 3 mois de prison ou de 1 000 marks d'amende²³. Dans ce contexte médical hautement important dans les deux camps, les Allemands ont encadré la prostitution dans les territoires français qu'ils occupent entre 1914 et 1918. Ils s'approprient pour cela la réglementation française héritée du XIX^e siècle.

La prostitution dans les régions envahies n'est donc pas profondément modifiée pendant la période de l'occupation : les prostituées autorisées sont souvent des femmes qui ne sont pas originaires du lieu où elles exercent, elles sont souvent de passage (quelques mois, 2 ans maximum le plus souvent). Contrairement aux « Femmes à Boches²⁴ » qui se sont données librement aux Allemands, comment les montrent les travaux sur le Nord de James Connolly²⁵ et surtout d'Emmanuel Debruynne²⁶, les prostituées ne sont pas inquiétées à la fin de la guerre : elles ne sont pas soupçonnées de trahison car les autorités et la population considèrent qu'elles faisaient leur métier. Elles continuent le plus souvent leur activité, en se soumettant aux contrôles médicaux, auprès des armées alliées qui ont libéré leur région.

La particularité de l'occupation allemande dans le domaine de la prostitution se traduit surtout par la politique hygiénique importante reprise par les occupants. Contrairement aux Français à la même époque, elle ne s'encombre pas de préceptes moralisateurs. Au final, cette différence de mise en exergue par l'exemple de la prostitution entre ces deux sociétés ne puiserait-elle pas ses racines depuis le milieu du XIX^e siècle dans le rapport entre le corps et la culture de la France et de l'Allemagne ?

²² Archives Départementales des Ardennes, 21 Fi 48.

²³ *Ibid.*

²⁴ Pour aller plus loin sur cette thématique, voir « Les Boches du Nord : comment les Français voyaient les femmes évacuées des territoires occupés », *Revue ILCEA n°44*, Université de Grenoble, [en ligne le 15 janvier 2019, consulté le 3 décembre 2020] : <http://journals.openedition.org/ilcea/5764>.

²⁵ James Connolly, *En territoire ennemi 1914-1949: Expériences d'occupations, transferts, héritages*, Presses Universitaires du Septentrion, Lille, 2018.

²⁶ Emmanuel Debruynne, « *Femmes à Boches* », *Occupation du corps féminin, dans la France et la Belgique de la Grande Guerre*, Belles Lettres, Paris, 2018.

L'action sanitaire extérieure de la France, 1949-1954

La nostalgie de l'influence, le pragmatisme multilatéral et les Europe(s) de la santé

CELINE PAILLETTE

Résumé

Le 24 septembre 1952, Paul Ribeyre, ministre de la Santé publique et de la population, lança un projet de Communauté européenne de la Santé, rapidement dénommé Pool blanc. Cette incursion du ministre de la Santé publique dans le champ des relations internationales interroge les processus de coordination entre les acteurs multiples d'une action sanitaire extérieure française, à l'œuvre depuis la fin des années 1940 entre nouveaux multilatéralismes et moments européens.

Mots-clés : Diplomatie sanitaire – Santé publique – Communauté européenne de la Santé (Pool Blanc) – Organisation mondiale de la santé (OMS) – Europe.

Abstract

The external health action of France from 1949 to 1954

The nostalgia of influence, multilateral pragmatism and European Health Organization(s)

On 24 September 1952, Paul Ribeyre, Minister of Public Health and Population, launched a European Health Community project, soon to be known as the White Pool. This incursion by the Minister of Public Health into the field of international relations raised questions about the mechanisms of coordination between the multiple stakeholders in French external health action, at work since the end of the 1940s between the new multilateralisms and European moments.

Keywords: Health Diplomacy – Public Health – European Community for Public Health (White Pool) – World Health Organization (WHO) – Europe.

« Les œuvres les plus utiles, a dit Camille Barrère, ne sont pas toujours celles qui font le plus de bruit et provoquent le plus l'attention publique¹. Celle des Puissances réunies sur le terrain sanitaire est une des plus grandes ; elle est l'une des moins connues ; elle n'en est pas moins une des plus fécondes. »

Jacques Parisot, 1951²

En 1952, Paul Ribeyre, ministre de la Santé publique et de la population, prenait une initiative retentissante en matière de relations extérieures en proposant un projet de Communauté européenne de la Santé (CES), organisation supranationale avec mise en commun des ressources et établissement d'un marché commun, selon le modèle de la Communauté du charbon et de l'acier du plan Schuman. En ces temps inquiets d'une Europe écrasée entre les deux blocs, les plus enthousiastes virent dans ce Pool blanc³ une « bombe pacifique⁴ » lancée par la France. Ce projet réunissait deux aires de l'influence française : la construction de l'Europe d'une part ; son engagement en matière de santé publique internationale⁵ d'autre part. Était mobilisé un récit historique standardisé,

¹ Céline Paillette est membre du H2020 InsSciDE, *Inventing a shared Science Diplomacy for Europe* [en ligne] : <https://www.insscide.eu/about/themes/health/>. Elle termine une thèse : « Une diplomatie sanitaire globale. Épidémies et relations franco-britanniques, des années 1870 aux années 1920 », sous la direction de Robert Frank, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

² Archives nationales (AN), 19930242_1, Jacques Parisot, « La France et la défense internationale contre les maladies épidémiques », épreuve pour la préparation d'un numéro spécial du *Cahier français d'informations*, « Un siècle d'union internationale dans la lutte contre les maladies épidémiques, 1851-1951 », 1951.

³ Comme on parlait de Pool vert en matière de projet européen agricole. Gilbert Noël, « Les tentatives de Communauté agricole européenne, 1947-1955 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, t. 26, n° 4, p. 579-611.

⁴ AN 19930242_2, Pierre Theil, « Essai sur le Pool blanc de la santé », 24 octobre 1952, extrait des *Annales de médecine sociale*, 1952, p. 3.

⁵ *Ibid*, p. 4.

faisant appel à l'Europe d'Aristide Briand, trouvant les origines du prestige français dans la première conférence sanitaire internationale, ouverte en 1851 à Paris, et son fleuron dans l'Office international d'hygiène publique de Paris (OIHP), fondé en 1907 et considéré comme un ancêtre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais l'élan s'épuisa rapidement. Quelques mois suffirent pour que le projet de CES s'enlise.

Aujourd'hui, à l'aune de l'épidémie mondiale de SARS-COV2, d'aucuns évoquent une occasion historique manquée pour la protection de la santé publique et pour l'Europe⁶. Des travaux antérieurs ont analysé en termes d'échec le plan Ribeyre, lié tant à l'instabilité ministérielle de la IV^e République, à l'enterrement de la Communauté européenne de défense et de l'Union politique, qu'aux résistances des milieux privés et industriels, en particulier de l'industrie chimique. En 1957, le projet de CES aurait disparu car il aurait été évincé des termes du Traité de Rome⁷. C'est toutefois privilégier un schéma explicatif singulier, mesurant le projet de CES à l'aune de la « réussite » de l'intégration européenne. D'autres Europe(s) de la Santé se construisaient – avec le Comité de santé publique de l'Union occidentale mise en œuvre par le traité de Bruxelles de mars 1948⁸ ; la mise en place d'une organisation régionale pour l'Europe dans le cadre de l'OMS⁹. L'initiative de Paul Ribeyre s'inscrivait dans le tissu déjà épais des relations sanitaires internationales. Le présent article propose de replacer le Pool blanc dans le spectre d'une action sanitaire extérieure qui interroge, dans le cadre national, les processus de coordination entre les acteurs diplomatiques et d'autres acteurs publics et privés engagés dans les relations internationales en matière de santé publique, exprimant l'adaptation des administrations nationales aux processus conjugués de la mondialisation, de la régionalisation et de l'intégration¹⁰. Contribuant à éclairer le poids des enjeux épidémiques et sanitaires dans les relations internationales¹¹, ces recherches s'inscrivent dans un carrefour historiographique où se croisent une histoire de l'Europe comprise dans un espace mondialisé¹² et l'histoire globale de la diplomatie¹³.

Selon cette approche, on examinera le projet de CES lancé par le ministre Paul Ribeyre en regard du fonctionnement et du rôle méconnus du service des relations extérieures (SRE) du ministère de la Santé publique et de la population. En 1946, pour faire face aux besoins générés par la naissance de l'OMS, ce service s'était mis *de facto* en place, avant d'être institutionnalisé en 1949¹⁴. L'exploitation

⁶ Alban Davesne, « Et si la pandémie était l'occasion de ressortir le vieux projet d'Europe de la santé », *L'Express* [en ligne le 23 avril 2020] : https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/et-si-la-pandemie-etait-l-occasion-de-ressortir-le-vieux-projet-d-europe-de-la-sante_2124485.html.

⁷ Christian Bonah, « L'échec de la Communauté européenne de la santé (1948-1957) » in Soraya Boudia, Emmanuel Henry (dir.), *La mondialisation des risques. Une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*, Rennes, PUR, 2015, p. 93-108 ; Alban Davesne Sébastien Guigner, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954). Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de 'pool blanc' », *Politique européenne*, vol. 41, n° 3, 2013, p. 40-63 ; Alban Davesne, « L'Europe de la Santé, une histoire française » in Gaël Coron (dir.), *L'Europe de la Santé. Enjeux et pratiques des politiques publiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, p. 19-40.

⁸ AN 19930242_2, ministère de la Santé publique et de la population (MSPP), relations extérieures (RE), 2580.TB, CC/JF, note pour le Dr Denoix, 28 décembre 1953.

⁹ Leo A. Kaprio, *L'OMS en Europe : quarante années, l'élaboration d'une politique commune de la santé*, OMS Série européenne, n° 40, 1992, p. 1-10 ; AN 19930242_4, RE, 1.338-1.2.2, Lettre du ministre de la Santé publique au ministre des Affaires étrangères, secrétariat des conférences, signé Boidé pour le ministre, 26 juin 1951.

¹⁰ Sur la diplomatie économique et l'action extérieure, Laurence Badel, « Pour une histoire de la diplomatie économique de la France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 90, 2006, p. 169-185 ; Laurence Badel, Stanislas Jeannesson, Piers Ludlow (dir.), *Les administrations nationales et la construction européenne. Une approche historique (1919-1975)*, Bruxelles, Peter Lang, 2005.

¹¹ Céline Paillette, « Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires. Camille Barrère, un itinéraire diplomatique du Caire à l'Office international d'hygiène publique (1883-1926) », *Hypothèses*, n° 17, 2014, p. 129-138.

¹² Éric Bussière, « Régionalisme européen et mondialisation », *Les cahiers Irice*, n° 9, 2012, p. 5-10.

¹³ Laurence Badel, Stanislas Jeannesson, « Introduction. Une histoire globale de la diplomatie ? », *Monde(s)*, n° 5, 2014, p. 6-26.

¹⁴ AN 19930242_1, rapport sur l'activité du bureau des relations extérieures (BRE), brouillon, probablement 1951, p. 4.

des archives de ce service a été complétée avec des papiers du ministère des Affaires étrangères pour identifier les passerelles entre les deux institutions. Au tournant des années 1940-1950, le SRE, gestionnaire des relations extérieures, devait aussi coordonner l'action internationale de la France en matière de santé publique, entre nouveaux multilatéralismes et moments européens.

Le SRE, creuset de l'influence sanitaire internationale

Coordonner l'action extérieure, une condition impérative pour le rayonnement français

Du point de vue du SRE, la date du 26 juillet 1946 qui fondait la naissance de l'OMS et actait la dissolution de l'OIHP¹⁵, avait symbolisé « l'incontestable (et d'ailleurs inévitable !) amoindrissement de l'influence française dans le domaine sanitaire international¹⁶ ». Depuis le début du siècle, l'Office de Paris symbolisait le prestige français en matière de lutte contre les épidémies et de santé publique internationale. Il avait résisté dans les années 1920 à la fondation de l'Organisation d'hygiène de la Société des nations. Encore en 1945, malgré la transformation fondamentale du paysage sanitaire international incarnée notamment par la puissante *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*¹⁷, on avait espéré que le vieil Office devienne « une sorte de Conseil européen¹⁸ » de la future OMS. Mais, cette fois, les efforts du Quai d'Orsay pour sauver l'Office furent vains¹⁹. Du côté du ministère de la Santé publique et de la population, l'enjeu était d'assurer le passage de relais d'une génération d'organisations internationales à une autre et répondre au nombre croissant d'institutions à vocation mondiale ou européenne, intergouvernementales ou privées²⁰ concernées par le champ de la santé publique mondiale comprise désormais selon une approche holistique. En 1951, il revenait au SRE d'établir « les conditions les plus propices à une action cohérente et efficace dans le domaine sanitaire international²¹ ».

Le SRE fut incarné avec continuité par Daniel Boidé, médecin militaire, professeur au Val de Grâce, directeur de l'Hygiène publique et des hôpitaux à partir de 1950, qui eut la charge effective des relations extérieures dès 1948²². Le service répondait à un principe cardinal : « la coordination intérieure, sur le plan national, est la condition première d'une action cohérente sur le plan international²³ ». Concrètement, le service était composé d'une commission consultative et d'un bureau. Présidée par le ministre, la Commission devait réunir les chefs des directions générales, du service central de la pharmacie, les directeurs de l'Institut national d'Hygiène (INH) et de l'École

¹⁵ L'OMS fusionnait en son sein une partie des organisations préexistantes. Marcos Cueto, Theodore M. Brown, Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History, Global Health Histories*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019, p. 34-61.

¹⁶ AN 19930242_1, rapport sur l'activité du BRE, *op. cit.*, p. 1.

¹⁷ Jessica Reinisch, « Internationalism in Relief: The Birth (and Death) of UNRRA », *Past and Present*, vol. 210, n° 1, 2011, p. 258-289.

¹⁸ AMAE, 312, traduction d'un télégramme chiffré, Bonnet, Washington, le 5 avril 1945 à 22h45, reçu le 6 avril à 14h45, n° 2170 à 2172.

¹⁹ Le Quai semble renoncer à l'OIHP quand il fut assuré que le siège de l'Unesco serait établi en France. Iris Borowy, *Coming to terms with World Health, The League of Nations Health Organization 1921-1946*, Francfort, Peter Lang, 2009, p. 437.

²⁰ En plus des organismes dont l'objet principal était la santé publique, il fallait par exemple compter avec l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'Unesco, l'Organisation internationale du travail, l'Organisation internationale des Réfugiés ; les anciennes unions et sociétés internationales privées, contre la tuberculose, le péril vénérien.

²¹ AN 19930242_1, rapport sur l'activité du BRE, *op. cit.*, p. 3.

²² Base Léonore, Daniel Boidé, 19800035/0166/21354, [en ligne] : http://www2.culture.gouv.fr/public/mistral/leonore_fr.

²³ AN 19930242_1, rapport sur l'activité du BRE. *op. cit.*, p. 8.

nationale de Santé²⁴. Certains membres étaient déjà impliqués dans les affaires et les milieux internationaux²⁵. Des personnalités dont l'expérience était reconnue dans les enceintes internationales étaient associées, comme le doyen Parisot, figure éminente de la médecine sociale, ancien président du Comité d'hygiène de la SDN, membre de la Commission préparatoire de l'OMS. L'objectif était le suivant : « l'établissement d'une doctrine raisonnable et cohérente quant à la participation de la France à l'action sanitaire internationale, doctrine grâce à laquelle la France [...] accroîtra dans une large mesure son rayonnement à l'étranger²⁶ ».

S'affirmant comme une « plaque tournante indispensable²⁷ », le SRE appelait à une collaboration étroite avec le ministère des Affaires étrangères²⁸ dont les agents participaient à la Commission et sous le couvert duquel s'établissait la correspondance avec les organismes internationaux²⁹. Les deux départements se concertaient pour la nomination de fonctionnaires et d'experts auprès des organismes internationaux³⁰.

La gestion des relations sanitaires internationales ou les routines de l'influence

Le bureau des relations extérieures (BRE), rattaché au cabinet du ministre de la Santé publique et de la population, assurait l'exécution des décisions prises par ce dernier après avis de la Commission. Le BRE était la cheville ouvrière de la bonne coopération entre les différents ministères, le Quai d'Orsay, mais aussi tous les départements intéressés par la santé publique, de la France d'Outre-mer au Travail. Le Bureau constituait un organe intermédiaire entre les différents services français et les organismes internationaux³¹, s'occupant particulièrement des relations avec l'OMS, le Comité de Santé publique du Traité de Bruxelles et la division des activités sociales de l'ONU³². Le BRE développait ainsi ses activités à l'échelle mondiale et à l'échelle régionale. Le Bureau Europe de l'OMS lançait un programme sanitaire européen en 1952, tout en ambitionnant de chapeauter les initiatives entreprises depuis 1948, dans l'enceinte européenne au sein des différents comités chargés des questions sanitaires de l'Union occidentale ou du Conseil de l'Europe³³. Depuis 1950, le Comité de Santé publique de l'Union occidentale du traité de Bruxelles de mars 1948³⁴ travaillait à l'établissement d'une « zone sanitaire franche³⁵ ». En termes de navigation aérienne, cela signifiait que les cinq pays membres étaient considérés « comme un seul et même territoire », permettant en

²⁴ AN 19930242_1, création et organisation d'un service des relations extérieures (SRE) au ministère de la Santé publique et de la population, arrêté ministériel, paru au *Journal Officiel* des 24-25 octobre 1949.

²⁵ Par exemple, Eugène Aujaleu, directeur de l'Hygiène sociale, Louis Bugnard, directeur de l'INH, siégeaient au conseil d'administration du Centre international de l'enfance aux côtés notamment de Robert Debré, qui en est l'instigateur, et de Ludwik Rajchman, qui fut le directeur médical emblématique de la section d'hygiène de la SdN. Robert Colin, « Création d'un Centre international de l'enfance à Paris », *Population*, n° 1, 1950, p. 199-200 ; Patrice Marcilloux, « La création du Centre international de l'enfance. Dossier d'archives » in Yves Enéchére, Patrice Marcilloux (dir.) *Le Centre international de l'enfance (1949-1997) : Des archives à l'histoire*, Rennes, PUR, 2016.

²⁶ AN 19930242_1, brouillon de note, s.d., anonyme.

²⁷ AN 19930242_1, lettre du ministre de la Santé publique au ministre des Affaires étrangères, secrétariat des conférences, signé Péquignot, 10 août 1950.

²⁸ *Id.*

²⁹ AN 19930242_1, note à M. le Ministre au sujet de la création d'un SRE, s.d., p. 3. Le courrier au départ avec l'OMS passait par le secrétariat des conférences du Quai d'Orsay, note du SRE, réf RE.636, 19 avril 1950.

³⁰ AN 19930242_1, rapport sur l'activité du BRE, *op. cit.*, p. 6.

³¹ AN 19930242_1, document de travail, tableau n° 2, relations extérieures, CC/JF, s.d., p. 6.

³² AN 19930242_1, MSPP, RE, activités du BRE depuis le 1^{er} janvier 1951, CC/JF, s.d.

³³ Leo A. Kaprio, *L'OMS en Europe*, *op. cit.*, p. 11.

³⁴ Traité conclu entre la Belgique, la France, la Grande-Bretagne, le Luxembourg et les Pays-Bas.

³⁵ AN 19930242_2, note sommaire du Comité de santé publique, à l'attention de M. Chauvet, cabinet du maire, s.d.

temps normal d'exempter de formalités sanitaires les aéronefs dont les aéroports de départ et d'arrivée, les escales, étaient situées à l'intérieur de la zone³⁶.

Les agents du BRE géraient la correspondance avec les organisations internationales, collectaient et diffusaient l'information, répondaient aux enquêtes, produisaient des rapports, se heurtaient aux difficultés matérielles de la traduction. Ils participaient aux événements internationaux en préparant les réunions et assistaient les délégations françaises³⁷. Le chef de bureau, l'inspecteur principal de Santé, Lucien Bernard, placé sous l'autorité de Daniel Boidé, occupait une position clé qui rendait nécessaire une adresse télégraphique personnelle, une ligne téléphonique directe ainsi qu'une pièce convenablement meublée afin de recevoir les personnalités étrangères³⁸. Organe de gestion, le BRE était donc aussi un organe d'information, de représentation et de négociation. On peut y saisir le « constant effort d'adaptation de coordination tant sur le plan national que sur le plan international³⁹ » ; on peut y voir de quelles manières les routines administratives nourrissaient concrètement l'influence française auprès des partenaires internationaux.

La nostalgie de l'influence, les limites des moyens

Daniel Boidé défendait une politique de propagande auprès des organismes internationaux⁴⁰. En 1951, alors que l'OMS adoptait son premier règlement sanitaire international, il organisait la célébration de l'influence séculaire de la France dans ce domaine. Une publication réunissant les grands noms évoquait les forces passées et présentes en matière de lutte contre les épidémies depuis 1851 tandis qu'une visite officielle des différentes délégations de l'OMS fut organisée à Marseille. Une station sanitaire modèle y prenait le relais du vieux lazaret du Frioul⁴¹ et la cité phocéenne représentait alors la modernité française en matière de contrôle sanitaire aux frontières⁴².

Mais à l'été 1952, le BRE n'avait toujours pas d'existence autonome, il puisait dans les ressources humaines déjà limitées du bureau de la direction de l'Hygiène publique et des hôpitaux. Sur les quatre personnes présentes, seul un agent supérieur, probablement traductrice, chargée de la réception des étrangers et mobilisée lors des rencontres internationales, se consacrait exclusivement au BRE⁴³. Daniel Boidé plaidait pour disposer de moyens supplémentaires déplorant que le bureau ne puisse pleinement investir certains secteurs de la coopération internationale comme le programme de l'Assistance technique des Nations unies qui offrait un intérêt culturel et des débouchés pour les produits de fabrication française (insecticides, vaccins, antibiotiques⁴⁴, etc.).

À cette date, rien, dans les papiers du SRE que nous avons dépouillés, ne laissait transparaître le projet de Pool blanc qui fut annoncé un mois plus tard par le ministre de la Santé Paul Ribeyre.

Le plan Ribeyre pour une Communauté européenne de la santé

³⁶ AN 19930242_1, Daniel Boidé « La France et les accords régionaux en matière de prophylaxie internationale », numéro spécial des *Cahiers de l'information*, « Un siècle d'union internationale », *op. cit.*, p. 26.

³⁷ AN 19930242_1, création et organisation d'un SRE, *op. cit.*

³⁸ AN 19930242_1, note à M. le Ministre au sujet de la création d'un SRE, p. 5.

³⁹ AN 19930242_1, document de travail, CC/JF, 19 novembre 1951, p. 2.

⁴⁰ AN 19930242_1, 201910 151310, lettre de D. Boidé, au Pr Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, 20 juin 1952.

⁴¹ AN 19930242_1, lettre confidentielle du Dr Boidé au Dr Dorolle, directeur général adjoint de l'OMS, Paris, 14 mars 1951.

⁴² Installations visant à procéder rapidement au contrôle médical des passagers dits suspects, infectés ou contacts, aux éventuelles désinfections et vaccinations – AN 19930242_1, Dr Lembrez, « Marseille, point clé de la défense sanitaire de la Méditerranée occidentale », numéro spécial des *Cahiers de l'information*, « Un siècle d'union », *op. cit.*

⁴³ AN 19930242_1, tableau n° 2, RE, CC/JF, s.d., p. 2.

⁴⁴ AN 19930242_1, note pour le ministre, « Bureau des relations extérieures », LB/JF, 26 août 1952.

Un Pool Blanc à l'effigie du plan Schuman ?

Le 24 septembre 1952, Paul Ribeyre présenta avec le plein accord – selon son chef de cabinet – du président du Conseil, Antoine Pinay et du ministre des Affaires étrangères, Robert Schuman, le projet de Communauté européenne de la santé⁴⁵. Huit jours plus tôt, Daniel Boidé avait disposé de « 48 heures⁴⁶ » pour faire remonter ses commentaires. Il est difficile d'identifier le processus, la stratégie et même l'administration qui œuvrèrent au lancement du projet. Plusieurs hypothèses ont été évoquées : une politique européiste du ministre de la Santé publique ; une stratégie à visée nationale en faveur de la santé publique⁴⁷. Comptait-on au sein du cabinet du ministre provoquer un effet de surprise pour, à l'image du plan Monnet-Schuman⁴⁸, mobiliser favorablement les décideurs, les acteurs publics et privés, mais aussi les opinions publiques ? Les archives consultées n'ont pas permis de trancher la question.

Paul Ribeyre, directeur d'une entreprise familiale d'exploitation de source minérale, à Vals-les-Bains, s'était imposé depuis 1943 dans la vie politique locale ardéchoise. Député « paysan » depuis 1946, ministre de la Santé publique et de la population depuis août 1951, il avait déjà connu trois cabinets depuis sa nomination quand il lança le projet de Communauté européenne de la santé⁴⁹. Citant la déclaration du 9 mai 1950 de Robert Schuman, Paul Ribeyre situait le Pool blanc dans la construction continue d'une Europe fédérale. La CES serait l'une de ces « réalisations concrètes créant d'abord une solidarité de fait⁵⁰ ». Le Pool blanc renforcerait le processus européen en créant un consensus, y compris auprès des peuples, bien plus large que l'économie ou la défense⁵¹. Car, qui refuserait d'œuvrer en faveur d'« un bien précieux entre tous (...) la 'santé⁵²' » ?

Le modèle était la CECA, avec une Haute Autorité supranationale, financièrement indépendante. Par rapport aux organisations préexistantes, le Pool blanc présentait une originalité double : la supranationalité pour surmonter les impasses intergouvernementales, des dimensions régionales restreintes pour répondre aux enjeux propres à l'Europe occidentale. Le principe était celui de l'intégration sectorielle, mais une approche globale de la santé publique prévalait. Aussi parmi les tâches dévolues à la future CES, fallait-il compter la coordination de la protection sanitaire et sociale ; la coordination de la recherche scientifique ; l'harmonisation des normes ; un marché commun des produits pharmaceutiques et des ressources thérapeutiques⁵³.

Si la communication finale était empreinte d'idéalisme européiste au service de la cause universaliste de la santé publique – et réciproquement –, la version initiale soumise à Daniel Boidé s'inspirait bien davantage d'une approche réaliste. Elle insistait de manière plus évidente sur les objectifs économiques – l'augmentation de la productivité par un meilleur état sanitaire – et sur les

⁴⁵ AN 19930242_2, Jean Le Vert, directeur du cabinet du ministre de la Santé publique et de la population, note pour le directeur de l'Hygiène publique et des hôpitaux, Paris, 16 septembre 1952.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Alban Davesne, « L'Europe de la Santé », *op. cit.*

⁴⁸ Voir l'analyse par Pierre Gerbet en 1956 de la genèse du plan Schuman comme « cas particulier d'une décision prise en dehors des milieux diplomatiques », « La genèse du plan Schuman. Des origines à la déclaration du 9 mai 1950 », *Revue française de science politique*, n° 3, 1956, p. 525-553 ; Gérard Bossuat, *L'Europe des Français. La IV^e République aux sources de l'Europe communautaire*, Paris, Éditions de la Sorbonne, 1997, chap. 6.

⁴⁹ Il fut brièvement sous-secrétaire d'État à la santé publique en 1949, base sycomore, [en ligne] : [http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/6722](http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/6722).

⁵⁰ Archives du ministère des Affaires étrangères (AMAE), OMS, 324, communication de M. le Ministre de la Santé publique et de la population sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, au conseil des ministres le 24 septembre 1952, in *Libre Pharmacie*, n° 75, 1952.

⁵¹ Jean Schwoebel, « M. Paul Ribeyre propose un « Pool blanc » de la santé, *Le Monde*, 25 septembre 1952.

⁵² AMAE, OMS, 324, communication de M. le Ministre de la Santé publique, *op. cit.*

⁵³ *Ibid.*

objectifs de défense, avec la préservation de la santé des troupes et des civils et la « sécurité qui résultera d'une organisation de la production et d'une mise en commun des moyens thérapeutiques ». Dans ce domaine, la CES équivaldrait « à l'institution d'une assurance mutuelle⁵⁴ », la santé publique participant ainsi à la sécurité collective.

Rapidement, les propos publics de Paul Ribeyre laissèrent entrevoir une CES s'engageant sur tous les fronts de la santé publique, proposant d'ouvrir le dialogue avec l'Espagne franquiste, la Yougoslavie, les Républiques soviétiques, l'URSS. Certains détracteurs virent ainsi dans le Pool blanc un prétexte « à élargir l'Europe⁵⁵ » et ces imprécisions pouvaient inquiéter les diplomates de carrière.

La mobilisation tardive du SRE

À partir de ce moment, il semble que le cabinet de Paul Ribeyre mobilise les ressources du SRE en vue d'un projet de traité. Daniel Boidé tirait de l'expérience de la CECA des points d'appui indispensables selon lui à l'originalité du projet : une autorité supranationale et une action initiale *limitée*. Au sommet d'une « hiérarchie raisonnée⁵⁶ », la priorité revenait au secteur économique avec la mise en commun de ressources matérielles. Du côté de la direction de l'Hygiène sociale, Eugène Aujaleu, hostile à une ingérence de l'OMS dans les affaires européennes, soulignait tout l'intérêt d'une coopération européenne pour accélérer la recherche thérapeutique autour des maladies professionnelles, des maladies vénériennes et des maladies rares, en mutualisant capitaux, matériel de pointe et personnel compétent. Il entrevoyait aussi la création d'un institut européen de la recherche médicale⁵⁷.

Les acteurs de la santé publique croisaient les intérêts économiques avec ceux de la santé publique. Daniel Boidé préconisait ainsi la mise en commun des matériaux de construction des hôpitaux, des produits textiles (draps, pansements) ou de matériels techniques et biomédicaux ciblés, mais déconseillait d'avancer dans le secteur électro-radioélectrique où les entreprises allemande (Siemens) ou néerlandaise (Philips) prédominaient⁵⁸. Alors que Jean-Marie Louvel, ministre de l'Industrie et du commerce⁵⁹, alertait son homologue de la Santé publique sur les risques encourus par l'industrie chimique et exprimait toutes ses réticences face à un marché commun dans ce secteur⁶⁰, les inquiétudes du secteur économique et professionnel complexe de la pharmacie étaient bien connues du SRE⁶¹.

La CES entre décorum et chasse gardée

La conférence préparatoire au Pool Blanc⁶² ne s'organisa que sur l'insistance répétée de Paul Ribeyre⁶³. Du point de vue des membres influents du Quai, le ministre de la Santé « avait embarqué

⁵⁴ AN 19930242_2, communication du ministre de la santé publique de la population sur la création d'une communauté européenne de la santé publique, document de travail, s.d., p. 7.

⁵⁵ *Franc-Tireur* du 16 octobre 1952, voir aussi *Combat*, 16 octobre 1952, « « La France propose d'étendre le Pool de la santé au-delà du rideau de fer », *Le Monde*, 17 octobre 1952, « L'URSS serait invitée par la France à faire partie de la communauté européenne de la santé » cités par N. Gueuliette-Gavril, *Contribution à l'étude de la communauté européenne de la santé*, thèse pour le doctorat de médecine, s.d., p. 102, AN 19930242_2.

⁵⁶ AN 19930242_2, note pour M. le Ministre, « Communauté européenne de la Santé », DHP 413, 10 octobre 1952.

⁵⁷ AN 19930242_2, propositions suite à la note pour M. le Ministre, « Communauté européenne de la Santé », DHS/2504 EA/AB, 10 octobre 1952, p. 6.

⁵⁸ AN 19930242_2, note pour M. le Ministre, « Communauté européenne de la Santé », DHP 413, 10 octobre 1952.

⁵⁹ AMAE, OMS, 324, lettre de Jean-Marie Louvel, à Paul Ribeyre, 8 novembre 1952.

⁶⁰ AN 19930242_2, copie d'un courrier de la Chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques, 24 octobre 1952.

⁶¹ Sur ces enjeux, voir Boris Hauray, *L'Europe du Médicament. Politique, expertise, intérêts privés*, Paris, Presses de Sciences-Po, 2006.

⁶² Avec les délégations des pays suivants : Autriche, RFA, Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse, Turquie. AMAE, OMS, 324,

très légèrement le département dans ce projet de conférence⁶⁴ ». Il fut décidé de la réduire à un exposé des deux ministres et de renvoyer la question à un comité d'experts, comme cela avait été fait pour le Pool vert⁶⁵. De fait, au salon de l'Horloge du Quai d'Orsay, les 12 et 13 décembre 1952, le décorum fut maintenu. Robert Schuman ouvrit la conférence par un bref discours plaçant le Pool blanc dans une généalogie européenne⁶⁶ ; Paul Ribeyre poursuivit en rendant hommage à l'ambassadeur Camille Barrère, considéré comme l'un des pères fondateurs de l'OIHP, en rappelant l'impératif de *faire* la paix⁶⁷. Des déclarations des délégations étrangères suivirent. Une réunion d'experts fut envisagée pour février 1953 ; elle fut sans cesse reportée⁶⁸.

Quelques jours plus tard, le gouvernement Pinay entraîna dans sa chute Robert Schuman. Paul Ribeyre perdait le ministère de la Santé publique⁶⁹. L'arrivée de Georges Bidault aux Affaires étrangères marqua un basculement de deux ordres. L'un relève d'une réorientation en matière de politique européenne⁷⁰ : le projet de CES perdit ses atours supranationaux et économiques⁷¹ et fut renvoyé au Conseil de l'Europe. L'autre relève de la compétition entre le Quai d'Orsay et le ministère de la Santé publique. L'hostilité des services du ministère des Affaires étrangères s'était manifestée dès septembre 1952, elle se renforça encore sous Georges Bidault :

« Alors que M. Ribeyre avait été considéré par M. le Président Schuman comme le premier animateur du projet, le Quai semble désormais fermement décidé, dans ce domaine, à adopter une politique dans laquelle il interviendrait seul, se bornant à demander des avis techniques par écrit, aux autres ministères⁷². »

Il ne s'agissait pas uniquement d'un revirement en termes de politique étrangère. En renvoyant ces derniers à leurs compétences techniques et à leur expertise, le Quai et ses agents entendaient protéger leur pré carré, en faisant valoir leurs pratiques et savoir-faire en matière de négociations et de représentations, en somme, en matière de diplomatie.

Continuités administratives de l'action extérieure et variations européennes

Cette brève histoire du Pool blanc éclaire ainsi les processus à l'œuvre d'une « structuration durable » des compétitions pour la coordination d'une action sanitaire extérieure⁷³. Elle invite à se saisir des temporalités des différents acteurs, au sein même du ministère de la Santé publique : un SRE investi dans le temps continu et quotidien des relations multilatérales croissantes de l'après-1945 ; le temps de l'administrateur et celui d'un ministre de Santé publique de la IV^e République -

composition des délégations étrangères à la conférence préparatoire de la Communauté européenne de la Santé.

⁶³ AMAE, OMS, 324, secrétariat des conférences, note, « Pool blanc », réunion chez M. Charpentier, avec M. Seydoux, MM. Argot, Peyrefitte, Wormser, Soutou, Valérie, Richard et Mme Labeyrie, Paris, 8 décembre 1952.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ AN 19930242_2, PV de la conférence en vue d'une organisation européenne de la santé, vendredi 12 décembre 1952, 10h, 1^{ère} séance plénière ouverture, sous la présidence de R. Schuman, p. 1.

⁶⁷ *Ibid.*, Paul Ribeyre, p. 16.

⁶⁸ AMAE, OMS, 324, télégramme à l'arrivée de P. Seydoux, direction générale des Affaires politiques, Europe, circulaire n° 168, Paris, 15 décembre 1952.

⁶⁹ Sur la formation du gouvernement René Mayer, cf. Georgette Elgey, *Histoire de la IV^e République. La République des contradictions (1951-1954)*, Paris, Fayard, 1993 (éd. revue et aug.), part. 1, chap. 2, L'intermède. Le bref retour au printemps 1953 de Ribeyre à la Santé publique ne relança pas le projet.

⁷⁰ Georges-Henri Soutou, « Georges Bidault et la construction européenne 1944-1954 », *Revue d'Histoire Diplomatique*, n° 3-4, 1991.

⁷¹ AN 19930242_2, D. Boidé au Dr Van den Berg, 3 novembre 1953.

⁷² *Ibid.*

⁷² *Ibid.*

⁷³ L'expression est empruntée à Brigitte Gaïti, sur la coordination étatique, « Gouverner le Gouvernement : les trajectoires des politiques de coordination gouvernementale en France (1935-2019) », *Revue française d'administration publique*, vol. 71, n° 3, 2019, p. 567.

Daniel Boidé fut pendant 8 ans à la tête du SRE⁷⁴. L'affirmation du Quai d'Orsay sous Georges Bidault comme « tour de contrôle⁷⁵ » de la politique étrangère s'inscrit dans la longue tradition de la difficile coordination interministérielle en matière de santé publique internationale⁷⁶, entre coopération et concurrence, et qui vaut aussi pour d'autres services extérieurs⁷⁷.

À partir de 1953, le projet de Pool blanc s'enlisait-il ou se transformait-il ? Des acteurs privés reprirent le flambeau. La revue de l'Association des étudiants de médecine de Paris publiait un vibrant plaidoyer en faveur d'une organisation européenne de la médecine, de la santé publique et de la recherche. Paul Ribeyre, devenu Garde des Sceaux, y témoignait :

« Lorsqu'en septembre 1952, je décidais, après mûres réflexions de lancer l'idée d'une Communauté européenne de la santé, celle-ci me paraissait non seulement faire partie d'un Tout Européen idéal dont M. Robert Schuman avait avec la Communauté Charbon acier posé une première pierre, mais également s'intégrer dans l'évolution historique de la notion de santé publique. [...] Il est certain qu'en face des nations géantes d'URSS ou des USA, les pays d'Europe morcelés, se trouvent individuellement dépassés en matière de progrès techniques ; et pourtant unis ceux-ci représenteraient 230 millions d'habitants⁷⁸. »

Le Mouvement européen se fit le promoteur d'une « Europe blanche » en collaboration avec l'OMS et le Conseil de l'Europe⁷⁹. Le Comité de santé publique poursuivait son action en matière de contrôle sanitaire tandis que le BRE encourageait Nice à candidater pour devenir le futur siège du Bureau Europe de l'OMS⁸⁰. Les autres Europe(s) de la santé poursuivaient leur construction alors qu'une CES « à la Schuman » était dans l'impasse. L'arrêt de ce projet n'entrava ainsi ni les actions du Quai d'Orsay, ni celles du BRE.

Le Pool blanc reposant sur l'initiative de Paul Ribeyre mérite d'être replacé en regard de l'action de ce dernier en faveur de l'Europe et de la santé publique. Sous la V^e République, Paul Ribeyre perdit son siège de député au retour du Général de Gaulle. Il poursuivait son action politique comme sénateur-maire de Vals-les-Bains, défendant les intérêts locaux du thermalisme, faisant campagne pour Alain Poher⁸¹. En 1970, il lançait un Club européen de la santé visant une mise en œuvre *concrète* de l'Europe de la Santé, engagée sur les questions transfrontalières de l'environnement et des pollutions⁸². Cette Europe de la Santé devrait être fondée sur l'association des secteurs professionnels et des peuples, avec des « implantations régionales et européennes solides » d'où s'inspireront des 'décisions salutaires⁸³ ».

⁷⁴ Il décédait en 1956. À ce moment fut créée la direction générale de la Santé dont E. Aujaleu prit la tête.

⁷⁵ Laurence Badel, « Pour une histoire de la diplomatie économique », *art. cit.*, p. 181.

⁷⁶ Céline Paillette, « Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires », *art. cit.*

⁷⁷ Laurence Badel, Stanislas Jeannesson, Piers Ludlow (dir.), *Les administrations nationales, op. cit.*

⁷⁸ Paul Ribeyre, « Médecine européenne ? médecine d'aujourd'hui », *Problèmes. Association générale des étudiants en médecine de Paris*, juillet-août 1953, n° 9, p. 12.

⁷⁹ AN,19930242_2, Mouvement européen, secrétariat préparatoire à la conférence de Paris, « Conférence de Paris sur les problèmes européens de la santé », courrier arrivé le 10 février 1954 à la direction d'Hygiène sociale du ministère de la Santé publique.

⁸⁰ AN 19930242_4, lettre de D. Boidé au Dr Montus, directeur adjoint du Bureau régional de l'OMS, 23 juillet 1953 (?). (Copenhague l'emporta).

⁸¹ Henri Deligny, « En tournée, avec les deux sortants de l'Ardèche », *Le Monde*, 15 septembre 1971.

⁸² Paul Ribeyre, « Une nécessité impérieuse : l'Europe de la Santé », *Le Monde*, 29 décembre 1970.

⁸³ « Le Club européen de la santé réunit son premier congrès à Paris », *Le Monde*, 20 janvier 1972.

La mobilisation internationale contre la psychiatrie répressive en Union soviétique

Acteurs, lieux, difficultés et succès, années 1960-années 1970

GREGORY DUFAUD

Résumé

En Union soviétique, l'usage de la psychiatrie contre les protestataires à partir des années 1960 suscite la mobilisation de Soviétiques qui dénoncent des violations des droits de l'homme. Leur stratégie consiste à construire une cause sur la scène internationale. L'objectif de cet article est de montrer les actions entreprises contre les internements forcés dans l'espace et le temps, ainsi que la variété des acteurs engagés en différents lieux.

Mots-clés : Union soviétique – Psychiatrie – Répression – Mobilisations collectives – Protestations.

Abstract

International Mobilization against Repressive Psychiatry in the Soviet Union Actors, Places, Difficulties and Successes, 1960s-1970s

In the Soviet Union, the use of psychiatry against protesters from the 1960s onwards led to the mobilization of Soviets who denounced human rights violations. Their strategy was to build a cause on the international scene. The objective of this article is to show the actions undertaken against forced internment in space and time, as well as the variety of actors involved in different places.

Keywords: Soviet Union – Psychiatry – Repression – Collective Mobilizations – Protests.

En Union soviétique¹, à partir des années 1960, la psychiatrie ne doit plus seulement soigner les malades, elle doit aussi participer au maintien de l'ordre politique et social en extrayant les protestataires de la société par le biais de l'internement forcé². Si la psychiatrie a déjà pu être utilisée à des fins répressives sous le tsarisme, la pratique est dorénavant légitimée par les mots du premier dirigeant du pays, Nikita Khrouchtchev, qui affirme le caractère incontestable du système soviétique sinon pour des motifs pathologiques : « Un crime est une déviation par rapport à des valeurs reconnues, généralement provoquée par un désordre mental³ ». La police politique (Comité pour la sécurité de l'État ou KGB) travaille de concert avec des Instituts de psychiatrie légale qui prononcent l'irresponsabilité des individus. En outre, elle dispose d'un réseau d'hôpitaux psychiatriques spéciaux où enfermer les personnes qu'elle veut briser.

Contre pareil emploi de la psychiatrie, des Soviétiques se mobilisent et dénoncent des violations des droits de l'homme. Ils sont réunis au sein du Comité pour la défense des droits de l'homme dont la création est annoncée en novembre 1970 par les académiciens Andreï Sakharov, Andreï TverdoKhlebov et Vassili Tchaldzé. Souhaitant profiter d'une conjoncture internationale marquée par la détente et la dégradation de l'image du pays à l'étranger, ils en appellent à l'Association mondiale de psychiatrie : fondée en 1961, cette institution réunit des sociétés professionnelles nationales en

¹ Grégory Dufaud est maître de conférences HDR à Sciences Po Lyon et affilié au LARHRA.

² Dans l'historiographie, les protestataires ont pu être qualifié abusivement de « dissidents » en reprenant la rhétorique de la Guerre froide et en oubliant qu'ils étaient nombreux à ne pas se penser comme tels. Cécile Vaissé, *Pour votre liberté et pour la nôtre. Le combat des dissidents de Russie*, Paris, Robert Laffont, 1999. Ainsi, le célèbre physicien et activiste des droits de l'homme, Andreï Sakharov refuse l'étiquette de « dissident » (*inakomyshashtchii*) et se revendique « libre penseur » (*vol'nomysliashchii*). Susanne Schattenberg, « Les frontières du dicible. Du dialogue au silence. Les relations d'Andreï Saharov avec Hruščev et Brežnev », *Cahiers du monde russe*, n° 3-4, 2013, p.441-466. Le recours au terme « protestataire » ne vise ici pas à dire qu'il n'y avait pas de « dissidents » : il s'agit de subsumer l'ensemble des profils sans avoir à décider *a priori* qui se définissait comment.

³ Cité par Angela Brintlinger, Ilya Vinitsky (dir.), *Madness and the Mad in Russian Culture*, Toronto, University of Toronto Press, 2007, p. 4.

vue de promouvoir des normes médicales et organiser des congrès mondiaux. Son secrétaire général, Denis Leigh (1915-1998), adopte toutefois une position de neutralité pour maintenir l'unité de l'Association, que les révélations sont susceptibles de fragiliser. Face à l'inaction de Leigh, alors que s'ouvrent en novembre 1972 les consultations préparatoires à la Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe à Helsinki qui posent la question des droits de l'homme, la stratégie de ces militants consiste à construire une cause en documentant les cas d'internement à caractère politique. Ils trouvent des relais en Europe occidentale et en Amérique du Nord, y compris en dehors du monde médical : les mathématiciens français s'impliquent très fortement pour la libération de leurs collègues internés, Léonide Pliouchtch et Iouri Chikhanovitch.

Situé à la croisée des historiographies de la médecine, des protestations et des organisations internationales, ce court article entend montrer le déploiement de la mobilisation contre les internements forcés dans l'espace et le temps, et la variété des acteurs engagés en différents lieux. Si la circulation des informations par-delà le Rideau de fer est ce qui autorise l'internationalisation de cette mobilisation, son succès repose, lui, sur le travail fait par les protagonistes pour construire des preuves toujours plus solides. Si bien que, nonobstant les démentis répétés du gouvernement et des psychiatres soviétiques, la réalité des hospitalisations forcées leur apparaît chaque jour plus difficile à réfuter. Au sein de l'Association mondiale de psychiatrie, les principales sociétés britannique et américaine de psychiatrie – soit le Collège royal des psychiatres et l'Association américaine de psychiatrie – poussent ainsi à condamner les internements forcés. Leur condamnation survient au congrès d'Honolulu en 1977 où l'Association mondiale de psychiatrie se dote d'un comité d'éthique : l'existence des abus médicaux est en effet venue rappeler que les pratiques des médecins pouvaient ne pas correspondre à l'idéologie de la profession⁴.

La psychiatrie légale contre les protestataires

Très tôt après l'annonce d'un *aggiornamento* du système politique et social au XX^e congrès du Parti communiste de l'Union soviétique en février 1956, les limites de ce processus suscitent des mécontentements. Dans les années 1960, pour les contenir, l'un des moyens utilisés par les autorités est de requérir les services des psychiatres légaux. Un recensement a été réalisé par la revue clandestine (en « samizdat », ou autoédition) *Chronique des événements en cours* qui traite des violations des droits civiques et des résistances à leur endroit. Selon elle, 210 personnes sont déclarées irresponsables entre 1962 et 1976, et envoyés en « soins forcés⁵ ». Mais ce nombre est certainement inférieur à la réalité, car portant surtout sur la Russie, et Moscou en particulier. Dans un livre qui a fait date, Sidney Bloch et Peter Reddaway, respectivement psychiatre et politiste, se sont interrogés sur les raisons du recours à la psychiatrie légale. Ils ont formulé l'hypothèse d'une volonté de briser le mouvement naissant des droits civiques sans recourir à des procès autour desquels activistes et protestataires puissent mobiliser. Le KGB y aurait trouvé l'intérêt de ne plus avoir à fabriquer de preuves contre l'accusé⁶.

Les personnes sont internées en hôpital psychiatrique ordinaire ou en hôpital psychiatrique spécial dont la fonction est précisément de recevoir ceux ayant fait l'objet d'une décision de justice. Si des sections spéciales furent mises en place dans les hôpitaux dès le début des années 1920, la création du premier hôpital spécial remonte, elle, aux années 1930, à Kazan. À partir de la fin des

⁴ Dans le texte, la translittération des noms essaie de rendre compte de la manière dont on les prononce en russe. En revanche, dans les notes, la translittération suit les règles de la bibliothèque du Congrès américain.

⁵ A. E. Taras (dir.), *Karatel'naia psikhiaatria: sbornik*, t. 1, Moscou, « Izdatel'stvo AST », 2005, p. 59-65.

⁶ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror. How Soviet Psychiatry Is Used to Suppress Dissent*, New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1977, p. 274-275.

années 1940, d'autres furent construits, accueillant 3 350 personnes en 1970⁷. À l'instar des sections spéciales, ces établissements échappent aux autorités médicales, puisqu'ils se trouvent sous la tutelle du ministère des Affaires intérieures auquel le personnel appartient également. Les internés en hôpital psychiatrique spécial présentent leur expérience comme l'une des pires de leur vie. Ainsi de Léonide Pliouchtch (1939-2015), un mathématicien de l'Institut de cybernétique de Kiev qui, scandalisé par le procès Daniel-Siniavski en février 1966, commence à militer pour les droits civiques. Arrêté par le KGB, déclaré irresponsable, il est envoyé en juillet 1973 dans l'hôpital spécial de Dnipropetrovsk (Ukraine) qu'il décrit comme une prison où les aides-soignants sont des petits criminels, et où le personnel médical punit les patients à l'aide d'injections de soufre ou en augmentant les doses des médicaments. En outre, la direction souffle le chaud et le froid avec les internés⁸.

Le principal rouage des hospitalisations forcées est l'Institut de psychiatrie légale Serbski de Moscou dont le fonctionnement fut dénoncé par une commission d'inspection mise en place en 1956 par le sommet du Parti pour faire droit aux plaintes reçues après la mort de Staline. Outre sa situation marginale vis-à-vis de la psychiatrie générale, le rapport signalait que les expertises étaient faites par son directeur, Alekseï Bouneïev et le responsable du département des expertises, Danil Lounts. Or était-il écrit, cette pratique pose problème en ce que « de nombreux diagnostics sont ajustés aux besoins ». Le rapport se concluait par un appel à une réforme profonde⁹. Mais il fut enterré par Nikolai Chvernik du Bureau politique (Politburo) du Parti communiste et le fonctionnement de l'Institut resta inchangé, si ce n'est que Bouneïev fut remplacé en 1957 par Georgui Morozov sous la direction duquel l'Institut devint une pièce maîtresse de la lutte contre les protestataires.

Toutefois, le milieu de la psychiatrie légale n'est pas monolithique et tous les psychiatres légaux ne sont pas à la botte du KGB. Les diagnostics établis à Serbski peuvent être contestés par d'autres commissions d'expertise. L'illustre le cas de Piotr Grigorenko (1907-1987). Officier multidécoré, vétéran de la Grande Guerre patriotique, il occupe des fonctions académiques à Moscou. Engagé dans une critique virulente de la politique khrouchtchévienne à partir de 1961, il est arrêté trois ans plus tard¹⁰. Transféré à Serbski, la psychiatre chargée de le suivre relève l'importance des « idées réformatrices » chez lui et la haute estime qu'il a de lui. La commission d'expertise, au sein de laquelle Lounts joue le premier rôle, déclare Grigorenko irresponsable pour « troubles psychiques sous la forme d'un développement paranoïaque (déliquant) de la personnalité, avec des phénomènes d'artériosclérose précoce du cerveau ». Il est interné dans l'hôpital spécial de Leningrad où, l'affirme une expertise postérieure, l'état de Grigorenko s'est amélioré¹¹. On ignore si c'est cette contre-expertise qui est à l'origine de sa sortie en avril 1965 ou si c'est plutôt la destitution de Khrouchtchev qui permet aux démarches entreprises par sa femme d'aboutir¹². Grigorenko connaît encore des ennuis avec le régime après avoir pris fait et cause pour les Tatars de Crimée¹³. Arrêté à Tachkent, examiné sur place, les médecins le déclarent sain d'esprit. Les autorités le transfèrent alors à Serbski où une contre-expertise revient sur cette conclusion et confirme l'irresponsabilité de Grigorenko¹⁴.

Au-delà de la psychiatrie légale, le recours à la psychiatrie à des fins répressives suscite l'indignation de psychiatres qui le dénoncent comme ils le peuvent. Au début des années 1970, en Ukraine, le psychiatre Semion Glouzmane, qui n'est pas un protestataire, mais est choqué que ses

⁷ Anatolii Prokopenko, *Bezumnaiia psikhiaetriia. Sekretnye materialy o primenenii v SSSR psikhiaetrii v karatel'nykh tseliakh*, Moscou, « Sovershenno sekretno », 1997 [en ligne, consulté le 6 juillet 2017] : <https://web.archive.org/web/20100219221427/http://h-v-p.boom.ru/book.htm>.

⁸ Cf. ses mémoires, Léonide Pliouchtch, *Dans le carnaval de l'histoire. Mémoires*, Paris, Seuil, 1977.

⁹ A. E. Taras (dir.), *op. cit.*, p. 100-111.

¹⁰ Cf. ses mémoires : Piotr Grigorenko, *Mémoires*, Paris, Presses de la Renaissance, 1980.

¹¹ Archives d'État de la Fédération de Russie (GARF) f. 10055, inv. 3, d. 411, f. 198.

¹² Piotr Grigorenko, *Mémoires*, *op. cit.*, p. 458-463.

¹³ Sur les Tatars de Crimée et leur mobilisation, Grégory Dufaud, *Les Tatars de Crimée et la politique soviétique des nationalités*, Paris, Non Lieu, 2011, p. 287-324.

¹⁴ GARF f. 10055, inv. 3, d. 411, f. 197.

confrères – en particulier Lounts, Juif comme lui – puissent ainsi détourner leurs savoirs et leurs compétences, prépare, en secret, une contre-expertise de Grigorenko grâce aux rapports des commissions d'expertise qu'il a réussi à obtenir et à des entretiens menés auprès de ses proches. Glouzmane le tient pour sain d'esprit et déclare les experts de Serbski incompetents ou menteurs. Il diffuse clandestinement les résultats de son travail. Arrêté à Kiev en mars 1972 par le KGB, il est condamné, à l'issue d'un procès à huis clos, à sept ans de camp à régime sévère puis à trois ans d'exil¹⁵. D'autres psychiatres portent assistance aux internés. C'est le cas de Marina Voïkhanskaïa qui exerce dans un hôpital de Leningrad. En 1973, ayant appris l'internement dans son service de personnes qui ne souffrent d'aucun trouble mental, elle leur rend régulièrement visite, leur apporte livres et cigarettes, et les protège des traitements les plus durs. La direction finit par la menacer de renvoi et ses collègues lui tournent le dos. Intimidée par le KGB pour son investissement dans le mouvement pour les droits civiques, elle parvient à s'exiler en Angleterre en 1975¹⁶.

Les tensions au sein de l'Association mondiale de psychiatrie

Si comme l'ont suggéré Bloch et Reddaway le recours à la psychiatrie était un moyen pour les autorités de réprimer en silence, c'est en réalité le contraire qui se passe. Car les militants des droits de l'homme en appellent à l'Association mondiale de psychiatrie, à laquelle la Société des neuropathologistes et psychiatres de l'Union soviétique a adhéré en 1968¹⁷. Une lettre en provenance de Russie avertit l'Association mondiale des abus psychiatriques en août 1970 et une visite de psychiatres à Leningrad, en septembre, est l'occasion pour eux d'en parler avec leurs collègues soviétiques de manière informelle¹⁸. Sur la foi de présomptions, l'Association canadienne de psychiatrie fustige, dès janvier 1971, l'usage de la psychiatrie « en tant que moyen pour terroriser et déshumaniser toute personne qui est non violente et qui entre en dissidence », et s'engage à continuer à le dénoncer tant qu'il aura cours¹⁹. La gravité des allégations est confirmée en mars, lorsque le Comité international pour la défense des droits de l'homme dévoile, à Paris, les quelque 150 pages de documentation envoyée par l'écrivain et poète Vladimir Boukovski qui, avant d'être emprisonné entre 1967 et 1970 pour raison politique, fut interné en hôpital psychiatrique entre juin 1963 et février 1964 pour l'organisation de rencontres de poésie non autorisées. Outre les copies de six expertises légales, le dossier contient un appel aux psychiatres occidentaux, dans lequel Boukovski sollicite leur jugement sur le bien-fondé des internements subis et demande de mettre la « question » des internements forcés à l'ordre du jour du futur congrès international de Mexico²⁰.

La divulgation du dossier fait grand bruit. À Londres se constitue aussitôt un Groupe de travail sur les internements des dissidents en hôpitaux psychiatriques, avec des psychiatres, des spécialistes de l'Union soviétique et des experts des droits de l'homme. Il traduit les documents, diffuse le texte de Boukovski et requiert l'avis des psychiatres européens. Quarante-quatre d'entre eux planchent sur les documents. Leurs conclusions paraissent en septembre dans *Times* où ils expriment « de sérieux doutes quant à la légitimité d'un traitement obligatoire pour les six personnes concernées, et leur

¹⁵ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, op. cit., p. 235-236 ; entretien à Kiev avec Semion Glouzmane, le 22 juillet 2013.

¹⁶ *Ibid.*, p. 238-239, 458.

¹⁷ En 1973, la société des neuropathologistes et psychiatres comptent plus de 15 000 psychiatres (soit presque huit fois plus qu'en 1936). Andreï Snezhnevskii, « Psikhiatriia », *Bolshaia sovetskaia entsiklopediia*, vol. 21, Moscou, Sovetskaia entsiklopediia, 1975.

¹⁸ GARF f. 8009, inv. 55, d. 129, f. 39.

¹⁹ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, op. cit., p. 79.

²⁰ A. Artemova, L. Rar, M. Slavinskaia (éd.), *Kaznennye sumasshestviem. Sbornik dokumental'nykh materialov o psikhiatricheskikh presledovaniakh inakomyshlichikh v SSSR*, Francfort-sur-le-Main, Posev, 1971, p. 470-471.

détention indéterminée dans les conditions d'un hôpital-prison ». D'après eux, quatre cas ne manifestaient aucun symptôme et les six personnes internées ne l'ont été qu'en raison de leurs actions protestataires. En vue du congrès de Mexico, le Comité pour la défense des droits de l'homme fait publier, à son tour, un texte dans *Times* pour demander aux futurs participants de lancer une enquête sur les droits des individus considérés malades mentaux. Comme il le stipule, « il ne doit pas être oublié que des abus peuvent être pratiqués à titre de méthode de persécution politique, c'est-à-dire que l'on persécute les gens pour leurs croyances ». Ce comité sollicite la création de commissions permanentes de psychiatres destinées à établir des normes internationales en matière de droits civiques pour les malades mentaux²¹.

Les révélations à propos des hospitalisations forcées mettent dans l'embarras le secrétaire général de l'Association mondiale de psychiatrie, Denis Leigh, dont le rôle est double : d'un côté, assurer la liaison entre le conseil d'administration et les comités de l'Association ; de l'autre, informer les membres de toutes les discussions et décisions. Or, quand les psychiatres canadiens pressent Denis Leigh d'agir, lui cherche à gagner du temps, craignant qu'elles ne suscitent des divisions internes et fragilisent l'Association. Sa position tient sans aucun doute au souhait de la protéger des soubresauts de la Guerre froide. Dès avant la publication du texte du Comité pour la défense des droits de l'homme, il avise officiellement Andreï Snejnevski (1904-1987), directeur de l'Institut de psychiatrie de l'Académie des sciences médicales et représentant de la Société des neuropathologistes et psychiatres de toute l'Union, des accusations à l'endroit de plusieurs de ses collègues. Mais comme Leigh le souligne, les statuts de l'Association ne lui confèrent pas la possibilité de se prononcer ni d'un point de vue éthique ni d'un point de vue légal²². De son côté, Snejnevski répond aux allégations dans les *Izvestia* où il les présente comme une « fabrication scandaleuse » lui inspirant « un profond dégoût ». D'après lui, le déroulement de l'expertise légale garantit les décisions des médecins. Rejetant toutes les accusations, il brandit le « noble humanisme » propre à la psychiatrie soviétique et rend hommage au travail de ses collègues. Il fait valoir que les collègues étrangers familiers du système de prise en charge psychiatrique en ont une « haute opinion²³ ». Ainsi, contre les assertions des victimes, Snejnevski convoque les confrères qui, en dehors de l'Union soviétique, se sont montrés intéressés par les dispositifs y ayant été expérimentés²⁴.

Tandis que le congrès de Mexico est sur le point d'ouvrir, la Fédération mondiale pour la santé mentale demande à ses délégués de faire la lumière sur les « accusations » envers l'Union soviétique. Fondée en 1948, cette organisation a pour ambition de former les professionnels comme le public. Collaborant avec plusieurs agences affiliées aux Nations Unies, elle n'en demeure pas moins indépendante et prend ses propres décisions. Elle est ainsi la première institution internationale dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale à se prononcer contre les internements répressifs²⁵. Aussi, au moment où le congrès commence, l'Association mondiale de psychiatrie est sommée de prendre position à son tour. Si la question est explicitement soulevée par le président du congrès dans son allocution inaugurale, Leigh, présent, s'emploie cependant à étouffer toute discussion. Le 28 novembre, lors d'une réunion du comité de l'Association, il affirme que cette dernière ne dispose pas des moyens juridiques pour statuer sur les aspects éthiques de la psychiatrie,

²¹ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 80-83.

²² GARF f. 8009, inv. 55, d. 129, f. 39.

²³ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 84.

²⁴ Pour les circulations entre l'Union soviétique et l'Occident pendant l'entre-deux-guerres, Grégory Dufaud et Lara Rzesnitsek, « Soviet Psychiatry through the Prism of Circulations: The Case of Outpatient Psychiatry in the Interwar Period », *Kritika: Explorations in Russian and Eurasian History*, n° 4, 2016, p. 781-803. Sur les circulations en matière de médecine et de santé publique pendant la Guerre froide, Susan Solomon, Grégory Dufaud et Lion Murard (dir.), « Médecine et santé publique en Europe de l'Est durant la Guerre froide », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, n° 1, 2018.

²⁵ Cf. Eugene B. Brody, « The World Federation for Mental Health: its Origins and Contemporary Relevance to WHO and WPA policies », *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* vol. 3, n° 1, 2004, p. 54-55.

pas plus que sur la plainte d'un membre à l'encontre d'un autre. Pendant l'assemblée générale du 1^{er} décembre, Denis Leigh suggère la création d'un comité d'éthique dans l'objectif de formuler un code de conduite : une manière d'aborder un problème qui ne l'a jamais été sans avoir à traiter spécifiquement des abus en Union soviétique. Des délégués s'opposent toutefois à la proposition au motif de sa complexité, obligeant le comité à reporter sa décision. La psychiatrie soviétique ne fait, quant à elle, l'objet d'aucune condamnation. Au contraire même, puisque chargée de choisir un secrétaire adjoint, l'assemblée générale élit Marat Vartanyan (1932-1993), un proche de Snejnevski. Devant la presse, Leigh explique que l'Association ne pouvait se prononcer contre l'Union soviétique faute de plainte de l'un de ses membres²⁶. En privé, il se réjouit du résultat et, dans un courrier à Snejnevski, il exprime le sentiment que, malgré l'« expérience très désagréable » vécue à Mexico, l'Association est ressortie « plus forte²⁷ ».

Les tentatives soviétiques de discréditer les allégations

Le soulagement de Leigh est loin d'être partagé par tout le monde. En janvier 1972, un journaliste américain publie un article au vitriol dans la *New York Review of Books* où il exprime la déception suscitée par le congrès de Mexico. Il accuse les Associations mondiale et américaine d'avoir volontairement tu le problème des abus psychiatriques et livré Boukovski à la police politique. En vue d'obtenir la condamnation officielle des abus psychiatriques soviétiques, plusieurs acteurs se mobilisent, à commencer par le Groupe de travail qui, se saisissant de la proposition pour la fondation d'une commission d'éthique lors du Congrès de Mexico, cherche à en accélérer la création au motif que celle-ci est susceptible d'enquêter de « manière impartiale » partout où l'on signale des cas d'abus psychiatriques. Ce groupe mène un travail qui trouve une actualité renouvelée avec le procès de Glouzman puis l'appel de Sakharov. L'un des membres du Groupe de travail adresse un télégramme à Sakharov avec la promesse de faire tout son possible pour rendre publiques les informations en sa possession, tandis qu'un autre présente l'appel de Sakharov au Collège royal de psychiatrie, la principale société de psychiatrie au Royaume-Uni. En janvier 1973, le Collège royal finit par rompre le silence et se prononce contre l'usage de la psychiatrie à des fins répressives. À sa suite, trois autres associations britanniques de psychiatrie le font également, même si la prudence reste de mise et même si chaque mot est pesé avec soin. Outre le Groupe de travail, Amnesty International se montre aussi très engagée. Elle milite pour la création d'une commission internationale à même d'enquêter sur les cas d'internement forcé connus.

L'Association mondiale de psychiatrie juge que ces interventions dépassent son cadre professionnel et se réfugie derrière l'apolitisme : Denis Leigh porte en effet une conception de la médecine selon laquelle ses institutions ne doivent pas s'immiscer dans le débat public. Pour lui, il n'y a aucune raison de ne pas collaborer avec les collègues soviétiques et, avec eux, il organise une conférence sur la schizophrénie, prévue en octobre en URSS. Or quand l'information sort dans la presse en juillet, elle suscite la consternation : des documents reçus de Moscou venaient tout juste de documenter de nouveaux cas d'hospitalisation forcée, dont celle de Pliouchtch. Dans le monde occidental, les sociétés de psychiatrie sont sommées de s'expliquer, tandis qu'en Union soviétique, une campagne de diffamation contre Sakharov est lancée dans les médias pour le museler, en vain. En septembre, Sakharov invite les participants de la conférence à exiger de visiter les hôpitaux spéciaux et, en cas de refus du gouvernement soviétique, à la boycotter. L'Académie des sciences américaine, qui s'alarme d'une arrestation, menace son homologue soviétique de rompre toute coopération si tel était le cas. Dans ce contexte, le président de l'Association américaine de psychiatrie envoie un télégramme à Snejnevski pour lui demander de collaborer afin de lever toutes les suspensions. À quoi

²⁶ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, op. cit., p. 85-91.

²⁷ GARF f. 8009, inv. 55, d. 129, f. 43.

ce dernier répond deux semaines plus tard que « les spécialistes soviétiques n'ont aucune objection à discuter des relations d'intérêt professionnel après la conférence ». Sa réponse est suivie de la publication dans la presse occidentale d'une lettre de la Société des neuropathologistes et psychiatres de toute l'Union qui nie une nouvelle fois toutes les accusations, dénoncées comme de la propagande antisoviétique²⁸.

En réalité, la direction soviétique veut utiliser la présence de psychiatres étrangers pour disqualifier les allégations. Au lendemain de son arrivée, Denis Leigh apprend ainsi de Dmitri Venediktov du ministère de la Santé qu'il leur sera possible de rencontrer Grigorenko et visiter l'Institut Serbski à l'issue de la conférence²⁹. D'une durée de cinq jours, la conférence s'ouvre à Erevan en Arménie et, après le troisième jour, se poursuit à Tbilissi en Géorgie. L'Association accepte l'invitation et demande à Leigh d'aviser les participants de la proposition du Venediktov. La vingtaine à l'approuver signe toutefois un document de l'Association où ils font savoir qu'ils n'en sont pas les représentants, que leur visite n'implique aucune prise de position à l'endroit des allégations et que leur intention est d'engager des échanges professionnels. Ils prévoient de faire une déclaration, mais qui leur est interdite par les autorités soviétiques, désireuses de rester maîtres de la communication. Finalement, les deux visites se déroulent le même jour, le 15 octobre. D'une part, Leigh et un collègue suédois sont conduits à Stolbovaïa où est interné Grigorenko à 70 km au sud de Moscou. Sa femme l'avait prévenu la veille de leur arrivée, lui disant d'exiger son propre traducteur pour s'assurer que ses propos soient fidèlement restitués. La direction de l'hôpital le lui ayant refusé, l'entrevue n'a pas lieu³⁰. D'autre part, treize psychiatres se rendent à Serbski. L'Association de psychiatrie avait auparavant décidé que leur rôle se limiterait à celui d'observateur et que nul ne ferait de déclaration publique³¹. À Serbski, ils sont accueillis par Snejnevski avant que Morozov leur fasse un exposé puis leur présente six dossiers médicaux, dont ceux de Grigorenko et Pliouchtch. Bien que la presse soviétique se félicite du déroulement de la visite, celle-ci n'a en réalité pas convaincu, même si personne ne l'exprime ouvertement³².

La condamnation des abus psychiatriques soviétiques

Les interventions contre les internements abusifs reprennent à peine un mois après la visite de Serbski. Outre leur condamnation officielle, le Collège royal des psychiatres sollicite la création d'une commission d'enquête indépendante de l'Association mondiale de psychiatrie et de l'Organisation mondiale de la santé dont l'inaction est regrettée³³. Car non seulement la coopération avec les psychiatres soviétiques n'est pas remise en cause, mais elle est poursuivie. Ainsi d'un programme en psychiatrie biologique de l'Organisation mondiale de la santé qui implique le laboratoire de pathophysiologie générale près de l'Institut de psychiatrie de l'Académie des sciences médicales, laboratoire dont Marat Vartanyan est directeur³⁴. Le Collège royal ne parvient guère à mobiliser et la mobilisation est animée par le Comité international des mathématiciens qui se bat depuis la France pour la libération de Léonide Pliouchtch et de Iouri Chikhanovitch, un confrère qui, arrêté en septembre 1972, jugé en novembre 1973, fut envoyé en hôpital psychiatrique. Après avoir recueilli cinq cent cinquante signatures de collègues, le Comité des mathématiciens les dépose à l'ambassade

²⁸ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 309.

²⁹ *Ibid.*, p. 120-121.

³⁰ Piotr Grigorenko, *Mémoires*, *op. cit.*, p. 690.

³¹ GARF f. 8009, inv. 55, d. 129, f. 126.

³² Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 317-319.

³³ *Ibid.*, p. 320.

³⁴ Archives de l'Organisation mondiale de la santé, M4-286-4 (4) et M4/372/22.

soviétique à Paris, en février 1974. Gagnant rapidement en audience, il multiplie les actions grâce auxquelles Chikhanovitch retrouve sa liberté dès juillet.

Le Comité des mathématiciens concentre dès lors ses efforts sur Pliouchtch. Il relaie les appels du Comité pour la défense des droits de l'homme et, pendant un congrès de mathématiques où Sakharov sollicite son aide, le Comité lui répond qu'il fera tout pour « sauver » Pliouchtch, après quoi il parvient à collecter mille signatures³⁵. Avec la dégradation de sa santé, le Comité intensifie son action et, entreprenant une vaste campagne, il désigne le 23 avril 1975 comme Journée internationale de Pliouchtch. La campagne est soutenue par Amnesty International, à l'origine d'un colloque à Genève sur le recours à la psychiatrie à des fins politiques. Les participants créent un organisme pour recueillir des signatures et coordonner les activités à l'échelle internationale. En octobre, le Comité des mathématiciens organise à Paris une manifestation qui réunit cinq mille personnes³⁶. À cette occasion, alors que les psychiatres communistes ont longtemps hésité à le faire, le Parti communiste français réclame la libération de Pliouchtch³⁷. La manifestation est un succès, puisque deux jours après, le ministère de l'Intérieur soviétique informe son épouse que leur demande d'émigrer est accordée. En France, où Pliouchtch s'installe au début de 1976, quatre organisations de psychiatres exhortent le gouvernement soviétique d'autoriser une enquête et sollicitent la collaboration du Collège royal³⁸.

Le Collège royal se montre en effet de plus en plus pressant à l'endroit de l'Association mondiale de psychiatrie dont il annonce en juillet 1975 qu'il pourrait se retirer. Il adresse en parallèle un message de soutien à Semion Glouzmane, toujours emprisonné. En réaction, Leigh affirme publiquement que l'Association doit s'engager plus avant sur la question des abus psychiatriques. De plus, lui qui n'avait jamais commenté les propos des psychiatres soviétiques quant au déroulement de la visite à Serbski se fend d'une mise au point. Mais ces déclarations ne signifient pas un changement de politique de l'Association dont il continue à estimer qu'elle ne peut assumer d'un point de vue organisationnel, financier et professionnel la création d'une commission d'enquête sur les abus psychiatriques. Il défend plutôt son projet de comité d'éthique sur lequel travaille une sous-commission fondée à cette fin en 1973. En outre, il poursuit la collaboration avec les psychiatres soviétiques qui participent aux réunions d'éthique de l'Association. Car pour lui, les faits de « cruauté » dans les hôpitaux psychiatriques spéciaux n'ont toujours pas été prouvés et restent « hypothétiques ». Sauf que le maintien du *statu quo* s'avère désormais intenable pour le Collège royal et l'Association américaine qui requièrent en septembre 1976 la tenue d'une session spéciale sur les abus psychiatriques soviétiques lors du Congrès mondial de psychiatrie, prévu à Honolulu en 1977³⁹.

Pendant le congrès, conformément au souhait de Leigh, l'Assemblée générale entérine la déclaration d'Hawaï qui énonce explicitement qu'un médecin ne peut prescrire de traitement psychiatrique obligatoire en l'absence de trouble psychique. Mais l'Assemblée se prononce aussi sur deux autres motions. La première, soumise par le Collège royal, a trait à la condamnation des abus psychiatriques en Union soviétique, tandis que la seconde, proposée par l'Association américaine, concerne la mise en place d'un comité d'observation. La proposition britannique suscite des remous, elle est votée de justesse avec 90 voix pour et 88 contre. Celle américaine est, elle, approuvée plus largement avec 121 votes pour et 66 contre. Le comité d'observation est néanmoins d'emblée contesté par la délégation soviétique qui, lors de sa création en 1978, refuse de collaborer avec lui⁴⁰.

³⁵ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 322-324.

³⁶ *Ibid.*, p. 331-333.

³⁷ Danielle Papiou, « Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924–1985) », Thèse de doctorat, Université Paris-Nanterre, 2017, p. 338-340.

³⁸ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Psychiatric Terror*, *op. cit.*, p. 333-334.

³⁹ *Ibid.*, p. 335-338.

⁴⁰ Robert van Voren, *Cold War in Psychiatry. Human Factors, Secret Actors*, Amsterdam, Rodopi, 2010, p. 194-197.

Il n'en devient pas moins le principal outil par le biais duquel les organisations nationales peuvent porter au niveau international les cas d'abus psychiatriques⁴¹.

Face à la mobilisation internationale initiée par les militants des droits civiques soviétiques, le déni des autorités ne résiste pas à l'accumulation des faits fournis par divers acteurs. Ainsi, après avoir longtemps refusé de le faire, l'Association mondiale de psychiatrie condamne officiellement le mésusage de la psychiatrie en Union soviétique. Cette condamnation soulève toutefois le problème de la place de la représentation soviétique au sein de l'Association mondiale de psychiatrie. Des membres militent pour son exclusion ou sa suspension, tandis que d'autres veulent préserver la communauté psychiatrique d'une fracture. Soutenue par le Collège royal, l'Association américaine déploie pendant des années un intense lobbying pour convaincre qu'une sanction est nécessaire et, lorsque les délégués soviétiques se rendent compte que l'Assemblée générale votera en ce sens au congrès de Vienne de 1983, ils préfèrent partir d'eux-mêmes. Presque aussitôt après leur décision, ils commencent à manœuvrer pour être de nouveau admis au sein de l'Association mondiale de psychiatrie. Quand ils le sont en 1989, ils se retrouvent à côtoyer les délégués de la jeune Association psychiatrique indépendante soviétique, également acceptés⁴².

⁴¹ Mark Hurst, *British Human Rights Organizations and Soviet Dissent, 1965–1985*, Londres, Bloomsbury, 2016, p. 59.

⁴² Robert van Voren, *Cold War in Psychiatry*, *op. cit.* p. 203-215, 431-438.