

École doctorale de l'EHESS

Doctorat

Discipline : Histoire et civilisations

Gani Achmad JAELANI

## **La question de l'hygiène aux Indes-Néerlandaises**

*Les enjeux médicaux, culturels et sociaux*

**Thèse dirigée par Gérard JORLAND**  
**directeur de recherches émérite au CNRS, directeur d'études à l'EHESS**

Date de soutenance : le 6 janvier 2017

- Jury
- 1 Romain BERTRAND, directeur de recherche au Centre de recherches internationales de l'Institut d'études politiques de Paris
  - 2 Patrice BOURDELAIS, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, directeur de l'Institut des sciences humaines et sociales du CNRS
  - 3 Charles ILLOUZ, Professeur d'anthropologie, assesseur recherche de la Faculté des lettres, arts et sciences de l'homme de l'Université de La Rochelle
  - 4 Annick OPINEL, chercheuse permanente au laboratoire de pharmacoépidémiologie et maladies infectieuses de l'Institut Pasteur
  - 5 Patrick ZYLBERMAN, professeur d'histoire de la santé à l'École des hautes études en santé publique



*Haturan kanggo Umi sareng Buya*



## REMERCIEMENTS

Cette thèse est le fruit de plusieurs rencontres, dont les traces se trouvent sur les pages de manuscrit. Admettre ce fait nous amène à un devoir de remercier tous les personnages ayant contribué directement ou indirectement pendant cette longue année de travail de recherche.

Je tiens à remercier d'abord mon directeur de thèse, monsieur le professeur Gérard Jorland, pour m'avoir accordé d'encadrer ma recherche, pour leurs précieux conseils lors de la recherche et de la rédaction, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour. Je remercie aussi au Dirjen Pendidikan Tinggi (Dirjen Dikti), Indonésie, pour la bourse qu'il m'a accordée pendant mes années des études doctorales, et cela surtout grâce au soutien Professeur Ganjar Kurnia, Professeur Dadang Suganda, Dr. Reza D. Dienaputra et Awaludin Nugraha, M.Hum.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans la disponibilité et l'accueil chaleureux que m'ont témoigné les personnels du service de la Bibliothèque de KITLV et de l'Université de Leiden, de l'Institut Eijkman (Jakarta), du Perpustakaan Nasional Indonesia, de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé Paris Descartes pour leurs gentilles et leur aide pendant mon séjour de recherche. Martina Safitri, Fadly Rahman, et Angga Wijaya qui m'ont aidé pendant la recherche à Jakarta ; Faried Anshori Lin pour avoir consacré le temps afin de numériser toutes les sources.

Je remercie Céline Boileau, Jean-Jacques Moure, Alain Coetmeur, Julien Huynh et Yves-David Hugot pour avoir relu la première version ; Madame Anne Hugo-Le Goff et Pierre Moret pour la relecture et surtout leurs aides à améliorer le style de la rédaction ; Annick Guenel pour avoir fait une relecture compréhensive et donner quelques remarques critique.

Une pensée aussi à « la bande de la Bibliothèque FMSH » : Angelo Montoni, Camila Orozco, Glaubert Sezerino, Anna Pomaro, Hadrian Saaig, Oscar Garcia, Violeta Ramirez, Sofia Cevalos, Farah Makki, Veli Pehlivan, Massoud Dryazi, Marion Cipriano, Laura Ruiz de Elvira, Serdar Ay, Nathalie Santisteban, Natalia Chumarova ; les amis de Réseaux d'Indonésie : Mba Ully, Mba Iba, Truly, Cathrine et Yul San ; et surtout mes amis indonésiens Dhiara Fasya, Zaki Assegaf, Sabrina Shevia, Laras Pitayu. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années. Je suis

redevable à mes parents, Nining Sumarlina et Mamat Chusowie, pour leur soutien moral et matériel et surtout leur confiance dans mes choix.

Enfin, je sais très bien qu'il y a encore des noms qui ne sont pas encore mentionnés, alors que leurs contributions sont très importantes, je leur remercie donc infiniment.

## RÉSUMÉ

Cette étude est destinée à la question de l'hygiène aux Indes-Néerlandaises, (Indonésie après l'époque coloniale). Aux périodes étudiées (XIX<sup>e</sup>-milieu du XX<sup>e</sup> siècle) ce pays étant administré par les Pays-Bas, cette question sera donc examinée dans son rapport avec le colonialisme. L'hygiène était en effet liée à la politique coloniale qui mettait en avant l'exploitation des ressources naturelles pour l'intérêt économique des colonisateurs. Le médecin joue un rôle important dans la construction de l'impérialisme. D'abord, il assure la santé des Européens – des soldats, des planteurs et des administrateurs coloniaux – sous les tropiques. La santé des Indigènes – qui constituent la main-d'œuvre, et au sein desquels parfois éclate une épidémie qui menace le territoire – attire également son attention. Enfin, en élargissant le sens du mot « santé » à la santé mentale et sociale, le médecin ne traite plus seulement de l'hygiène médicale, voire de l'hygiène corporelle, mais aussi de l'hygiène sociale et culturelle ; il ne s'occupe plus seulement de préserver et d'améliorer la santé du corps, mais aussi de préserver et de protéger la moralité de la société. La lutte contre des facteurs destructeurs sociaux comme l'abus d'alcool, la criminalité, la prostitution, la pornographie et l'homosexualité est menée, car ces fléaux sociaux sont considérés comme un obstacle pour une société qui est en train de construire sa modernité.

*Mots-clés* : Indes-Néerlandaises, colonialisme, Tropiques, hygiène, santé publique, médecin.





## ABSTRACT

This research seeks to elaborate the question of hygiene in the Dutch Indies, former name of Indonesia. The fact that during the period studied this country was a colony of the Netherlands, the subject will be investigated in its relation to colonialism. In the colonial world, hygiene is inevitably related to the colonial politic which emphasizes on the exploitation of natural resources for the economic interest of the colonizer. The well-being of the population and the good health of the workers must then be assured, hence public health programs become significant. Questioning the health issue, this activity could not be dissociated from medicines. The role of physicians as the main actors became important in the construction of colonial state. This is due to several reasons. First, they assured the health of the Europeans – the military members, the planters, and the colonial administrators – in the Tropics. The health of Indigenous people – regarded as the manpower – also drew physicians' attention, especially when there was an epidemic that threatened the population. Finally, by extending the sense of the word “health” to mental and social health, physicians no longer dealt only with the hygiene of the body, but also the social and cultural hygiene; they do not only engage in the improvement of health, but they also had to preserve and protect the morality of the society. The struggle against the unfavorable elements in the social life like alcohol abuse, criminality, prostitution, pornography and homosexuality was deployed because these elements are considered as a major barrier against the process to construct a modernity society.

Keywords: Dutch Indies, colonialism, the Tropics, hygiene, public health, physician.



## RINGKASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji persoalan higienitas di Hindia-Belanda, negara yang kini bernama Indonesia. Mengingat penelitian ini membahas periode kolonial Belanda, maka persoalan higienitas akan dianalisis dalam hubungannya dengan kolonialisme. Dalam sebuah negara kolonial, persoalan ini tentu saja erat terkait dengan politik kolonial yang selalu mengedepankan praktik eksploitasi sumber alam untuk kepentingan ekonomi penjajah. Itu sebabnya kesehatan penduduk dan tenaga kerja harus dijamin, dan dari situlah program kesehatan masyarakat kemudian muncul. Pembahasan mengenai hal ini tentu saja tidak bisa dilepaskan dari dunia kedokteran, dan oleh karena itu peran dokter menjadi sangat penting dalam pembentukan imperialisme. Terdapat beberapa alasan untuk ini. Pertama, para dokter ini berperan dalam memberi jaminan kesehatan untuk orang-orang Eropa seperti tentara, tuan kebun dan pegawai administrasi kolonial selama mereka tinggal di daerah tropis. Kondisi kesehatan penduduk pribumi juga kemudian menarik perhatian mereka, terutama ketika wabah epidemi menyerang. Ini karena, bagaimana pun, orang pribumi dianggap sebagai sumber tenaga kerja yang sangat penting. Terakhir, dengan memperluas makna “kesehatan” ke ranah kesehatan mental dan sosial, para dokter ini tidak lagi hanya mengurus soal kesehatan tubuh, tetapi juga sibuk dalam urusan higienitas sosial dan budaya; artinya mereka tidak hanya sibuk mengurus orang sakit dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, tetapi juga memberi perhatian serius terhadap persoalan moral di dalam masyarakat. Perang terhadap penyalahgunaan alkohol, kriminalitas, pelacuran, pornografi, dan homoseksualitas dicanangkan, sebab “penyakit-penyakit” sosial ini dianggap sebagai penghambat sebuah masyarakat modern.

Kata kunci : Hindia-Belanda, kolonialisme, negara tropis, higienitas, kesehatan masyarakat, dokter.



## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	1
Résumé.....	3
Abstract.....	5
Ringkasan.....	7
Table des matières.....	9
Abréviations.....	13
Introduction générale.....	15
Première partie: L'apparition de l'intérêt pour l'hygiène.....	23
Chapitre 1 Le souci de soi.....	25
I – Le débat sur l'acclimatement.....	26
II – La topographie médicale.....	37
La topographie médicale dans le monde colonial.....	38
Des lieux sains et des lieux malsains.....	40
Des régions marécageuses et littorales.....	41
Des sites montagneux.....	44
III – Le denombrement des malades.....	46
Les taux de morbidité et de mortalité.....	48
Nosologie.....	50
Distribution des maladies.....	53
La statistique et la mise en ordre du monde social.....	54
IV – Le styles de vie et la morale.....	56
Habitation.....	58
Vêtement.....	61
Nourriture et boisson.....	63
Se baigner et se soigner.....	64

Travail, mouvement et repos .....	66
Hygiène morale .....	68
Chapitre 2 La misère de la population.....	71
I – La pauvreté comme cause de la maladie .....	71
II – Le risque de dépopulation ?.....	79
III – Sauver la population : la création de l'école de médecine et amélioration du service .....	89
Création de l'école de médecine .....	89
Une école d'obstétrique.....	92
Vaccination de la population.....	96
Chapitre 3 la question de la circulation.....	101
I – Faire circuler les éléments.....	102
Le marais et l'eau stagnante .....	102
Chasser l'air vicié.....	105
II – Le danger de la circulation : la prostitution, les fous et la quarantaine.....	109
La menace de la prostitution.....	110
Enfermer les fous dans l'asile d'aliéné .....	121
La quarantaine.....	128
Conclusion.....	140
Deuxième Partie: Assurer la santé de la population.....	141
Chapitre 4 Naissance de la médecine tropicale .....	143
I – De la médecine coloniale à la médecine tropicale .....	143
La médecine tropicale .....	149
II – Instauration de la médecine tropicale aux Indes-neerlandaises .....	153
Chapitre 5 Le combat contre les maladies tropicales.....	169
I – La question du beriberi et la guerre de Aceh .....	170
II – Le laboratoire : <i>geneeskundig laboratorium te weltevreden</i> .....	182

III – Les recherches bacteriologiques.....	188
Chapitre 6 Maintenir les ressources du pays` .....	197
I – La division raciale du travail.....	197
II – Maintenir la sante de la main d’œuvre.....	202
III – Assainir la plantations .....	215
La quarantaine.....	217
Le logement du coolie.....	221
Ecouler les matieres fecales et construire des latrines .....	224
La question de l’eau potable .....	228
Conclusion.....	231
Troisième partie: Projet d’un état moderne.....	233
Chapitre 7 Institutionnalisation .....	235
I– Les services de santé militaire et civil.....	235
II – La séparation entre civil et militaire : prévenir ou guérir ?.....	242
III – Instauration du service de la santé publique.....	258
Chapitre 8 Purifier l’espace public .....	271
I – Aménagement de l’espace urbain et mise en ordre du <i>kampong</i> .....	271
II – L’eau, l’eau potable et la toilette .....	287
III – Lutte contre les fléaux sociaux.....	294
Chapitre 9 Purifier le corps des indigenes : enquete socio-medicale.....	313
I– La pauvrete, la maladie et la mort .....	314
II – Recherches sur l’état nutritionnel de la population.....	324
III – Moralisation de l’hygiène .....	336
Conclusion.....	351
Conclusion générale.....	353
Bibliographie .....	357





## ABRÉVIATIONS

BGD	: Burgerlijk Geneeskundige Dienst (Service de santé civile)
DOEN	: Directeur van Onderwijs, Eeredienst en Nijverheid (Département de l'éducation, des affaires religieuses et de l'industrie)
DVG	: Dienst der Volksgezondheid (Service de santé publique)
GTNI	: Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië (la revue médicale des Indes-Néerlandaises)
KV	: Kolonial Verslag (rapport colonial)
MDBG	: Mededeelingen den Burgerlijk Geneeskunde (Communications du service de santé civile)
MDVG	: Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondheid (Communications du service de santé publique)
MGD	: Militair-Geneeskundige Dienst (Service de santé militaire)
NTVG	: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (la revue néerlandaise pour la science médicale)
NVTG	: Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde (la Société néerlandaise pour la médecine tropicale)
STOVIA	: School tot Opleiding van Inlandsche Artsen (Ecole pour la formation des médecins indigènes)
VOC	: Vereenigde Oostindische Compagnie (Compagnie Néerlandaise des Indes Orientales)



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'hygiène est une préoccupation personnelle. Elle consiste en un ensemble de principes et de pratiques tendant à préserver et à améliorer la santé ; le plus souvent il s'agit d'activités basiques telles que se réveiller à l'aube, se laver le corps, se brosser les dents, réaliser un exercice physique régulier, mais aussi choisir une bonne alimentation<sup>1</sup>. L'entretien du corps se situe au cœur de cette préoccupation.

La mise en harmonie avec la nature est nécessaire, ainsi que l'adoption d'un mode de vie modéré, car une vie désordonnée peut précipiter la survenue des maladies. La notion d'hygiène personnelle est liée à la préservation de la propreté du corps. Cette dernière est différemment ressentie selon les époques: à certaines époques, elle est liée à l'absence d'odeur, à d'autres, elle est liée à la propreté des vêtements, à l'apparence physique – sans que la propreté du corps soit prise en compte. Tous les chroniqueurs rapportent qu'à la cour de Louis XIV, les vêtements raffinés des courtisans dissimulaient une grande saleté corporelle. Enfin, elle est liée à la possibilité de disposer de suffisamment d'eau propre pour pouvoir se laver, ce qui n'est pas le cas pour tous les groupes ethniques. Le fait que la notion de propre et de sale soit conceptualisée différemment à différentes époques montre donc l'évolution de la notion d'hygiène personnelle<sup>2</sup>.

L'hygiène est aussi une question politique. C'est le pouvoir politique qui doit mettre en place des dispositifs afin d'empêcher la propagation d'une maladie épidémique menaçant la population. Par exemple, l'autorité politique des cités italiennes a dû intervenir à la suite de l'épidémie de peste en 1347. Des réglementations furent alors imposées pour contrôler la circulation des marchands et des marchandises provenant des endroits où s'était propagée la peste, suspendre

---

<sup>1</sup> Henry E. Sigerist, « The Philosophy of Hygiene » in *On The History of Medicine*, New York, MD Publications, 1960, p. 16-24.

<sup>2</sup> Pour l'étude de la notion de propre et de sale, mais aussi la pratique de l'hygiène personnelle, voir Georges Vigarello, *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen âge*, Paris, Seuil, 1987, 282 p ; Virginia Smith, *Clean: a history of personal hygiene and purity*, Oxford, Oxford University Press, 2008, 457 p ; Katherine Ashenburg, *The dirt on clean: an unsanitized history*, Toronto, Vintage Canada, 2008, 384 p ; Quant à l'évolution de l'idée de l'hygiène dans son rapport avec l'infection, l'article de Owsei Temkin est une étude importante. Voir Owsei Temkin, « An historical analysis of the concept of infection » dans *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, p. 456-471.

l'autorisation d'entrée dans les murs de la ville pendant dix jours aux personnes soupçonnées d'être atteintes par la maladie, mais aussi soutenir la création d'un lieu de quarantaine. Le pouvoir politique se manifeste ensuite par la mise en place d'une série de dispositifs pour gérer la population, par l'imposition de la statistique médicale, de la topographie médicale et du programme de vaccinations et d'enregistrement des populations. L'aménagement de l'espace urbain est également pris en compte par la distribution en eau potable, la construction de réseaux d'égouts et de toilettes comme ce fut le cas aux Indes-Néerlandaises<sup>3</sup>.

Étant liée à la santé, cette activité ne peut être dissociée de la médecine. Les médecins, par leurs soins et leurs préconisations, occupent une place centrale dans le monde de l'hygiène, plus particulièrement en ce qui concerne l'hygiène de la population prise dans son ensemble, leur travail étant soutenu par l'autorité politique qui met en place la réglementation permettant l'amélioration de l'hygiène. C'est le travail technique réalisé par les ingénieurs qui garantit la construction des infrastructures pour la mise en place de l'hygiène.

Le développement de la science médicale détermine donc la façon dont les médecins vont intervenir dans l'hygiène. Leurs définitions de la santé sont caractérisées par un paradigme dominant d'une époque précise. Suivant l'idée néo-hippocratique, par exemple, la maladie est liée à l'environnement. L'insalubrité qui se manifeste dans l'apparition d'eau stagnante et la mauvaise circulation de l'air dans les bâtiments est la cause des maladies. Pour les supprimer, il suffit donc de changer un des éléments causals, comme drainer les marécages ou chasser l'air vicié en assurant sa circulation.

L'apparition du paradigme bactériologique va ensuite orienter la médecine vers la recherche de la bactérie responsable de la maladie. Trouver l'agent pathogène devient alors la préoccupation principale. Le travail de l'hygiéniste se déplace donc vers le laboratoire. Enfin, la médecine tropicale va s'attacher aux maladies apparaissant dans des régions particulières, appelées couramment Tropiques.

Toutefois, en élargissant le sens du mot « santé » à la santé mentale et sociale, la question de l'hygiène ne traite plus seulement de l'hygiène médicale, voire de l'hygiène corporelle, mais aussi de l'hygiène sociale et culturelle ; elle ne s'occupe plus

---

<sup>3</sup> Patrice Bourdelais, « Les logiques du développement de l'hygiène publique » dans Patrice Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, Belin, 2001, p. 7-16.

seulement de préserver et d'améliorer la santé du corps, mais aussi de préserver et de protéger la moralité de la société. Le travail de l'hygiéniste se tourne vers des facteurs destructeurs sociaux comme l'abus d'alcool, la criminalité, la prostitution, la pornographie et l'homosexualité. La pauvreté est également visée, car elle est considérée comme responsable de la chute démographique. Ces fléaux sociaux sont regardés comme un obstacle pour une société qui est en train de construire sa modernité.

Les Indes-Néerlandaises (l'ancien nom de l'Indonésie d'aujourd'hui), comme d'autres pays tropicaux, offrent un exemple de la conjonction de ces trois orientations, concernant l'hygiène en tant que préoccupation personnelle et politique. Cette ancienne colonie des Pays-Bas est occupée par les Hollandais dès le début du XVIIe siècle après l'instauration de la Compagnie Néerlandaise des Indes Orientales (Vereenigde Oost-Indische Compagnie, ou VOC), et surtout après la création de Batavia, à l'ouest de Java – une des îles les plus grandes de l'archipel – comme capitale de cette compagnie en Asie en 1620. En conséquence, Java devient l'île la plus importante, où se concentre le pouvoir colonial, jusqu'à la fin de la colonisation en 1942.

Malgré son peu de rôle dans la politique européenne, les Pays-Bas sont un grand pays colonisateur. Un de leurs principes colonisateurs est qu'« ils gardent leurs places dans cet archipel non pour chasser les Indigènes<sup>4</sup>, mais pour apprendre à collaborer avec eux et pour leur imposer l'autorité ». Cette politique mène les Hollandais à utiliser « les institutions indigènes » au service du pouvoir colonial<sup>5</sup>. L'impérialisme des Hollandais aux Indes Orientales est regardé comme un modèle politique où « la force morale » est mise en valeur avant « la puissance militaire »<sup>6</sup>. La particularité des Pays-Bas en tant que pays colonisateur est qu'ils n'ont d'intérêt à mettre en place des dispositifs pour améliorer la santé de la population indigène que s'ils en retirent un avantage économique. De fait, l'hygiène devient un sujet important,

---

<sup>4</sup> A défaut de pouvoir utiliser le terme générique « Indonésien », qui n'a pas de sens à l'époque coloniale, par commodité j'utiliserai fréquemment le terme « Indigène » pour désigner l'ensemble des populations originaires des Indes-Néerlandaises. Si celui-ci était souvent utilisé par les pouvoirs coloniaux de façon péjorative, son emploi ici est bien évidemment dénué de toute appréciation de valeur.

<sup>5</sup> Clive Day, *The policy and administration of the Dutch in Java*, New York, Macmillan Co., 1904, p. 3.

<sup>6</sup> Frances Gouda, *Dutch Culture Overseas: Colonial Practice in the Netherlands Indies, 1900-1942*, Amsterdam, Equinox Publishing, 2008, 316 p. Surtout le chapitre 2, « A Cunning David amidst the Goliaths of Empire: Dutch Colonial Practice in the Indonesian Archipelago », pp. 39-74.

car elle assure le bien-être des populations, premièrement des Européens et des soldats coloniaux qui travaillent pour l'État colonial, puis des Indigènes et des Chinois en tant que main d'œuvre qui supporte l'économie du pays.

Le développement de l'hygiène aux Indes-Néerlandaises, en tant que colonie des Pays-Bas, ne peut pas être isolé de son développement en métropole. L'avancement des sciences médicales en Europe au XIXe siècle s'est effectué également aux Pays-Bas où s'est formé un groupe d'hygiénistes<sup>7</sup>. Le travail des hygiénistes dans le pays colonisé sera donc analysé dans son rapport au développement de ce mouvement en métropole. Cette étude tend d'ailleurs à mettre l'accent sur la circulation des savoirs et des techniques entre ces deux pays afin de montrer que le développement de l'un est influencé par l'autre.

La temporalité de cette recherche est encadrée par deux événements : la création du Service de santé civil en 1820 à l'initiative de Caspar G. C. Reindwardt<sup>8</sup> et la fin de la colonisation hollandaise en 1942.

Bien que la colonisation hollandaise date du XVIIe siècle, l'attention que prête le gouvernement colonial au bien-être des populations ne commence que dans la troisième décennie du XIXe siècle, au moment où les Hollandais construisent leur empire dans les pays tropicaux. La réorganisation de la santé a eu lieu aux Pays-Bas en 1818<sup>9</sup>. Cette étude qui se concentre sur la période coloniale se termine en 1942, la fin du pouvoir hollandais et l'arrivée des Japonais au cours de la Deuxième Guerre mondiale.

Il faut souligner que les Indes-Néerlandaises formaient un espace très étendu composé de très nombreuses îles. Pour notre étude, nous avons donc constitué un corpus de traités, de manuels et de rapports publiés sur l'hygiène publique, mais surtout d'articles se trouvant dans *Natuur en Geneeskundige Archief* (Archives de la nature et de la médecine), *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië* (GTNI, la revue médicale des Indes-Néerlandaises) et *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* (NTVG, la revue néerlandaise pour la science médicale). Les deux

---

<sup>7</sup> E. S. Houwaart, *De hygiënisten : artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840-1890*, Groningen, Historische Uitgeverij, 1991, p. 107-117.

<sup>8</sup> Caspas Georg Carl Reindwardt, né à Luttringhausen le 3 juin 1773 et mort à Leyde le 6 mars 1854, est un médecin qui devient botaniste. Il a fait ses études de médecine à Amsterdam. Sauf mentionné autrement, toutes les informations biographiques dans cette étude se réfèrent à Gerrit Arie Lindeboom, *Dutch Medical Biography : A Biographical Dictionary of Dutch Physicians and Surgeons, 1475-1975*, Amsterdam, Rodopi, 1984.

<sup>9</sup> E.S. Houwaart, *De hygiënisten, op. cit.*, p. 32-36.

premiers périodiques concernent les médecins hollandais sous les tropiques, alors que le dernier concerne les médecins hollandais en métropole. Ces trois revues sont d'une grande richesse, et ont été souvent ignorées ou seulement regardées comme source complémentaire, sur le travail des médecins aux Indes-Néerlandaises. Le Centraal Geneeskundig Laboratorium te Batavia (Centre de Laboratoire de Médecine de Batavia) et l'Institut Pasteur publient leurs communications dans la revue de GTNI, mais aussi les résumés des réunions de la Société Néerlandaise pour l'Avancement des Sciences Médicales aux Indes-Néerlandaises, alors que le Nederlandse Vereeniging voor Tropische Geneeskunde (Société néerlandaise pour la médecine tropicale) publie les résumés de leurs réunions dans NTVG. Certes, les médecins européens travaillant aux Indes-Néerlandaises sont influencés par les recherches médicales dans d'autres pays tropicaux, mais surtout par l'avancement de la science en Europe. L'avancement de la science se traduit également par la création d'institutions qui publient ensuite leurs travaux dans des périodiques tels que le Mededelingen den Burgerlijken Geneeskundigen Dienst, (Communications du service de santé civile), le Mededelingen van den Dienst der Volksgezondheid (Communications du service de santé publique), Mededeeling de Afdeling Tropische Hygiene (« Koloniaal Instituut te Amsterdam », section « Hygiène pour les Tropiques »), et le Mededeeling « Instituut voor Volksvoeding », institut consacré à l'alimentation populaire.

Ce corpus nous donne une vision de la préoccupation des médecins occidentaux sous les tropiques. Cela ne signifie pas que les autochtones ignorent complètement l'hygiène et la santé, sujets traités dans les manuscrits traditionnels<sup>10</sup>, mais ceci n'est pas le sujet de la présente étude. Son but est de montrer comment les médecins contribuent à la formation d'un État colonial alors que leur rôle dans la construction de l'impérialisme est souvent regardé comme secondaire. Nous nous concentrerons donc sur l'intervention des médecins pour répondre au besoin de l'impérialisme.

---

<sup>10</sup> Voir par exemple « Ngoeroes panjakit, Talari karoehoen, Madjalaja 15 Maart 1927 », Codex Perpusnas SD 187. Je tiens à remercier Aditia Gunawan, un philologue de Perpustakaan Nasional Indonesia (Bibliothèque Nationale Indonésienne), qui m'a fourni beaucoup d'informations sur des manuscrits traditionnels. Quelques études anthropologiques sont réalisées par d'autres chercheurs. Voir Roy E. Jordaan, « Tombuwan in the "Dermatology" of Madurese folk-medicine », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1982, 1ste Afl, p. 9-28 ; P. de Josselin de Jong et Roy Jordaan, « Sickness as a metaphor in Indonesian political myths », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1985, vol. 2/3, n° 141, p. 253-274.

L'histoire de l'hygiène et de la santé dans le monde colonial des Indes-Néerlandaises a déjà été traitée par plusieurs chercheurs avec différents axes d'intérêt. Un article introductif écrit par Peter Boomgaard<sup>11</sup> analyse l'histoire de la maladie dans son rapport avec la démographie<sup>12</sup>, d'autres travaux ne concernent que l'organisation de la santé<sup>13</sup>. L'histoire de l'enseignement et des idées sur la santé est également traitée<sup>14</sup>. La question de l'hygiène comme manifestation culturelle est l'objet d'un livre collectif publié il y a quelques années<sup>15</sup>. Cependant, l'analyse des idées et pratiques de santé dans leur rapport à la politique coloniale, est souvent ignorée<sup>16</sup>. Or cette analyse est essentielle pour découvrir les enjeux politiques et économiques dans la question de l'hygiène, et montrer que le programme

---

<sup>11</sup> Peter Boomgaard, « The development of colonial health care in Java; An exploratory introduction », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1993, vol. 149, n° 1, p. 77-93 ; Voir aussi Peter Boomgaard (ed.), *Health care in Java : past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996.

<sup>12</sup> Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, 288 p, voir surtout les articles de : Peter Boomgaard, « Morbidity and Mortality in Java, 1820-1880: Changing Patterns of Disease and Death » dans Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, p. 48-69 ; Peter Gardiner et Maryling Oey, « Morbidity and Mortality in Java, 1880-1940: The Evidence of the Colonial Reports » dans Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, p. 70-90 ; Dans un autre article, Boomgaard a également étudié le rapport entre la vaccination à Java et le travail démographique. Voir Peter Boomgaard, « Smallpox and vaccination on Java, 1780-1860; Medical data as a source for demographic history » in Antonie M Luyendijk-Elshout (ed.), *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 119-131.

<sup>13</sup> Leo van Bergen, *Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg: een geschiedenis van honderd jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde*, Amsterdam; Wageningen, KIT Publishers ; Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG), 2007 ; Leo van Bergen, « De oprichting van de 'Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde': een zaak van nationaal belang », *Studium: Tijdschrift voor Wetenschaps-en Universiteits-geschiedenis/ Revue d'Histoire des Sciences et des Universités*, 2009, vol. 2, n° 2, p. 92-104.

<sup>14</sup> Liesbeth Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, Leiden, KITLV Press, 2011 ; A. de Knecht-van Eekelen, « The interaction of western and tropical medicine » dans *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 57-72 ; A. de Knecht-van Eekelen, « Tropische geneeskunde in Nederland en koloniale geneeskunde in Nederlands-Indie », *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 1992, vol. 3, p. 407-428 ; Godelieve M. van Heteren, « Which differences will have to go: The variety of physiological differentiations in the colonial context of Java 1860-1900 » in Peter Boomgaard (ed.), *Health care in Java : past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996, ; A. de Knecht-van Eekelen, « The debate about acclimatization in the Dutch East Indies (1840-1860). », *Medical History. Supplement*, 2000, n° 20, p. 70-85 ; Hans Pols, « Notes from Batavia, the Europeans' Graveyard: The Nineteenth-Century Debate on Acclimatization in the Dutch East Indies », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2011, vol. 67, n° 1, p. 120-148 ; Hans Pols, « Psychological knowledge in a colonial context: Theories on the nature of the " native mind" in the former Dutch East Indies. », *History of psychology*, 2007, vol. 10, n° 2, p. 111.

<sup>15</sup> Kees van Dijk et Jean Gelman Taylor (eds.), *Cleanliness and culture : Indonesian histories*, Leiden, KITLV Press, 2011, 204 p.

<sup>16</sup> Le travail de Lenore Manderson sur la Malaisie à l'époque coloniale m'a inspiré d'analyser les enjeux économiques et politiques dans la politique sanitaires d'un Etat colonial. Voir Lenore Manderson, *Sickness and the state: health and illness in colonial Malaya, 1870-1940*, Cambridge; New York, Cambridge University Press, 1996, 315 p.



humanitaire effectué par le colonisateur n'était pas d'abord destiné au bien-être des habitants du pays colonisé, mais plutôt à la prospérité de la métropole.

L'apparition d'un intérêt des médecins européens pour la question de l'hygiène dans les Indes-Néerlandaises au XIXe siècle est traitée dans la première partie. Cet intérêt est lié à deux événements majeurs : l'augmentation du nombre d'Européens dans la colonie et la prise de conscience d'un risque de dépopulation parmi les Indigènes. Les informations diffusées largement sur l'insalubrité des Tropiques ne découragent pas les candidats à l'émigration vers les pays chauds, ces derniers comptant sur l'aide des médecins. Les Indigènes commencent à être considérés comme une force de travail potentielle dès la moitié du XIXe siècle. La propagation d'épidémies dans la population risque donc de menacer l'intérêt économique du gouvernement colonial. Les médecins européens à l'époque tentent aussi de mettre en place des mesures contre la propagation des maladies vénériennes, l'augmentation de la criminalité liée aux fous, mais aussi la mise en place de quarantaines afin d'empêcher l'arrivée de maux provenant de l'extérieur.

Le travail des hygiénistes pendant la première période se concentre sur les Européens et ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle qu'il s'étend aux Indigènes, ce qui sera traité dans la deuxième partie. La mise en place d'une série de programmes dans des plantations de la côte est de Sumatra est caractéristique de ce changement d'orientation. Cela est rendu possible par deux événements majeurs. Premièrement, l'avancement des sciences médicales avec l'émergence de la bactériologie suivie de la constitution d'une nouvelle spécialité, la médecine tropicale, permet aux médecins d'identifier l'agent pathogène et donc de mettre en place une série de dispositifs pour empêcher la propagation des maladies et améliorer l'état de santé des populations. Deuxièmement, la mise en place de la loi agraire (agrarsche wet) en 1870 favorise l'apparition des entreprises privées et la création de plantations sur la côte est de Sumatra : le besoin de bras se fait sentir; le petit nombre d'Européens oblige les entreprises à se tourner vers les Indigènes, surtout les Javanais, et les Chinois. Les ressources en main d'œuvre disponible sont suffisantes, mais ces deux groupes ethniques sont affaiblis par la maladie. Préserver leur santé n'est donc pas un choix. Le travail des médecins dans les plantations de la fin du XIXe siècle a donc été la première tentative de mettre en place l'hygiène pour le bien des travailleurs.

Les succès obtenus à Sumatra conduisent les médecins à étendre leurs travaux dans l'espace urbain des Indes-Néerlandaises, ce qui fera l'objet de la dernière partie. Au début du XXe siècle, une politique « éthique » à grande échelle voit le jour. Cela commence par la création de l'institution du Service de santé publique. Le terrain de combat est l'espace urbain et se concentre sur le kampong, l'espace habité par des Indigènes. La mauvaise santé des autochtones est considérée comme un obstacle à la construction d'un pays moderne. Des programmes de santé publique sur le danger de l'alcool, de l'opium et de la prostitution sont diffusés auprès des autochtones dès la seconde décennie du XXe siècle. La question de la malnutrition des Indigènes est également une préoccupation des hygiénistes de l'époque. L'hygiène est aussi promue comme caractérisant un mode de vie lié à la modernité.

L'histoire de l'hygiène publique dans les Indes-Néerlandaises peut permettre d'enrichir l'historiographie de la période coloniale de l'Indonésie. La vision des médecins dont le rôle politique est souvent négligé apporte une nouvelle perspective. Le point de vue des médecins qui travaillent aux Indes-Néerlandaises permet à cette étude de s'insérer dans le courant de l'histoire des mentalités, mais aussi de l'histoire culturelle de l'hygiène.

## PREMIÈRE PARTIE

### L'apparition de l'intérêt pour l'hygiène

A bord de chaque navire arrivant aux Indes-Néerlandaises depuis le dix-septième siècle, il se trouvait toujours un médecin, ou plus précisément, un chirurgien. Sa tâche était de veiller à la santé des membres de l'équipage pendant le voyage, d'enregistrer l'apparition des maladies à bord et d'en faire le diagnostic, mais aussi de soigner les malades qu'il rencontrait à son arrivée<sup>1</sup>. Jacobus Bontius est un exemple célèbre ; cet officier de santé après avoir accompagné le voyage, devint médecin à Batavia<sup>2</sup>. Mais, il n'était pas le seul; pendant deux siècles, de nombreux médecins travaillèrent aux Indes-Néerlandaises, embauchés par le Vereenigde Oost-Indische Compagnie (VOC)<sup>3</sup>. Ces médecins étaient en particulier chargés du traitement des Européens travaillant pour la VOC<sup>4</sup>.

L'histoire de ces chirurgiens et médecins embarqués sur les navires marque le début de la science médicale européenne sous les tropiques. Néanmoins,, ce n'est qu'au XIXe siècle que sont entrepris des travaux de lutte contre les maladies à grande

---

<sup>1</sup> Iris Bruijn, *Ship's surgeons of the Dutch East India Company commerce and the progress of medicine in the eighteenth century*, Leiden, Leiden University Press, 2009, p. 15 et surtout pp. 49-84.

<sup>2</sup> Nous reviendrons sur Jacques Bontius au chapitre 1 de la deuxième partie, relative à la médecine tropicale.

<sup>3</sup> Le Vereenigde Oost-Indische Compagnie ou La Compagnie néerlandaise des Indes orientales est une compagnie créée en 1602 par la fusion de quelques compagnies commerciales créées en 1590. Cette compagnie est présidée par le Heeren XVII (le Conseil des dix-sept), organise des réunions dans différentes villes provinciales et nomme un Gouverneur-général pour l'Asie. Voir Robert Cribb et Audrey Kahin, *Historical Dictionary of Indonesia*, 2nd Revised edition., s.l., Scarecrow Press, 2004, p. 120.

<sup>4</sup> Iris D. R. Bruijn, « The health care organization of the Dutch East India Company at home », *Social history of medicine*, 1994, vol. 7, n° 3, p. 359-381 ; I. Bruijn, *Ship's surgeons of the Dutch East India Company commerce and the progress of medicine in the eighteenth century*, op. cit., p. 91-123.

échelle. Un travail de topographie médicale, de statistique médicale, un programme de vaccination, ainsi que la publication de manuels prescrivant l'hygiène personnelle sous les tropiques sont effectués pour connaître l'état sanitaire des lieux, y prévenir l'apparition des maladies et y améliorer la santé. Cette pratique d'hygiène ne constitue cependant pas un programme de santé publique en tant que tel, du fait de l'absence d'intervention officielle du pouvoir politique.

On observe donc une préoccupation grandissante pour la question de l'hygiène aux Indes-Néerlandaises. L'objectif est avant tout d'assurer la santé des Européens sous les tropiques et de prouver ainsi scientifiquement que la colonisation est faisable. L'être humain est capable de vivre n'importe où. L'état de santé des indigènes, en revanche, n'attire l'attention des médecins que lorsque se propage une épidémie qui décime la population. La peur d'une chute démographique incite alors les médecins à se préoccuper de la santé de la population indigène, car le gouvernement colonial a besoin d'un grand nombre de travailleurs.

Nous allons montrer maintenant dans le détail comment le gouvernement colonial en est venu à s'intéresser à la question de l'hygiène, et pour quelles raisons les médecins en sont venus à s'en préoccuper sérieusement.

## **Chapitre 1**

### **LE SOUCI DE SOI**

Les médecins voient naturellement l'histoire des Européens sous les tropiques d'un point de vue médical (fragilité, adaptabilité du corps humain). L'historien Mark Harrison explique dans son article, *Differences of degree: representations of India in British medical topography, 1820-c. 1870*, que la topographie médicale montre à la fois la supériorité de la médecine, de l'agriculture et du commerce européens, mais aussi la vulnérabilité des Anglais en Inde<sup>5</sup>.

Ce n'est qu'au XIXe siècle, après deux siècles de migration vers les Indes-Néerlandaises et de nombreuses victimes, que les Hollandais ont commencé à se poser la question de la possibilité pour les Européens de vivre sous les tropiques, la poursuite de la colonisation rendant nécessaire l'augmentation des migrations. Certains médecins pensaient que la chaleur tropicale ne présentait pas de danger pour l'homme. D'autres pensaient l'inverse. Un débat était donc indispensable, autour de la question d'une bonne santé possible sous les tropiques. Les médecins ont ainsi effectué des enquêtes pour mieux connaître les Indes Néerlandaises, et y classer les maladies. Nous nous intéresserons, dans ce chapitre, à cette mise en cause d'une vie possible dans un pays chaud pour les Européens, mais aussi aux conseils qui leur furent donnés par les médecins pour préserver leur santé.

---

<sup>5</sup> Mark Harrison, « Differences of degree: representations of India in British medical topography, 1820-c. 1870. », *Medical History. Supplement*, 2000, n° 20, p. 53 ; Philip Curtin a également souligné les nombreux décès parmi les Européens partis sous les tropiques dans son ouvrage, Philip D. Curtin, *Death by migration: Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge [England] ; New York, Cambridge University Press, 1989, 251 p.

## I – LE DÉBAT SUR L'ACCLIMATEMENT

L'idée que le climat joue un rôle déterminant apparaît dès l'époque d'Hippocrate. Le diagnostic du médecin est toujours en lien avec le lieu où il se trouve et la qualité de l'air. Avec l'accroissement de la migration des Européens vers les régions tropicales au XIXe siècle, le travail du médecin s'oriente de plus en plus vers l'influence du climat sur leur état de santé. Les Anglais s'intéressent à l'influence des conditions climatiques en Inde et en Afrique. Les Américains ont également analysé l'impact du climat du sud de leur pays (Louisiana, Mississippi, Alabama et Georgia). L'ouvrage de James Johnson *The influence of tropical climates on European constitutions*, publié en 1812, est devenu une sorte de bible médicale au début du XIXe siècle<sup>6</sup>.

L'impérialisme a donc joué un rôle important dans l'intensification de ces questions. Assurer la santé des Européens sous les tropiques est devenu essentiel ; l'autorité coloniale ne veut pas les mettre en danger. De nombreux médecins écrivent leurs réflexions sur ce sujet. Ces écrits peuvent en même temps servir à justifier l'action politique. Cependant, les médecins de l'époque ne sont pas d'accord entre eux sur ce sujet. Bien qu'il y ait des médecins qui ne voient pas de danger inhérent aux climats chauds, d'autres ont un avis contraire<sup>7</sup>.

Aux Indes-Néerlandaises Junghuhn<sup>8</sup> écrit par exemple dans une lettre de 1836 : « [L]e climat de ce pays me convient à merveille et je ne comprends pas comment on peut y être malade<sup>9</sup> ». Ses premiers jours à Java lui donnent l'impression que tout va bien et que le danger du climat tropical dont on a souvent parlé est loin d'être démontré.

Junghuhn semble être émerveillé par ce nouveau lieu qu'il vient de découvrir. A partir de cette expérience, il juge les pays tropicaux vraiment différents de ce que racontent ceux qui les considèrent comme dangereux pour la santé. Il arrive donc à la conclusion que le climat tropical est agréable, une opinion qu'il révisera lui même quelques années plus tard.

---

<sup>6</sup> David N. Livingstone, « Human acclimatization: perspectives on a contested field of inquiry in science, medicine and geography », *History of Science*, 1987, vol. 25, n° 4, p. 360-361.

<sup>7</sup> David Livingstone regroupe six opinions sur ce sujet: Universal Anti-Acclimatization, Tropical Anti-Acclimatization, Racial Acclimatization, Regional Acclimatization, Universal Acclimatization. Voir *Ibid.*, p. 366-381.

<sup>8</sup> Franz Wilhelm Junghuhn, né à Mansfeld le 26 octobre 1808 et mort à Lembang (Java) le 24 avril 1864, un médecin mais aussi un zoologue.

<sup>9</sup> A. de Knecht-van Eekelen, « The debate about acclimatization in the Dutch East Indies (1840-1860). », *Medical History. Supplement*, 2000, n° 20, p. 79.

Dans un article publié en 1842, il écrit sur l'influence de la chaleur sur la santé de l'homme. « Il est de notoriété publique que les tropiques induisent sur notre corps un grand changement dont l'origine est la nature du climat sous ces latitudes plus élevées. Des maladies abdominales tropicales malignes enlèvent brutalement des vies, mettent prématurément un terme à des carrières, font perdre l'espoir d'un avenir ici, et obligent à revenir en Europe après que les organes digestifs aient été irréversiblement affaiblis, ou après des rhumatismes tropicaux ou d'autres maladies<sup>10</sup> ». Ce passage montre à quel point Junghuhn commence à se rendre compte de l'influence pernicieuse du climat tropical sur la santé. Le fait qu'il ait publié son article dans une revue scientifique montre qu'il a basé son opinion sur l'observation.

Selon lui, la source des maladies dans les pays tropicaux est la chaleur. « Effectivement, c'est la chaleur qui nous - les Européens - rend malades ici ; ses conséquences sont toutes les maladies du bas ventre, l'inflammation du foie, la dysenterie, la sprue tropicale, conduisant à la gastrique bilieuse et à la fièvre nerveuse que presque tous les Européens sous les tropiques vont subir tôt ou tard<sup>11</sup> », constate-t-il. Ce que voit Junghuhn, à partir de ses expériences, est que la chaleur provoque beaucoup de maladies pour les Européens. Il est convaincu qu'une même maladie est deux fois plus grave sous les tropiques qu'en Europe du fait de la chaleur.

«Y a-t-il d'autres causes de maladies dans les basses terres que la chaleur ?<sup>12</sup> », demande-t-il, de manière emphatique. Cette question est adressée à Swaving, un médecin hollandais travaillant aux Indes-Néerlandaises, son « adversaire » sur la question de l'acclimatement. Ce dernier soutient l'idée que vivre sous les tropiques

---

<sup>10</sup> « *Algemeen is het bekend, welke groote veranderingen de tropische hemel in ons ligchaam, waaraan de natuur oorspronkelijk een klimaat, op hoogere breedten, heeft aangewezen, gewoonlijk te weeg brengt, en hoe verderfelijck, dikwijls met al de middelen der kunst spottende, die tropische buikziekten zijn, welke zoo vele slagtoffers wegrukken, en zoo vele anderen noodzaken vroegtijdig hun loopbaan te eindigen, en, met verlies van al de vooruitzigten eener voordeelige toekomst hier te land, naar Europa terug te keeren, daartoe gedwongen door eene onherstelbare verzwakking van de werktuigen hunner spijs vertering, of door tropisch-rheumatike of andere aandoeningen* », F. Junghuhn, « De Gematigde en Koude Streken van Java, met de aldaar Voorkomende Warme Bronnen: Uit een Natuur- Aardrijks- en Geneeskundig Oogpunt Beschouwd, als Stellende een Middel daar te Voorkoming en Genezing van die Ziekten, Waaran Europeanen, te Gevolge van Hun Lang Verblijf in Heete Luchtsreken, Gewoonlijk Lijden », *Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1842, n° 4, p. 81-82.

<sup>11</sup> « *Het is toch alleen de warmte, die ons Europeanen hier ziek maakt ; het is oorspronkelijk alleen de warmte, met de van haar onafscheidelijke gevolgen en uitwerkselen, welke alle die onder-buikziekten en dat aantal van leverontstekingen, dijsenterien, tropische spruw, en die gastrische-galactige- en zenuwkoortsen te weeg brengt, aan welke bijna alle Europeanen onder de keerkringen vroeg of laat lijden* », *Ibid.*, p. 90.

<sup>12</sup> « *Wat blijft nu als oorzaak voor de ziekten van het lagere land over, - dan de warmte ?* », F. Junghuhn, « Nog een Woord, Gevoegd bij het Iets over Acclimatisatie van Dr. Swaving », *Indisch Magazijn*, 1844, n° 1, p. 324.

est possible. Mais pour Junghuhn, en revanche, il semble évident que la possibilité de vivre en bonne santé dans un pays chaud est très faible. Il a montré que presque aucun Européen n'a été épargné par la maladie après être resté plus de huit ans ; 90% sont tombés malades à un moment ou à un autre<sup>13</sup>.

Junghuhn a mis l'accent sur le fait que la science doit être fondée sur l'observation, de sorte qu'être présent sur le terrain est indispensable. Pour lui la déduction seule est moins fiable que l'observation. Il est convaincu que son argument est très solide, car, en plus de ses observations, il a également fait des comparaisons avec ce qui se passe dans d'autres régions tropicales. « Toutes les conclusions sont unanimes, lorsqu'elles proviennent de l'observation et de l'expérience<sup>14</sup> ».

Il semble donc évident que Junghuhn ne croit pas à l'acclimatement. Selon lui, l'acclimatement des Européens ne se fera jamais sans désagréments. Junghuhn déclare aussi qu'il faut recourir à un instrument de mesure : « On arrive d'un horizon très lointain, si bien qu'au bout d'un certain temps, on ne sait plus ressentir le degré de chaleur ; mais en se référant au thermomètre [nous savons] exactement s'il fait très chaud<sup>15</sup> ». En utilisant le thermomètre, il veut montrer qu'on ne doit pas se baser uniquement sur ce qu'on ressent. A son avis, il est possible de se sentir bien, alors que le climat est très chaud. Et, selon lui, c'est cette chaleur qui va avoir des conséquences néfastes sur le corps. Cette opinion nous renvoie à ce que Junghuhn lui-même a dit précédemment à son arrivée à Java, la première fois.

« L'expérience prouve qu'un vieux colon, écrit Junghuhn, même après avoir passé vingt heureuses années –sinon plus – n'est toujours pas en sécurité à cause de la mauvaise influence du climat<sup>16</sup> ». Il en ressort que l'acclimatement n'est jamais réussi même pour quelqu'un qui a déjà passé plus de 20 ans sous les tropiques. En outre, le fait que les Européens aient toujours besoin de retourner chez eux en Europe pour se faire soigner montre l'impossibilité de l'acclimatement, car au moment « où ils peuvent être bien acclimatés, il serait inutile de quitter le climat chaud pour aller

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 329.

<sup>14</sup> « *Allen, die conclusien hebben waarde, welke, als resultaat van waarnemingen en ondervinding, bewezen kunnen worden* », *Ibid.*, p. 325.

<sup>15</sup> « *Men komt als dan eindelijk zoo ver, dat men 't niet meer voelt, maar alleen op den thermometer ziet, hoe warm het is* », *Ibid.*, p. 328.

<sup>16</sup> « *De ondervinding leert dat een oudgast, zelfs na rees 20 jaren gelukkig hier te hebben doorgenstaan, - na dien langen tijds zelfs, zeg ik, - nog steeds niet veelig is voor den gevaarlijken invloed van het klimaat* », *Ibid.*, p. 331.



dans un pays froid - si seulement l'acclimatation était possible<sup>17</sup> ». Le fait que la plupart des Européens rentrent de temps en temps en Europe indique que l'acclimatation n'est pas possible. Cela du moins si on suit bien le raisonnement de Junghuhn : si l'acclimatation était possible, les Européens ne quitteraient pas le pays chaud pour retourner dans un pays froid quelque temps après leur arrivée afin d'y se faire soigner.

L'opinion de Junghuhn est partagée par Willem Bosch<sup>18</sup> qui publie en 1844 *De dysenteria tropica*. Dans ce livre il essaye de répondre à la question de la possibilité pour l'homme de quitter son lieu natal afin de vivre sous un climat différent. Bosch avance l'idée selon laquelle cela est impossible sans mettre sa santé en danger. Cette opinion de Bosch est fondée sur une méthode scientifique : l'utilisation de la statistique. A partir de cet instrument, il montre que le nombre de naissances dans la population locale augmente, tandis que la mortalité des Européens est une fois et demie plus élevée que la mortalité des populations locales. Ces données montrent que « la constitution raciale » détermine qu'on ne peut vivre en bonne santé qu'en restant dans son pays natal. Bosch pense que « le Dieu Créateur » désigne à chaque race une région spécifique du monde<sup>19</sup>. C'est la raison pour laquelle, s'il y a des Européens qui « [...] abandonnent l'Europe pour l'Inde Orientale, là, selon les calculs mathématiques, ils ne jouissent pas d'une bonne santé, n'atteignent pas les conditions de vie dont ils pourraient jouir dans leur pays natal<sup>20</sup> ».

Pour obtenir ses données statistiques, Bosch a réalisé une enquête de terrain à Semarang. Il faut savoir qu'à l'époque, cette ville était reconnue comme particulièrement insalubre ; les nombres d'Européens malades et décédés sont très élevés<sup>21</sup>. Il semble que ce médecin n'ait pas pris en compte la situation particulière de

---

<sup>17</sup> « *Waarin zij wel hadden geacclimateseerd kunnen zijn, zoo dat het onnodig ware om uit het heete klimaat naar een kouder land te vertrekken, - indien acclimatisatie in 't algemeen mogelijk was* » *Ibid.*, p. 330.

<sup>18</sup> Willem Bosch, né à Amsterdam le 24 avril 1798 et mort à Arnhem le 19 mai 1876, et un médecin de la médecine tropicale.

<sup>19</sup> Cité dans A. de Knecht-van Eekelen, « The debate about acclimatization in the Dutch East Indies (1840-1860). », art cit, p. 82.

<sup>20</sup> « [...] *dat hij van Europa naar Oostindie verhuizende, daar, met mathematische gewisheid, niet die gezondheid geniet, niet dien levenssterm bereikt, welke hem op zijn' geboortegrond zou zijn te beurt gevallen* », Willem Bosch, *De dysenteria tropica: benevens een vlugtig onderzoek naar de vraag of de mensch de natuurkundige geschiktheid heeft om zijn geboortegrond te verlaten, en elk klimaat te gaan bewonen? Door berekening der sterfte in Oostindien wederlegd*, 's-Gravenhage, 1844, p. 66.

<sup>21</sup> cf M.J.E. Muller, « Geneeskundige Topographie van Samarang », *Natuur- en Geneeskundig Archief voor Neêrland's-Indie*, 1845, n° 2, p. 430-496 ; M.J.E. Muller, « Geneeskundige Topographie van Samarang », *Natuur- en Geneeskundig Archief voor Neêrland's-Indie*, 1846, n° 3, p. 83-103 , 257-283.

cet endroit, en défendant son argument sur le danger du climat tropical. Pour lui les données statistiques s'avèrent être une preuve absolue.

Heijman, dans un article, souligne l'importance du livre de Bosch pour son originalité. En tant que médecin, il considère l'acclimatement comme une tentative pour éloigner toutes les mauvaises influences provoquées par un climat étranger. Toutefois, « le constat de la vieille école, qui [parle de] l'acclimatement, comme d'une opération sans danger et sans violation sur le corps est loin de la vérité, ce qui conduit immédiatement à l'erreur<sup>22</sup> ». Cette opinion s'appuie sur l'ouvrage de Bosch qui, selon lui, a bien mis en lumière une conception fautive sur la question, grâce à une recherche statistique, mais aussi à une recherche en physiologie chimique<sup>23</sup>.

Il exprime sa conviction de l'impossibilité de l'acclimatement dans les premières phrases de son article : « Le climat tropical fonctionne comme un ennemi puissant pour les Européens<sup>24</sup> ». Les conséquences provoquées, selon lui, sont les suivantes : « l'appareil digestif reste de façon durable plus ou moins vulnérable. Les forces physiques diminuent rapidement, de sorte que séjourner ne serait-ce que six à huit ans n'est pas facile à endurer. Des effets similaires peuvent se percevoir au niveau psychique. Penser devient très difficile après des années passées en Inde : Le désir d'un travail intellectuel diminue : en général, il se produit un état d'indifférence dans lequel la volonté de combattre va fortement décroître<sup>25</sup> ».

Le climat chaud est donc considéré comme une menace pour les Européens. Leur constitution physiologique subit un changement qui engendre une mauvaise santé. Cependant, cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas vivre sous les tropiques. Un médecin anglais qui influence beaucoup les médecins néerlandais de l'époque, James Johnson, écrit en 1815 « *I believe it is a settled opinion among Philosophers, that*

---

<sup>22</sup> « *De slender der oude school, welke de acclimatisatie, alsof dit van zelf sprak, eene geheel gevaarlooze werking zonder eenige inbreuk op de gezondheid volgen liet, moet daarom, verre van de waarheid, tot regtstreeksche dwaalbergrippen leiden* », S.L. Heijmann, « Een woord over acclimatisatie », *Natuur- en Geneeskundig Archief voor Neêrland's-Indie*, 1846, n° 3, p. 311-312.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> « *Het tropisch klimaat werkt op zichzelf als een vijandige magt op den Europeaan, welke niet aan deszelfs invloed gewoon is, verstoort als zoodanig in eenen hooger en minderen graad het evenwigt der verschillende physiologische functien, waaruit symptomen ontstaan, die zich als uitdrukking van eenen vreemden prikkel aanschouwelijk maken* » *Ibid.*, p. 311.

<sup>25</sup> « *Het digestieapparaat blijft op den duur in eenen min of meer vulnerebelen staat. De fysieke krachten nemen spoedig aanzienlijk af, zoodat reeds na een zes tot achtjarig verblijf buitensporigheden niet meer zoo gemakkelijk worden verdragen. Desgelijks laten zich psychische specialiteiten waarnemen. Het denken wordt bij een veeljarig oponthoud in Indie bezwaarlijker : de lust tot arbeiden met het hoofd vermindert : over het algemeen treedt er een toestand van onverschilligheid in, die slechts door krachtdadigen wil te bestrijden valt* » *Ibid.*, p. 314-315.

*the Constitution of Man is better adapted to bear those changes of temperature, &c. experienced in migrating from a Northern to a Tropical region, and vice versa, than that of any other animal [...] I think it would not not be difficult to shew, that for this boasted prerogative, Man is, perhaps, more indebted to the ingenuity of his mind, than to the pliability of his body*<sup>26</sup> ». Par cette constatation Johnson veut montrer deux choses : le climat (chaud) cause un changement dans le corps ; la capacité de s'acclimater est facilitée par la raison. L'homme n'est pas sans ressource face à la nature.

Comme les plantes et les animaux, l'homme peut vivre dans tous les coins du globe. C'est du moins ce que croit un médecin optimiste comme Waitz<sup>27</sup>, par exemple. Pour lui, la capacité de s'acclimater est réelle. Pour soutenir son argument, Waitz présente des exemples de migrations humaines dans le monde avant que les Européens ne se déplacent eux mêmes. En outre, à Semarang, la ville où il réside en 1824, il peut rencontrer certains Européens ayant entre 65 et 85 ans, qui ont passé de 30 à 50 ans de leur vie dans cette ville. « Nous comprendrons facilement que les hommes peuvent aussi se déplacer d'une zone climatique à l'autre, sans risquer leur vie<sup>28</sup> », explique-t-il.

Etant un médecin favorable à l'acclimatement, il répond positivement à la possibilité pour l'homme de migrer dans d'autres régions : « oui, nous pouvons le faire ». Cependant quand on lui demande « est-ce qu'on peut le faire sans provoquer un quelconque danger pour la santé ? », il répond qu'il n'en est pas encore sûr. Donc pour lui, la possibilité que le climat ait une influence pernicieuse sur la santé des Européens demeure, mais on doit pouvoir la surmonter. « Nous pouvons maintenant nous accoutumer à l'influence du monde extérieur par une action répétée, c'est la capacité normale de l'homme, la capacité de s'acclimater en soi, à savoir, d'adhérer à

---

<sup>26</sup> James Johnson, *The influence of tropical climates more especially the climate of India on European constitutions: the principal effects and diseases thereby induced, their prevention or removal, and the means of preserving health in hot climates: rendered obvious to Europeans of every capacity*, s.l., J. Callow, 1815, p. 1.

<sup>27</sup> Friedrich August Carl, né à Scahumburg (Allemagne) le 27 mart 1798 et mort à Semarang, est un médecin de la médecine tropicale.

<sup>28</sup> « *Zo begrijpen wij ligtelijk hieruit, dat de mensch ook uit ééne luchtstreek in eene andere moet kunnen verhuizen, zonder daarbij zijn leven veel te wagen* », F. A. C Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, Amsterdam, 1829, p. 7-9.

l'influence de la zone climatique étrangère pour s'habituer afin qu'il ne soit plus touché [par le danger] à l'avenir<sup>29</sup> ».

Waitz explique que le processus d'acclimatement prend un certain temps, au cours duquel la physiologie de l'homme va évoluer. Le phénomène d'acclimatement n'est pas identique d'une personne à l'autre, il dépend de données telles que le tempérament, la condition physique, l'âge, le pays d'origine, les manières de vivre, ainsi que la localisation sous les tropiques<sup>30</sup>.

Une des maladies fréquente pendant la période d'acclimatement est *acclimatisati-korts* (la fièvre de l'acclimatement). Le danger et la violence de cette maladie dépendent de la constitution corporelle de chacun<sup>31</sup>. Waitz explique que « l'aboutissement du processus d'acclimatation est, dans ce cas, un franchissement des limites d'une bonne santé (...) A la fin [les personnes] seront affectées de maladies locales de peau, du ventre ou de symptômes communs comme la fièvre<sup>32</sup> ».

En ce qui concerne la durée de l'acclimatement, Waitz écrit que la plupart des Européens s'acclimatent après avoir vécu un an dans le climat chaud : leur respiration redevient légère ; leur appétit redevient normal, leur sommeil est tranquille. Après deux ans, ils peuvent avoir un problème pendant la troisième année, peut-être souffrir de *l'acclimatisatie-koorts* (la fièvre de l'acclimatement). Il est très probable, selon Waitz, que la quatrième année, si « [...] pour certaines raisons, le processus de l'acclimatation n'avance pas, ... tôt ou tard, ils perdront la vie<sup>33</sup> ».

Ce médecin s'intéresse également à la période la plus favorable au bon déroulement de l'acclimatement. Il dit que la saison des pluies est la pire; le passage de la sécheresse à l'humidité est difficile à supporter. C'est la raison pour laquelle beaucoup d'humains et d'animaux domestiques meurent pendant cette période. Nous

---

<sup>29</sup> « *Op dit vermogen nu door eene herhaalde terugwerking (reactio) zich aan den invloed der buitenwereld te kunnen gewennen, is het vermogen des menschen gegrond, van zich te kunnen acclimatiseren, d.i., zich aan den invloed eener vreemde luchtsreek zoo te kunnen gewennen, dat hij er voortaan niet meer van aangedaan wordt* », *Ibid.*, p. 13-14.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>32</sup> « *De verrigtingen van acclimatisatie overschrijden in dit geval de grens der gezondheid, omdat de natuur tot buitengewone middelen hare toevlugt moet nemen. Hiertoe kiest zij of eene plaatselijke ziekte, als : der huid, der teeldeelen, des buiks, of eene algemeenziekte, als : koorts ; of beide plaatselijke en algemeene ziekten, te gelijk* », *Ibid.*, p. 30-31.

<sup>33</sup> « [...] om de eene of andere reden, de werking der acclimatisatie niet doorstaan ; en wordt vroeger of later uit het leven gerukt », *Ibid.*, p. 35.

pouvons dire que, Selon Waitz, s'acclimater pendant cette saison est par nature très dangereux<sup>34</sup>.

Aux yeux de ce médecin, tout semble clair : nous, les Européens, pouvons nous acclimater aux pays tropicaux. Il y a bien sûr des Européens qui sont morts dans les pays chauds, ce qui relève des aléas de la nature humaine<sup>35</sup>.

Comme Waitz, Swaving est également optimiste en ce qui concerne l'acclimatement. Il publie en 1844<sup>36</sup> un article critique sur la thèse de Junghuhn. Dans cet article il constate que les Européens peuvent s'acclimater aux pays chauds, ce qui ne veut pas dire que la chaleur tropicale n'ait aucune implication sur l'organisme. Il affirme également, comme Waitz, que le processus d'acclimatement n'est pas sans difficulté. Pour Swaving, la capacité de surmonter tous les inconvénients provoqués par le climat chaud facilite le processus de l'acclimatement. Ainsi, dit Swaving : « par le traitement des causes qui perturbent le processus d'acclimatement, - inconvénients des passions [tels que] paresse de l'esprit, manque d'amour -, l'homme en bonne santé, dont le cœur et la tête sont bien en place pourra continuer à vivre grâce à son acclimatement<sup>37</sup> ».

Ayant l'intention de corriger un malentendu provoqué par ses premiers articles, il publie un autre article en 1849<sup>38</sup> dans lequel il défend toujours la possibilité de l'acclimatement pour les Européens dans les pays tropicaux. L'argument de Swaving repose sur la présupposition que l'homme peut se mettre en harmonie avec la nature. « Je vais de nouveau démontrer que notre vie n'a aucun conflit avec le monde extérieur, mais plutôt une association, et rester en harmonie avec celui-ci, peut préserver la santé. Le radar du microcosme est inscrit dans celui du macrocosme<sup>39</sup> », écrit-il. Concernant l'insalubrité des Indes-Néerlandaises, celle-ci, selon lui, n'est pas causée par la nature en elle-même, mais est fabriquée par

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 46-47.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>36</sup> C. Swaving, « Iets over den Invloed van het Klimaat Dezer Gewesten op den Europeaan », *Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1844, n° 6, p. 210-246.

<sup>37</sup> « Bij het behandelen der oorzaken, welke het acclimatisatie-proces storen, zullen wij het nadeel der hartstogten, der luiheid van den geest, van het gebrek aan liefde, voor al wat goed en schoon is, nader ontwikkelen en het zal ons duidelijk worden, dat de gezonde mensch, wiens hart en hoofd goed geplaatst is, zich her acclimatiseren en voor zijnen evenmensch leven kan », *Ibid.*, p. 246.

<sup>38</sup> C. Swaving, « De Invloed van Java's Klimaat op den Gezonden Europeaan en Gezondheidsregelen voor den Nieuw Uitgekome », *Indisch Archief*, 1849, n° 1, p. 161-180.

<sup>39</sup> « Ik zou meer aangetoond hebben, dat ons levens geen strijd met de buiten-wereld, maar eene associatie, eene harmonie is en blijft, bijaldien men zijne gezondheid wil bewaren. Het raderwerk van het microcosme past in dat van het macrocosme », *Ibid.*, p. 163.

l'homme, « c'est l'homme, pas le climat, qui est la cause commune de la maladie<sup>40</sup> ». C'est la raison pour laquelle il insiste sur le fait que « [...] ce n'est pas au climat, mais à l'homme lui-même qu'on doit reprocher tous ces malheurs<sup>41</sup> ».

En ce qui concerne le taux de mortalité des Européens, ce médecin croit qu'il n'est pas dû au climat chaud, mais plutôt à la maladie. A propos de l'apparition des maladies dans les pays chauds, Swaving pense qu'elle est un sujet de débat ; la cause de la transmission n'est pas encore évidente. Le moyen le plus efficace de l'éviter est la mise en place d'une vie respectant les règles d'hygiène<sup>42</sup>.

Ce médecin est certain qu'avec sa capacité morale et intellectuelle de bâtisseur de civilisation, l'homme pourra également arriver à diminuer le risque présenté par les pays tropicaux et y vivre en bonne santé. « Grâce au développement de l'esprit, l'organisme acquière la flexibilité pour s'acclimater dans un climat étranger. L'homme, dont toutes les facultés intellectuelles et morales fonctionnent, peut se répandre sur la terre entière, où il trouve des plantes et des animaux, où il rencontre l'homme inculte ; car ce dernier qui vit encore dans une organisation rigide à cause de son manque d'éducation et de formation sera aidé par l'homme cultivé<sup>43</sup> ».

Le débat entre ces deux groupes de médecins montre l'importance de la question à l'époque. Il s'explique par l'augmentation des migrations d'Européens vers les Indes-Néerlandaises et le besoin de rassurer. La question de l'acclimatement se pose toujours en fonction de la demande coloniale. Ce sont des marchands hollandais durant la deuxième moitié du XIXe siècle qui réfléchissent à investir aux Indes-Néerlandaises, hors l'île de Java et Madoera. Mais n'ayant aucune idée de la faisabilité de leur projet, ils demandent le soutien du gouvernement, considérant que celui-ci devrait financer les candidats à l'émigration, puisque le succès de l'entreprise dépend du travail et de la supervision des Hollandais. Le 16 juillet 1857, un Comité d'Etat est

---

<sup>40</sup> « *dat de mensch en niet het klimaat de gemeenschappelijke oorzaak der ziekten is* », *Ibid.*, p. 163-164.

<sup>41</sup> « *[...] als hij niet het klimaat, maar den mensch zelve vele onheile verwijt* », *Ibid.*, p. 166.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 168.

<sup>43</sup> « *Door de ontwikkeling des geestes ontvangt het organisme de geschiktheid, buigzaamheid, om zich aan een hem vreemd klimaat te gewennen. De mensch, die zich van alle zijne intellectuele en morele faculteiten weet te bedienen, kan over dan geheelen aardbodem zich verspreiden, waar hij planten en dieren vindt, waar hij den ongecultiveerden mensch ontmoet; want deze is het, die door zijne nog onbuigzame organisatie, alse en gevolg van zijne verwaarloosde opvoeding en opleiding, den gecultiveerden mensch met zijnen handenarbeid wil bijstaan* », *Ibid.*, p. 174.

créé par le *Royal Decree* (no 90) dont le but était de conseiller le gouvernement pour la promotion de la colonisation aux Indes-Néerlandaises<sup>44</sup>.

Ce Comité d'Etat est une réponse à la lettre envoyée par un groupe présidé par M. Vlissingen, le 15 avril 1857. M. Vlissingen est un entrepreneur privé (*Particuler*) à Amsterdam. Il est aussi accompagné de Cornets de Groot, ancien membre du comité de conseil pour les Indes orientales (*Oud-Raad van Indie*) à La Haye, de De Ruyter de Wildt, planteur à la Résidence de Soerakarta, qui a alors déménagé à Amsterdam, de J. J. Hasselman, ancien Résident de Djokjakarta, mais aussi de E. C. Buchner, médecin à Amsterdam<sup>45</sup>. La diversité d'origines sociales des membres de ce Comité montre l'intérêt du sujet.

Cette lettre propose de mettre en œuvre le *culturstelsel*<sup>46</sup> dans des îles autres que Java et Madoera, pour accroître les ressources économiques des Pays-Bas<sup>47</sup>. Le besoin de travailleurs européens est par conséquent indispensable et l'Etat doit aider l'émigration. Cette question est essentielle pour contrebalancer l'augmentation de la population chinoise<sup>48</sup>. Pour Vlissingen et son groupe, la colonisation, « ne va pas seulement maintenir l'influence hollandaise dans l'archipel Indien, mais elle va également ouvrir de nouvelles sources de richesse pour La Patrie, permettant le paiement de la dette<sup>49</sup> ». Bien qu'ils soient certains de l'avantage qu'ils en retireront, ils veulent être certains que leur santé ne sera pas en danger.

---

<sup>44</sup> F. H. van Vlissingen, *Verslag aan den koning: uitgebragt door de Staats-Commissie, ingesteld bij 's Konings besluit van 16 junij 1857, no.90, op het adres van F.H. Van Vlissingen en negen anderen, betreffende europesche kolonisatie in Nederlandsch Indie*, s.l., Gebroeders Van Cleef, 1858, 266 p ; A. de Knecht-van Eekelen, « The debate about acclimatization in the Dutch East Indies (1840-1860). », art cit, p. 83-84.

<sup>45</sup> F.H. van Vlissingen, *Verslag aan den koning*, op. cit., p. XVIII.

<sup>46</sup> En 1830 Johannes van den Boch, le nouveau Gouverneur Général, instaure le « système de cultures » (*culturstelsel*). Ce système permet de mettre en coupe réglée la meilleure part des campagnes javanaises et prouve à suffisance que la colonie peut rapporter plus qu'elle ne coûte. Chaque village doit, en principe, abandonner au gouvernement un cinquième de ses bonnes terres et chaque paysan adulte fournir un cinquième de son temps de travail, mais il arrive souvent que ces proportions ne soient pas respectées et qu'une plus grande superficie se trouve consacrée aux plantations d'indigo, de café ou de sucre, au préjudice de rizières. Ce système permettait à la « mère patrie » de gagner un « excédent de recettes » (*batigslot*), entre 1830 à 1877 un total de quelque 800 million de florins. Denys Lombard, *Le carrefour javanais: essai d'histoire globale. Volume 1, les limites de l'occidentalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1990, vol. 3/1, p. 63-64.

<sup>47</sup> F.H. van Vlissingen, *Verslag aan den koning*, op. cit., p. IV.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. V.

<sup>49</sup> « *zal men niet slechts het Nederlandsch overwigt in den Indischen Archipel handhaven, maar men zal ook nieuwe bronnen van welvaart openen voor het Moederland, en tevens aan die bezittingen een schuld betalen, welke reeds veel te lang op Nederland heeft gedrukt* », *Ibid.*, p. VI.

Répondant à cette lettre, une commission est créée pour mener une enquête sur la possibilité de la colonisation. Présidé par J. J. Rochussen, ancien *Gouverneur-Generaal van Nederlansch-Indie*, cette commission comprend également plusieurs individus provenant de divers domaines, parmi ceux-ci : A. L. Weddik, Conseiller d'Etat, ancien Gouverneur de Borneo, B.W.A.E. Baron Sloet to Oldhuis, membre de Tweede Kamer der Staten-Generaal ; J.G.A. Gallois, ancien Résident du Département du Sud et de l'Est de Borneo ; Rembang, M.G. van Heel, entrepreneur (sucre) à Java, qui réside alors à La Haye ; ainsi que F.C. Donders, professeur de médecine à l'université de Utrecht<sup>50</sup>. La composition de cette commission montre bien que la question de la colonisation se situe à un carrefour de problèmes politique, économique et médical.

Dans le rapport écrit par cette commission, la question de la température occupe une large place. La discussion est basée sur des recherches faites par des médecins hollandais, mais aussi français, allemands et anglais. Pour défendre son argument, le gouvernement (Rochussen) utilise par exemple les données que fournit Jean-Christian Boudin, Médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, dans son ouvrage *Traité de Géographie et de Statistique Médicales et des Maladies Endémiques* publiées en 1857<sup>51</sup>. La conclusion de ce rapport est très positive : l'acclimatement est possible en suivant quelques règles<sup>52</sup>.

La publication du rapport sur l'acclimatement montre l'importance de cette question surtout dans ses relations avec la colonisation. L'intervention de l'Etat est une indication du caractère non seulement économique, mais aussi politique du problème. L'opinion des médecins a été nécessaire pour justifier que l'émigration ne provoque aucun mal pour la santé des Européens. L'intérêt des grandes entreprises est évident : ils ont besoin de travailleurs, et en particulier d'Européens pour assurer le maintien de leur activité économique.

Le débat sur la question ne s'arrête pas avec la publication de ce rapport. Elle reste posée dans plusieurs ouvrages. Inspiré par Swaving, Van der Burg a une attitude optimiste à propos de l'acclimatement, et il est convaincu qu'en

---

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. XIX-XXI.

<sup>51</sup> Voir Jean-Christian-Marc Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques : comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1857, vol. 2/, 744 p.

<sup>52</sup> F.H. van Vlissingen, *Verslag aan den koning, op. cit.*, p. 22-52.



principe l'être humain peut vivre n'importe où dans le monde, comme il le montre dans son ouvrage *De Geneesheer in Nederlandsch Indie. Land, Klimaat en bewoners ; 'hygiene' ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, publié en 1882.

La Société pour l'Avancement de la Médecine aux Indes-Néerlandaises pose aussi la question lors de sa réunion ordinaire, en octobre 1873. L'opinion de cette Société n'est pas différente de celle de 1857. L'acclimatement est possible dans des régions de haute altitude<sup>53</sup>.

Cette question a également été reprise au Congrès international des Médecins des Colonies à Amsterdam en 1883. Da Silva Amado parle, par exemple, des professions qui conviennent aux Européens dans les pays chauds. Il donne des indications sur les activités qu'ils peuvent faire et celles qu'ils doivent éviter. Overbeek De Meijer, un médecin hollandais, a fait une description historique des recherches faites sur l'acclimatement aux Indes-Néerlandaises. Pour dire simplement, pour réussir, il faut résider à une altitude de 1500m au moins au dessus du niveau de la mer. Il discute également de l'échec de l'acclimatement dans d'autres régions. H. Rey souligne l'importance de la mise en oeuvre de règles d'hygiène. Il est certain que moyennant l'application de règles d'hygiène, l'acclimatement de la population blanche dans les pays chauds est possible et durable<sup>54</sup>.

Cette vision positive sur l'immigration est le fruit d'une enquête plus détaillée effectuée depuis les années 1840. Lorsque certains médecins débattent de la possibilité d'acclimatement, d'autres médecins sont déjà allés plus loin, travaillant sur la topographie médicale. Comment ont-ils travaillé aux Indes-Néerlandaises ?

## II – LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE

La topographie médicale est une pratique présentant et décrivant un espace de taille variable dans son rapport avec l'état sanitaire et morbide des populations qui y vivent ou qui y séjournent. C'est une étude sur la distribution des maladies et les caractéristiques régionales des facteurs terrestres, climatiques, biologiques et

---

<sup>53</sup> B. E. J. H. Becking et C. L. van der Burg, « Advies van de vereeniging tot bevordering van de geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch-Indie over het onderwerp der immigratie naar Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1874, p. 757-763.

<sup>54</sup> Congrès international de médecins des colonies (Amsterdam ; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883 : compte-rendu publié par M. Van Leent, secrétaire général, et MM. Guye, de Perrot et Zeeman*, Amsterdam, F. Van Rossen, 1884, vol. 1/, 383 p.

sociaux, mais aussi les caractéristiques régionales des processus pathologiques. Nous pouvons dire que la topographie médicale a pour but de « découvrir les causes et les conditions de cette répartition et de ces variations nosologiques<sup>55</sup> ».

Dans le monde colonial des Indes-Néerlandaises, de nombreux travaux sur la topographie médicale étaient effectués par des médecins militaires européens de l'époque, au moment même où on s'interrogeait encore sur la possibilité pour les Européens de vivre sous les tropiques. Le travail de topographie médicale peut être donc considéré comme une réponse à la question de l'acclimatement.

### ***La topographie médicale dans le monde colonial***

Dans la réunion de commémoration des vingt-cinq années de la Société pour l'avancement des sciences médicales aux Indes-Néerlandaises, Van Den Burg parle des deux tâches principales du médecin : soigner les malades et prévenir l'arrivée des maladies. Il comprend très bien que l'hygiène est essentielle. « La connaissance des conditions et des mesures [nécessaires] permet [à l'homme] de suivre les préceptes de l'hygiène, afin de préserver sa santé<sup>56</sup> », indique-t-il.

Les médecins européens aux Indes-Néerlandaises se sont rendus compte que la pratique de l'hygiène, une des caractéristiques d'une société civilisée, n'était pas facile à réaliser. « L'hygiène est reconnue comme une connaissance si importante que les peuples civilisés la mettent en oeuvre, [c'est] aussi le travail d'une société civilisée [...]»<sup>57</sup> », dit Burg. La mise en œuvre de l'hygiène dans la vie est indispensable pour que la société soit civilisée.

Quelques années avant que Burg ne donne ce discours, Praeger, un officier de santé hollandais, a entrepris, dans son ouvrage - *Indische studiën (1863)* - de poser une question: « y-a-t'il une tâche plus belle pour quiconque dans le monde que de montrer, dans la vie, la condition nécessaire pour le bien, la vie saine, face à un

---

<sup>55</sup> Mirko Drazen Grmek, « Géographie médicale et histoire des civilisations », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1963, vol. 18, n° 6, p. 1071.

<sup>56</sup> « De kennis van de omstandigheden en verrichtingen, die het hem mogelijk maken dien plicht op te volgen is de hygiene, de leer om de gezondheid te bewaren », C. L. van der Burg, *Overzicht van de geschiedenis en de werkzaamheden der Vereeniging tot bevordering van geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch Indië gedurende de eerste vijf-en-twintig jaren van haar bestaan: redevoering uitgesproken in de Algemeene Vergadering van den 2den Maart 1877*, Batavia, Bruining, 1877, p. 9.

<sup>57</sup> « Hygiene is een erkend zoo belangrijk wetenschap dat zij bij alle beschaafd volkeren tal van beoefenaars vindt en wel in zoo voldoende mate, dat men met een gerust geweten het overboedig noemen kan, zoo het eene werkelijk beschaafde volk meent bij een ander ter school te moeten gaan en persoonlijk hulp te zoeken om te weten, wat in bepaalde gevallen in het belang der gezondheid moet worden verricht », *Ibid.*, p. 10.

environnement hostile ?<sup>58</sup> ». Cette question indique que préserver sa santé nécessite de s'en prendre aux maux provenant de l'environnement. L'ouvrage dans son ensemble a pour objet la question de la santé aux Indes-Néerlandaises dans son rapport avec le climat, le lieu et la manière de vivre des habitants du pays.

A cette époque, le problème de l'hygiène est vu comme un sujet important aux Pays-Bas, comme dans d'autres pays européens. Le progrès d'une nation dépend de la santé et du moral de ses habitants. Cette idée, qui concerne le corps comme une ressource à gérer par une nation, est très courante en Europe au XIXe siècle<sup>59</sup>.

Aux Indes-Néerlandaises, comme le montre Praeger, l'intérêt pour la population passe par la bonne connaissance de l'environnement. Etant donné que la topographie médicale s'intéresse à ce type d'information, elle devient indispensable pour mettre en application la pratique de l'hygiène. La migration des Européens et l'expédition militaire sont deux autres raisons pour lesquelles les recherches en topographie médicale sont essentielles.

Sur une période de quarante ans – de 1840 à 1880 –, on trouve environ 26 articles qui portent le titre : « la topographie médicale ». La topographie médicale est le plus souvent comparée avec d'autres disciplines médicales.

Les régions étudiées sont les régions où habitent des Européens depuis longtemps, telles que Batavia, Semarang et Amboina, ainsi que des régions qu'ils envisagent d'habiter telles que Zuide en Oostkust Borneo (le Sud et Côté Est de Borneo), Amandit et Negara, Mengkatip et Sihon, essentiellement des régions qui se trouvent hors de Java. Au début, ces travaux paraissent dans la revue *Natuur-en*

---

<sup>58</sup> « *Is er wel schooner taak, voor wien ook, in de wereld te bedenken, dan den weg aan te wijzen, om het leven, de noodzakelijke voorwaarde voor alle geluk, het gezonde leven, te sparen voor de aanvallen eener vijandige omgeving?* », L. F. Praeger, *Indische studiën : bijdragen tot de kennis der levensvatbaarheid, levens- en gezondheidsleer van de vreemde en eigene bewoners van Nederlandsch Indië : met eene bevattelijke voorstelling van de werking van het klimaat, en de leefwijs in verschillende bewoonde plaatsen van Nederlandsch Indië op den vreemdeling, van de wijs van ontstaan der meest voorkomende tropische ziekten, en van de middelen om ze te voorkomen, van de betrekkelijke gezondheid der verschillende standen en rassen, gesteund door eenige statistische proeven uit goede bronnen*, Nieuwediep, J.C. de Buissonje, 1863, p. 1.

<sup>59</sup> L'apparition de la science statistique au XIXe siècle est une manifestation de l'intérêt de l'Etat pour la population. Voir Theodore M. Porter, *The rise of statistical thinking, 1820-1900*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1986, 333 p ; Ian Hacking, *The taming of chance*, Cambridge [England] ; New York, Cambridge University Press, 1990, 264 p ; Alain Desrosières, « Official Statistics and Medicine in Nineteenth-Century France: The SGF as a Case Study1 », *Social History of Medicine*, 1991, vol. 4, n° 3, p. 515-537 ; Andrea A. Rusnock, *Vital accounts: quantifying health and population in eighteenth-century England and France*, Cambridge ; New York, Cambridge University Press, 2002, 249 p ; Alain Desrosières, *La politique des grands nombres*, Paris, La Découverte, 2010, 462 p Nous allons discuter la question de la statistique aux Indes-Néerlandaises dans le chapitre suivant. .

*Geneeskundige Archief Voor Nederlansch Indie*, entre 1844-1846; après la disparition de cette revue, les travaux de topographie médicale sont publiés dans *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie* (GTNI), de l'année 1852 jusqu'à 1876. La division entre les territoires situés à Java et hors Java est importante pour comprendre les objectifs du gouvernement colonial.

Nous constatons que les régions étudiées sont les régions les plus peuplées par les Européens, mais aussi les régions où se trouvent des garnisons militaires. L'intérêt du gouvernement colonial, représenté par des médecins militaires, indique que le but de ces travaux est de faciliter la colonisation. Nous allons traiter plus tard ce sujet.

### ***Des lieux sains et des lieux malsains***

Verweij<sup>60</sup>, un médecin clinique à La Haye, explique dans son ouvrage sur l'acclimatation, qu'il existe des endroits sains où habiter et d'autres à éviter pour ceux qui viennent d'arriver ou qui veulent rester longtemps sous les tropiques<sup>61</sup>. Il est important d'expliquer pour quelle raison un lieu est classé comme sain et d'autres malsains.

En 1843, Boudin a publié un essai intitulé *Essai de Géographie Médicale*. Il s'agit d'une étude, comme le dit Boudin, « sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, lois de coïncidence et d'antagonisme<sup>62</sup> ». Pour ses disciples Boudin est « le véritable fondateur de la Géographie médicale en tant que science explicative », car « il croit découvrir certaines relations constantes entre les phénomènes géographiques et pathologiques<sup>63</sup> ».

Cet ouvrage se divise en 8 parties. Chaque partie analyse l'un des facteurs environnementaux que propose l'auteur en rapport avec la santé. La première partie, par exemple, a pour titre « L'influence de la latitude et de la longitude géographique ». L'analyse qui suit présente des exemples sur l'apparition des maladies provoquées dans chacune des situations. Parmi huit postulats proposés, il est intéressant d'en

---

<sup>60</sup> Leonard Herman Verweij, né à Franeker le 9 mars 1816 et mort à La Haye le 22 février 1875, a obtenu son titre de MD à Groningen en 1839.

<sup>61</sup> Leonard Herman Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, 's-Gravenhage, Kraft, 1863.

<sup>62</sup> Jean-Christian-Marc Boudin, *Essai de géographie médicale, ou Etudes sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, lois de coïncidence et d'antagonisme*, Paris, Germer-Baillière, 1843, 104 p.

<sup>63</sup> M.D. Grmek, « Géographie médicale et histoire des civilisations », art cit, p. 1079.

citer cinq : 1. Influence de la latitude et de la longitude, 2. Influence de l'élévation du sol, 3. Influence de la structure géologique du sol, 4. Influence des eaux, 5. Des vents, considérés comme agents de transmission des miasmes.

L'ouvrage de Boudin est un essai de systématisation de la topographie médicale, mais a aussi pour but de donner le sens explicatif de cette étude. De nombreux médecins ont été influencés par ce modèle, y compris des médecins hollandais travaillant aux Indes-Néerlandaises, du moins c'est ce que montrent leurs travaux. Bleeker l'initiateur de la pratique de topographie médicale cite par exemple Boudin dans son travail sur la topographie médicale de Batavia. Il débute en conséquence par une analyse topographique, en décrivant la location géographique, la latitude, longitude et altitude, et aboutit à la classification des régions saines et malsaines. Dans le cas des Indes-Néerlandaises, le débat sur ce sujet se concentre sur la question des sites marécageux et littoraux et des régions montagneuses.

### ***Des régions marécageuses et littorales***

Concernant les mauvaises conditions de santé à Batavia dans la première décennie du XIXe, Bleeker explique qu'elles sont dues à la basse altitude et la température élevée, mais aussi au fait que Batavia est une région littorale. Cette ville est en outre entourée par des marais qui produisent des miasmes menaçant la santé. Bleeker écrit « Lorsque un nouveau terrain commence à émerger, de nouveaux marais vont également naître, ce qui provoque l'apparition de nouvelles sources des maladies. Mais aussi, lorsque le terrain s'étend, on peut graduellement essayer de profiter de ce nouveau terrain, en éliminant ses fourrés, en comblant ses marais ou en régénérant des rizières fertiles pour que les sources de maladies régressent, comme des habitants l'ont déjà fait<sup>64</sup> ». Ce médecin remarque que le caractère malsain de Batavia est, entre autres, causé par la présence des eaux stagnantes des marais, ainsi qu'aux rizières.

---

<sup>64</sup> « Al naarmate nu op deze wijze nieuw terrein te voorschijn komt, zullen ook nieuwe voorwaarden voor het ontstaan van moerassen worden gegeven, en zullen daardoor ook nieuwe oorzaken voor het ontstaan van ziekten worden geboren. Maar ook, al naarmate het terrein zich uitbreidt, zal men trachten van dezen niuweren grond allengs voordeel te trekken, de kreupelbosschen uitteroeijen, de moerassen te dempen of in vruchtbare sawah's en landerijen te herscheppen en aldus de ziektmakende oorzaken te verminderen, zooals men zulks verder van het strand reeds heeft bewerkstelligd », P. Bleeker, « Bijdragen tot de Geneeskundige Topographie van Batavia », *Natuur- en Geneeskundig Archief voor Neêrland's-Indie*, 1844, n° 1, p. 5-6.

Les vents sont également considérés comme porteurs de maladies, surtout les vents provenant de la mer. Il est donc conseillé d'habiter une maison face à la terre pour éviter le souffle du vent de la mer. Dans le cas de Batavia, la pluie est considérée bonne pour la santé, car elle peut faire baisser la température, mais elle entraîne un effet négatif, l'inondation. D'autre part la saison sèche a également un effet négatif. « Quand la saison sèche vient, cela est mauvais pour la santé. De nombreux marais subsistent, d'où sortent des vapeurs nuisibles car la pluie légère ne suffit pas à amener de l'eau et, le jour devient sec avec la chaleur brûlante. La température, comme pendant la saison des pluies, normalement très élevée, reste plus stable et diminue rarement du fait d'une pluie irrégulière. Le vent de terre et le vent de mer arrivent régulièrement et le vent de terre refroidit le soir et la nuit, la colonne de mercure de thermomètre monte jusqu'au 80°<sup>65</sup> », écrit Bleeker.

Un autre mauvais aspect sanitaire de Batavia est dû à la présence de cimetières dans la ville, provoquant des odeurs putrides, dangereuses pour la santé. En raison de toutes ces données, l'auteur conclut que Batavia est une ville malsaine.

Connu comme l'« Indische Venetie », le site de Palembang ressemble à d'autres régions. Les variations de température sont extrêmes et sont soudaines ; quelquefois la température du jour est très chaude, elle baisse le soir, et le lendemain matin, elle devient très froide. Par conséquent, le climat de cette région est très désagréable. Cependant, l'auteur explique que Palembang est sain. Il n'y a que très peu de gens qui sont atteints de maladie<sup>66</sup>.

Vu sa localisation géographique, Telok-Betong est considéré comme un endroit malsain à habiter. Wienecke écrit : « l'exhalation du sol volcanique, les marais de la plage et de nombreuses eaux stagnantes, où une masse de végétaux et de substances animales se décomposent, polluent l'air avec des substances qui sont très

---

<sup>65</sup> « De boven opgespmde, voor de gezondheid zoo nadeelige verhoudingen vallen voor een groot gedeelte weg, wanner de drooge mousson volledig is doorgekomen. Vele velden en moerassen houden alsdan op, schadelijk dampen uitestooten, omdat zij door de hoogst spaarzame regens geen genoegzamen toevoer van water erlangen en door de brandende hitte des dags zijn opgedrogd. De temperatuur, hoezeer des daags hooger dan gewoonlijk in den regentijd, blijft meer regelmatig en wordt zelden door buijen plotseling tot daling gebragt. De land- en zeewinden komen op geregelde tijden door en vooral de landwind verkoelt des avonds en des nachts den heeten dampkring, doet de kwikkolom des thermometers tot soms een tiental graden onder 80° Fhr. Dalen en herstelt de veerkracht van het door de hitte van den dag ontspannen ligchaam », *Ibid.*, p. 42-43.

<sup>66</sup> L. Lindman, « Geneeskundig Topographische schets van de Hoofdplaats Palembang », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 4, p. 753-780.

dangereuses pour tout un groupe d'animaux<sup>67</sup> ». En outre, « les conditions climatique et atmosphérique, principalement la température élevée, l'état hydrométrique de l'air et des forêts marécageuses, modifient la transpiration et affectent le foie, le sang et les ganglions<sup>68</sup> ». Les habitants de Lampong sont malpropres. Selon Wienecke, le fait qu'ils se lavent souvent ne les rend pas propres pour autant, car ils le font non en raison de l'hygiène, mais plutôt pour refroidir leur corps. L'auteur conclut à la fin de son travail que l'état malsain de cette région est causé par l'atmosphère, l'environnement, mais aussi la manière de vivre de ses habitants<sup>69</sup>.

Tout comme Lampong, Anjer est connu pour son insalubrité, surtout du fait de sa localisation géographique. Moens dit qu' « Anjer est considéré comme une tombe pour les Européens<sup>70</sup> ». L'existence de *sawah* (champs, rizières) est considérée comme un mauvais élément. La présence de l'eau stagnante qui affecte l'air est nuisible. Il faut tenir compte de la mauvaise qualité de la composition de l'air, selon Moens. Enfin, l'eau soit-disant potable de cette ville provoque la dysenterie, il est important donc d'analyser sa composition chimique. Selon l'auteur, les habitants de Anjer sont malpropres. Il apparaît souvent sur leur corps des maladies de peau. Pour les Européens résidant dans cette région, la contamination est inévitable. En conséquence, cette ville mérite d'être qualifiée de ville insalubre. Dans son travail Moens est très convaincu que « concernant le climat de Anjer, nous avons une accumulation de nuisances<sup>71</sup> ».

Les régions sud et est de Bornéo sont entourées par des marais avec une température élevée. Ces marais couverts par la végétation empêchent le rayonnement du soleil dans l'eau. Par conséquent, en même temps que le processus de décomposition des végétaux, cela provoque l'évaporation d'une substance

---

<sup>67</sup> « *De uitwasemingen van den vulkanischen bodem, de moerassen aan het strand en de vele stilstaande wateren, waarin eene menigte plantaardige en dierlijke zelstandigheden rotten, verontreinigen de lucht met stoffen, die voor de dierlijke organisatie hoogst schadelijk zijn* », G. F. Wienecke, « *Geneeskundige Topographische schets van Telok-Betong en Onderhoorigheden (Lampongsche Distriken)* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 5, p. 628.

<sup>68</sup> « *De vermelde klimatische en atmosferische verhouding, voornamelijk de hoog temperatuur, de hijdrometrische toestand der lucht en de uit de moerassig wouden en den bodem komende effluvien bewerken eene aanhoudende verhoogde transpiratie en aandoeningen der lever en hebben een en hoogst nadeeligen invloed op het bloed en de ganglien* », *Ibid.*, p. 651.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p. 638.

<sup>70</sup> « *Anjer als een grafkuil voor europeanen beschouwen* », J. G. Th. Bernelot Moens, « *Eenige beschouwingen omtrent Anjer* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1860, vol. 3, n° 8, p. 417.

<sup>71</sup> « *wat dus het physisch klimaat van Anjer aangaat vinden wij slechts eene openstapeling van schadelijk magten* » *Ibid.*, p. 420.

dangereuse pour la santé. Les habitants de cette région sont considérés comme malpropres, même s'ils ont l'habitude de se laver dans la rivière. En effet, les habitants en amont y jettent des déchets, alors que les habitants de l'aval se lavent avec cette eau polluée. C'est la raison pour laquelle l'auteur classe cette région comme insalubre<sup>72</sup>.

Siboga ressemble plutôt à Anjer et Lampong. La température est élevée, elle atteint souvent 96°F. Cependant, ce qui le rend malsain est la pollution de l'air par les miasmes venus du marais d'où vient une puanteur, surtout pendant la nuit et après la pluie. Par conséquent, on conseille à ceux qui possèdent une maison dont la porte et la fenêtre font face aux marais de les fermer pendant la nuit, mais aussi de fermer le nez et la bouche chaque fois qu'on traverse cet endroit. Les habitants du lieu négligent les règles de propreté. L'auteur conseille aux Européens d'éviter d'y habiter.

### ***Des sites montagneux***

La différence d'altitude entraîne la diversification des températures, ainsi que la différence de latitude et longitude. En rapport avec leur latitude et longitude, des villes des Indes-Néerlandaises font partie des régions chaudes, car elles se trouvent près de l'équateur. Cependant, le niveau d'élévation du sol par rapport au niveau de la mer influence également la température.

Dans son article sur Willem I, Bleeker explique que dans une région dont l'altitude est supérieure à 1500 m par rapport au niveau de la mer, la terre est très fertile. La composition du sol est de bonne qualité. Le climat ne provoque pas d'effet dommageable pour la santé, car le fait que le lieu soit entouré par des montagnes rend Willem I l'un des endroits les plus sains. Cependant ce bon état sanitaire peut être modifié par la présence de marais<sup>73</sup>.

La montagne est une bonne évasion pour les Européens sous les tropiques en période de chaleur. Cela suscite la création d'établissements de soin comme celui d'Oenarang ; pour les Européens ayant habité longtemps aux Indes-Néerlandaises, au lieu de rentrer en Europe pour retrouver la fraîcheur, il est conseillé d'aller dans cet établissement. L'air de la montagne donne la sensation de l'Europe. « Là-bas on

---

<sup>72</sup> C. Helfrich, « Schets eener geneeskundige plaatsbeschrijving van de Zuid- en Oostkust van Borneo », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1859, vol. 2, n° 7, p. 321-365.

<sup>73</sup> P. Bleeker, « Bijdrage tot de Geneeskundige Topographie van Willem I », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1852, n° 1, p. 165-197.



ressent exceptionnellement un bien-être, on respire plus librement, le sang coule avec plus de force dans les veines et la lassitude que provoque la circulation lente, disparaît à l'arrivée [à cet endroit]<sup>74</sup> ». La température élevée qui gêne la respiration disparaît ; les résidents y dorment bien, car il n'y a pas des moustiques : la température de la montagne est bénéfique pour le corps.

Passaroeang est une région exceptionnelle, car elle a une topographie variée. Le côté nord est plus bas avec une altitude de 1450 pieds au dessus de la mer, tandis que le côté est présente un niveau de 8000 pieds. Dans son article, Broekmeijer y dépeint des habitants en bonne santé. Cependant, les Indigènes, d'après l'auteur, sont malpropres, car ils se lavent rarement. Or cette dernière région reste toujours la plus belle, la plus fertile et la plus saine. Il n'y a que très peu d'épidémies qui se propagent. Selon l'auteur l'endroit le moins sain est du côté nord, car il fait partie du littoral. L'auteur suggère de rester du côté de la montagne pour garder toujours une bonne santé<sup>75</sup>. Le Dr. Toussaint et Van der Stok proposent une idée intéressante sur Oenarang et Pelatoengan, deux régions qui ont une altitude élevée et sont riches en sources minérales et autour desquelles on a installé une institution de convalescence, destinée aux Européens qui ont résidé trop longtemps dans un pays tropical<sup>76</sup>.

Bien que Lawaaijang ait une atmosphère saine et que son air ne soit pas trop contaminé, ce n'est pas un bon endroit à vivre pour des Européens, car le climat est très chaud. Pour des personnes qui travaillent souvent sous le soleil, elle n'est pas confortable en raison de la chaleur. Quant aux habitants indigènes de cette région, la propreté leur est étrangère. Ils ont peur de se laver et de s'habiller, ce qui fait que leur peau est dégoûtante. Leurs maisons et leurs campagnes sont loin d'être propres.

L'île d'Ambon, qui a un niveau d'élévation de 2900 pieds par rapport à la mer, est très connue comme un endroit où se propagent des maladies endémiques comme la fièvre (koortsgeteldheid), mais aussi le paludisme (malaria kootsen). A un moment ou à un autre, il est inévitable que les habitants de cette île soient contaminés par ces

---

<sup>74</sup> « *Hij gevoelt daar een ongekend welzijn, hij ademt vrijer, het bloed stroomt met meer kracht door zijne aderen en de loomheid, het gevolg van den tragen bloedsomloop, verwijnt al dadelijk bij zijne komst* », A. J. D. Steensta Toussaint, « Het Reconvallescenten-Gesticht te Oenarang », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1852, n° 1, p. 48.

<sup>75</sup> J. G. X. Broekmeijer, « Geneeskundige Plaatsbeschrijving der Residentie Passaroeang », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 4, p. 1-51.

<sup>76</sup> A. J. D. Steensta Toussaint, « Het Reconvallescenten-Gesticht te Oenarang », art cit ; N. P. van Der Stok, « Het Bad-Etablissement de Pelatoengan », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1874, vol. 5, n° 16, p. 259-432.

maladies. Cette propagation est liée à la composition de l'atmosphère, au climat et au niveau d'humidité. Certains croient que ce mauvais état sanitaire est lié aux tremblements de terre fréquents dans cette île. En tout cas, selon l'auteur, l'île d'Ambon n'a pas un bon état sanitaire<sup>77</sup>.

C'est la raison pour laquelle Verweij écrit : « Banka, Timor, Salatiga, Samarang, Soerabaja, Lampong, Batavia, Meester-Cornelis, Timor-Koepang sont considérés comme défavorables au niveau sanitaire. En général, les îles extérieures (de Java) ne sont pas à choisir ». En plus, il souligne que « Batavia, Samarang et Soerabaja sont connues comme moins favorables pour la santé [...] Des épidémies s'y produisent, car des maladies contagieuses se propagent souvent, raisons pour lesquelles des mesures de précaution doivent être prises<sup>78</sup> ».

La découverte des régions montagneuses sous les tropiques est une réponse à l'interrogation quant à la possibilité de vivre aux Indes-Néerlandaises. D'une part, leur température s'approche de la température européenne et, de l'autre, elles permettent de soigner les Européens qui sont restés trop longtemps sous la chaleur tropicale. En vue d'approfondir les connaissances sur la santé sous les tropiques, la statistique médicale est employée pour mieux appréhender la réalité.

### **III – Le dénombrement des malades**

La statistique médicale est une autre méthode. Elle consiste à faire une enquête sur les conditions de santé de la population à partir du nombre de malades. Il s'agit de déterminer le pourcentage de malades guéris parmi le nombre des malades traités ainsi que la distribution des maladies dans les différentes régions. A partir de ces données, les médecins de l'époque peuvent déterminer la possibilité pour les Européens de résider dans un pays tropical. Le côté mathématique de la méthode fait son succès.

---

<sup>77</sup> C. A. Bensen, « Topographische Beschrijving van het Eiland Amboina », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1854, n° 3, p. 243-273, 294-314.

<sup>78</sup> « Batavia, Samarang en Soerabaja hebben hunne min gunstig gezondheidsverhouding echter voornamelijk te wijten aan de gemeenschap met andere landen, en dat zij meerendeels de punten van aankomst en vertrek zijn. Epidemien heerschen er menigmaal, besmettelijke ziekten zijn er volstrek niet zeldzaam, en met galante bewegingen dient men omzigtigheid in acht te nemen », L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, op. cit., p. 123.

L'origine des statistiques remonte au XVIIIe siècle. Leur but est de faire la description et l'inventaire des ressources d'un pays, pour en déterminer la richesse. Au XIXe siècle, la statistique allait de pair avec la croissance de la bureaucratie de gouvernement. En 1800, la statistique et les mathématiques s'enrichissent réciproquement ce qui permet la 'mathématisation' de la statistique. L'historien Houwaart écrit que, « *Statistics of population, mortality tables and statistical surveys of – for exemple – crime and suicide appeared in the first decade of the nineteenth century as the first results of this mathematization of statistics*<sup>79</sup> ».

La statistique aux Pays-Bas dans les premières décennies du XIXe siècle ne se pratique toutefois pas comme au Royaume-Uni et en France ; il y a très peu de publications fournissant des données chiffrées du fait du manque d'institutions pour cette discipline. Les rapports chiffrés sur le nombre de malades et de morts, publiés dans la première moitié du XIXe siècle sont réalisés par des physiciens utilisant des tableaux simples sur la sévérité d'une épidémie et ses conséquences. Le premier tableau sur la population est réalisé pour la période 1840-1851 et paraît en 1856 ; il enregistre le nombre de naissances et de décès. L'Etat intervient avec l'établissement de *The State Commission for Statistics and of the Provincial Offices for Statistics*<sup>80</sup>.

La statistique est liée à la question de la santé. L'apparition de ce qu'on appelle la statistique médicale en est une indication. Son rôle est : « *to furnish the means of tracing the descent property of calculating the expectation of life and the law of mortality and of ascertaining the state of disease and the operation of moral and physical causes on health of the people and the progress of the population*<sup>81</sup> », comme le montre Lawrence Goldman dans son article.

Aux Indes-Néerlandaises, c'est Willem Bosch qui entreprend les premières enquêtes, et il s'agit d'un travail plutôt individuel selon la tendance aux Pays-Bas dans les années 1830 à 1840. Il publie en 1844 *Dysentheria Tropica*, un ouvrage dans lequel il présente le nombre d'Européens malades et morts sous les tropiques. Il y analyse aussi la possibilité de vivre dans un pays chaud.

---

<sup>79</sup> E. Houwaart, « Medical statistics and sanitary provisions. A new world of social relations and threats to health », *Tractrix. yearbook for the history of science, medicine, technology and mathematics*, 1993, vol. 5, p. 86.

<sup>80</sup> *Ibid.*, p. 86-87.

<sup>81</sup> Lawrence Goldman, « Statistics and the science of society in early Victorian Britain; an intellectual context for the General Register Office », *Social History of Medicine*, 1991, vol. 4, n° 3, p. 415.

La présentation de données chiffrées de manière régulière n'est réalisée qu'à partir de 1847, lorsqu'apparaît pour la première fois un rapport annuel sur l'état de santé de la population javanaise. C'est toujours Bosch qui met en œuvre ce travail, mais cette fois-ci il utilise son autorité en tant que Chef de service de la santé aux Indes-Néerlandaises. Nous pouvons donc dire que ce travail est plus officiel.

Son rapport est publié dans la revue *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie* en 1852, dont c'est le premier numéro. Le rapport de l'année 1848 présentant l'état de la santé de la population pour l'année 1847 est publié dans la revue en 1853, puis les rapports annuels sont régulièrement publiés dans la revue. En outre, à partir de l'année 1855, le rapport sur l'état de la santé des militaires commence à être également publié.

### ***Les taux de morbidité et de mortalité***

La statistique médicale aux Indes-Néerlandaises présentée dans le rapport sur l'état de santé de la population ne traite pas des naissances. Le nombre de naissances est en conséquence absent des registres. Il est très probable que les données chiffrées fournies par les médecins n'ont pas pour source l'enregistrement administratif fait par le gouvernement, mais viennent plutôt du nombre de malades traités dans différentes institutions. C'est pour cette raison que les statistiques se focalisent sur le nombre de malades traités, ceux qui sont guéris, ceux qui sont morts, mais aussi ceux qui sont toujours en traitement.

Bosch, l'auteur de ce rapport, commence sa description par la présentation du nombre de malades dans les îles de Java et Madura pendant l'année 1846. Selon lui, il y a 9473 nouveaux malades traités et 687 malades traités depuis l'année précédente. Le total de malades traités durant cette année est donc 10160, parmi lesquels 8329 sont guéris, 1080 sont décédés et 751 sont toujours en traitement. Cela signifie que 81,9% des malades sont guéris, 10,63% sont décédés, et le reste est toujours en traitement, donc le ratio des malades décédés est de 9,4<sup>82</sup>. Le taux de mortalité, selon Bosch, a baissé de 1,52 % par rapport à 1845, ce qui donne un taux de 12,15 %<sup>83</sup>. Bosch explique également que son rapport manque de données venant des résidences

---

<sup>82</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1852, n° 1, p. 439-440.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 442.

de Tagal, Pekalongan, Japara et Rembang. L'absence de médecin travaillant dans ces régions est la cause du manque de données. Ce constat montre que le rapport statistique dépend beaucoup de la présence de médecins sur le terrain<sup>84</sup>.

En 1847, le nombre des malades traités s'accroît : il y a 11 474 malades traités, soit 1314 malades traités de plus que l'année précédente. Le nombre de malades guéris est de 80,41%, 2,23% de moins qu'au cours de l'année 1846. En ce qui concerne le ratio de malades décédés, il est de 9,04, un peu inférieur à l'année précédente<sup>85</sup>.

Le nombre de malades traités s'accroît de plus en plus. En 1848 ils sont 13044. Le taux de guérison s'améliore d'un pour cent, tandis que celui des décès est similaire à l'année précédente. L'accroissement du nombre de malades traités, selon Bosch, a été rendu possible grâce à l'augmentation du financement du gouvernement pour améliorer la santé de la population<sup>86</sup>.

Après la critique lancée sur la pratique du *culturstelsel*, la position politique de Bosch est considérée comme une menace pour le régime colonial. Sa collaboration avec van Hoevelle, l'opposant du *culturstelsel*, rend sa position difficile. Du fait, il est obligé de quitter le pays<sup>87</sup>.

C'est Wassink qui continue à fournir les rapports de statistique médicale. Suivant la méthode de Bosch, mais avec une amélioration en étendant son terrain dans des îles hors de Java, il publie son premier rapport en 1854 sur l'état de santé de la population aux Indes-Néerlandaises pendant l'année 1853. Le total des malades qui ont été traités cette année atteint 24715, dont 21559, soit 87%, sont guéris. Le ratio de malades décédés est de 1 : 15,2 ou 6,5%<sup>88</sup>. Par rapport au dernier rapport fait par Bosch, ce chiffre montre une augmentation des traitements.

La population totale en 1853, selon Wassink, atteint le chiffre de 8.232.076, soit 16651 Européens et 8.215.425 Javanais. Le ratio des malades est de 1 : 337,6 et

---

<sup>84</sup> *Ibid.*, p. 441.

<sup>85</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1847 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1853, n° 2, p. 139.

<sup>86</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1848 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1853, n° 2, p. 302.

<sup>87</sup> Nous allons particulièrement discuter cette question dans le chapitre suivant sur la question de la misère de la population.

<sup>88</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buiten-Etablissements over het jaar 1853 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1854, n° 3, p. 347-348.

celui des décès de 1 : 5154,7. Wassink admet cependant que ce chiffre n'est pas sûr, car il a été seulement basé sur le nombre de patients traités par des médecins européens. Il est cependant certain que plus de 0,25% de la population a été déjà traitée. Cela signifie que la médecine européenne commence à être acceptée par la population<sup>89</sup>.

Les malades qui consultent les médecins européens en 1854 sont presque aussi nombreux qu'en 1853 : 25830 malades. Ce nombre est multiplié par deux en 1856 : 52923 personnes sont alors traitées par des médecins. En 1857 leur nombre passe à 43965 personnes<sup>90</sup>. Le pourcentage des guérisons diminue pendant ces trois années, tandis que le nombre de décès augmente. Wassink explique qu'en 1856 et 1857 il y a eu une épidémie, d'où l'accroissement du nombre de malades traités et du taux de mortalité<sup>91</sup>. L'augmentation du recours aux médecins européens n'est donc pas liée à une prise de conscience de la population, mais bien à la survenue d'une épidémie.

### ***Nosologie***

Dans son rapport des années 1846, 1847 et 1848, Bosch classe les maladies qui se trouvent à Java et Madura en 5 catégories : 1) *Koortsigen* (fièvre) ; 2) *Gekwetsten* (blessures) ; 3) *Venerischen* (maladie vénérienne) ; 4) *Schurftigen* (gale) ; et 5) *Oogziekten* (maladie des yeux)<sup>92</sup>. Cependant, il mentionne également d'autres maladies comme le rhumatisme catarrhal, la diarrhée, la dysenterie, les fièvres intermittente et rémittente, le marasme et l'ulcère. En outre, dans son rapport pour

---

<sup>89</sup> *Ibid.*, p. 357.

<sup>90</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1854 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 4, p. 791 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1856 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1859, n° 6, p. 6 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Militair Summier Ziekenrapport van Java, Madura en de Buitenbezittingen over het jaar 1853 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 5, p. 474.

<sup>91</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1856 », art cit, p. 7 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1857 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1859, n° 6, p. 475.

<sup>92</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 443 ; W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1847 », art cit, p. 138 ; W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1848 », art cit, p. 301.

l'année 1848, il mentionne plus de 20 maladies relatives à la population de Java<sup>93</sup>, tandis que dans son rapport sur l'état de santé des militaires de la même année il mentionne 55 maladies contractées par les soldats<sup>94</sup>.

Wassink constate dans ses rapports de 1853 et 1854 que les maladies qui affectent la population des Indes-Néerlandaises se divisent en huit catégories : 1) *Krankzinnigen* (la folie) ; 2) *Geïnfecteerden* (l'infection) ; 3) *Oogzieken* (maladies oculaires) ; 4) *Dijssenteristen* (dysenterie) ; 5) *Aan diarrhoea lijdenden* (diarrhée) ; 6) *Venerischen* (maladie vénérienne) ; 7) *Externisten* ; 8) *Internisten*<sup>95</sup>. Dans le rapport de l'année 1856 et 1857, il sépare toujours la maladie en huit classes, avec d'autres noms comme *Koortsigen*, *Leverontstekingen*, *Lepreuzen*, *Aan framboesia lijdenden* et *Overige ziektevormen*, en supprimant *Geïnfecteerden*, *Oogzieken*, *Venerischen*, *Externisten* et *internisten*<sup>96</sup>. En outre, de nouvelles maladies sont fréquemment décrites aux Indes-Néerlandaises à cette époque. Wassink montre, par exemple, qu'il y existe environ 54 maladies, parmi lesquelles certaines provoquent des épidémies comme les fièvres, le choléra, la dysenterie et la variole<sup>97</sup>.

La nosographie du XIXe siècle des Indes-Néerlandaises n'est pas consistante. L'identification des maladies n'est souvent basée que sur un symptôme apparent. Les maladies s'accompagnant d'une augmentation anormale de la température constante du corps sont par conséquent considérées comme *koortsig* (fièvre). La classification faite par Bosch en est un exemple. Dans le cas des maladies infectieuses, les maladies vénériennes sont exclues, alors que ces maladies sont infectieuses. Des médecins confondent souvent la *framboesia* avec la syphilis.

Il est vrai que la nosologie est une étude des caractéristiques des maladies en vue de leur classification. La classification a pour but d'identifier la cause primaire de décès dans la population. Ce faisant, des médecins pourront déterminer à quelle

---

<sup>93</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1848 », art cit, p. 309-310.

<sup>94</sup> W. Bosch, « Summier Ziekenrapport der Militair Geneeskundige Dienst op Java en Madura, over het jaar 1848 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1859, n° 6, p. 698-700.

<sup>95</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buiten-Etablissementen over het jaar 1853 », art cit, p. 352 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Militair Summier Ziekenrapport van Java, Madura en de Buitenbezittingen over het jaar 1853 », art cit, p. 787-788.

<sup>96</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1856 », art cit, p. 12 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1857 », art cit, p. 480.

<sup>97</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1857 », art cit, p. 479.

maladie ils doivent prêter le plus d'attention. En outre, en identifiant telle maladie, ils peuvent également trouver la meilleure mesure pour freiner sa propagation et diminuer le nombre de décès.

Dans les rapports de Bosch (1846, 1847 et 1848) c'est le *koortstigen* (la fièvre) qui cause beaucoup de morts parmi la population. Il constate que pendant ces trois années le ratio entre ceux qui sont traités et ceux qui sont décédés ne fait qu'empirer. Il montre, qu'en 1846, 1 personne sur 7 touchées par cette maladie est décédée, alors qu'en 1848 le ratio est de 1 sur 6. L'autre maladie considérée comme très dangereuse est la syphilis. Parmi 1079 patients qui sont traités en 1846, 1 sur 26 est décédé, alors qu'en 1848, parmi 1761 traités, le ratio est de 1 sur 33 personnes.

Il paraît évident que la dénomination des maladies au XIXe siècle n'était pas cohérente. Le *koortstigen* que Bosch présente comme la maladie la plus létale regroupe, en réalité, plusieurs maladies, comme la dysenterie, le typhus, etc., toutes maladies ayant la fièvre comme symptôme. C'est pour cela que les patients atteints par cette maladie apparaissaient si nombreux. Par contre la syphilis est clairement identifiée.

Pendant l'année 1853 et jusqu'à 1857, le *koortstigen* est toujours la maladie la plus létale. Cependant le rapport de Wassink donne plus de détails. Dans les rapports des années 1853 et 1854, par exemple, la maladie la plus menaçante est la fièvre intermittente et rémittente : 10772 personnes ont été traitées, dont 612 décédées, ce qui veut dire qu'une personne sur dix-sept en est morte. Cependant le ratio le plus élevé de décès provient de la diarrhée et de la dysenterie : pour la première, une sur dix personnes et pour la seconde, une sur trois personnes sont décédées à cause de cette maladie. Pour l'année 1854, l'état de la santé reste stable, en dehors d'une menace de choléra. Pour souligner la sévérité de cette épidémie, Wassink constate que parmi 353 personnes traitées 282 sont décédées, donc le ratio est de 1 : 1,25<sup>98</sup>.

Wassink constate également que le traitement du *koortstigen* augmente au cours des années 1856 et 1857, mais avec une diminution du nombre de morts, dont le ratio est de 1 : 62,71 pour l'année 1856 et de 1 : 37,08 pour l'année 1857. Ces chiffres montrent qu'il y a une amélioration du traitement de cette maladie. Dans le

---

<sup>98</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buiten-Etablissements over het jaar 1853 », art cit, p. 350-356 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1854 », art cit, p. 786-789.



rapport de l'année 1857, la menace est venue du choléra. Cette épidémie sème la peur parmi la population. Wassink rapporte que, parmi 9813 personnes traitées, 2437 sont décédées. Cela veut dire qu'une personne sur quatre touchée par cette maladie est morte. A part le choléra, la dysenterie et la diarrhée sont toujours considérées comme les maladies les plus résistantes aux traitements, étant donné que le ratio entre les personnes traitées et celles qui sont décédées est très mauvais : 1 : 2 pour la dysenterie et 1 : 7 pour la diarrhée<sup>99</sup>.

### ***Distribution des maladies***

Dans les rapports officiels du Chef du Département de la santé, la répartition des maladies selon les régions est un des points principaux. Les rapports commencent toujours par la présentation du nombre de malades dans ces différentes régions. Ce fait est clairement attesté dans les rapports de Bosch ou ceux de Wassink. Cette pratique a pour objectif de déterminer l'endroit le plus dangereux à travers la présentation du nombre de malades et de morts.

Willem Bosch qui a inauguré le travail de statistique médicale s'est limité aux populations des îles de Java et Madoera. Dans les trois rapports fournis, Bosch a montré que trois villes sont particulièrement touchées par la maladie : Semarang et Surabaya, et surtout Batavia. En 1856, par exemple, il y a eu 2965 personnes traitées. Ce chiffre augmente en 1857 où 3079 malades sont traités, puis en 1858 où 3977 personnes sont traitées. Dans les deux autres villes, le nombre de cas dépasse toujours mille personnes. En ce qui concerne le ratio des personnes traitées et celles décédées, ces trois villes sont également peu performantes. A Surabaya en 1856, le ratio est de 1 : 5,97 ; à Batavia il est de 1 : 5,2 ; alors qu'à Semarang le ratio est un peu meilleur : 1 : 13. Ce ratio n'a pas beaucoup changé dans les deux années suivantes, sauf pour Semarang où il ne fait qu'empirer : 1 : 7,33 en 1857 et 1 : 8,38 en 1858<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1856 », art cit, p. 10-12 ; G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summier Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1857 », art cit, p. 478-480.

<sup>100</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 439-442 ; W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1847 », art cit, p. 137-141 ; W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1848 », art cit, p. 300-304.

Dans le rapport de Wassink des années 1853 à 1857, ces trois villes sont toujours considérées comme les plus malsaines. Cependant à part ces trois villes, d'autres villes sont également très touchées par différentes maladies: Cheribon, Tagal, Willem I, Bangkalang, Tjilatjap, Serang, Buitenzorg et Madioen. Le ratio moyen entre les personnes traitées et celles qui sont décédées est de un sur neuf.

La répartition des maladies entre les sexes, mais aussi entre les différentes ethnies, ne se trouve pas dans le rapport de Bosch. Cependant, nous pouvons le trouver dans le rapport de Wassink. Il est noté que plus de 60% de malades sont des hommes. Cette proportion reste la même de 1853 à 1857. Le pourcentage le plus élevé concerne l'année 1856 : 70% du total des malades traités sont des hommes. En ce qui concerne l'origine ethnique des malades, plus de quatre-vingts pour cent sont des autochtones. Les Européens représentent entre huit et treize pour cent des malades.

Le taux de mortalité des autochtones est assez élevé. Parmi 21228 individus traités en 1853, 1475 sont morts, alors que chez les Européens, parmi 3417 malades traités, 142 sont morts. La maladie qui cause le plus de décès parmi les habitants locaux est la fièvre intermittente et rémittente (589 morts), tandis que pour les Européens ce sont la dysenterie et la diarrhée (29 morts). En 1854, on arrive aux mêmes constatations.

En ce qui concerne le statut social des malades, comme l'a bien montré Bosch dans son rapport pour l'année 1846, les pauvres et les prisonniers sont les personnes les plus traitées. Parmi 1366 pauvres traités, 122 personnes sont mortes, alors que chez les prisonniers, parmi 1449 personnes traitées, 175 sont mortes<sup>101</sup>.

### ***La statistique et la mise en ordre du monde social***

En dehors des comptes rendus sur la propagation des maladies, les taux de morbidité et de mortalité, les statistiques médicales aux Indes-Néerlandaises montrent quelques points intéressants. Bosch, dans ses rapports, par exemple, montre que le *publiek vrouwen* (femme publique = prostituée) constitue une catégorie particulière, qui fait partie de la classification de la région.

---

<sup>101</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 448.

La prostituée est assimilée à un lieu, un endroit. D'abord, l'endroit dont parle le rapport est lié à la propagation des maladies. La propagation des maladies veut également dire la propagation des dangers. Connaître la quantité et la qualité de la menace est un moyen pour diminuer et même éviter le danger. Ainsi, la présence de la prostituée sur la liste pourra être interprétée comme une menace particulière qui peut se trouver partout.

Les rapports officiels sur l'état de santé accentuent la division de l'espace politique aux Indes-Néerlandaises. Cela est surtout visible dans les rapports de Wassink. Par exemple, il a divisé, les Indes-Néerlandaises en quatre départements : la partie ouest de l'île de Java, la partie centre, la partie est (avec l'île de Madura) et les régions hors de Java (nommées *buitenbezittingen*). Il est évident que cette division n'est pas justifiée pour des raisons médicales, mais se calque plutôt sur les divisions militaires pour défendre le pays.

Cette division en départements facilite le travail des médecins pour leurs rapports. Le rapport sur l'état de santé est effectué par des médecins travaillant dans des villes différentes. Les villes sont divisées en suivant la division des régions militaires. Grâce à cette division, la présentation des médecins est plus claire, rendant leurs rapports plus efficaces.

Aux Indes-Néerlandaises, cette pratique est importante par rapport à la politique du gouvernement colonial. Le travail de statistique médicale est d'abord une tentative d'identification réaliste, donc chiffrée, du danger. Cela incite ensuite le gouvernement à appliquer des mesures de gouvernance et une surveillance région par région sur les menaces d'épidémies. Nous pouvons dire, enfin, que la statistique médicale est une mesure prise par des Européens pour répondre à la question de la possibilité de vivre dans un pays tropical, mais qu'elle est aussi un signe d'inquiétude.

Il demeure, qu'avec tous ces dangers, vivre sous les tropiques n'est pas impossible. La menace est partout dans les pays chauds. Ce qui est donc important est de savoir vivre dans ce pays lointain. Comment faut-il vivre sous les tropiques pour des Européens ?

#### IV – LE STYLE DE VIE ET LA MORALE

Vivre sous les tropiques n'est pas une question de climat, mais plutôt de manière de vivre. Cette vision optimiste, des médecins essayent de la transmettre à leurs compatriotes européens, surtout ceux désirant s'établir aux Indes-Néerlandaises.

Waitz écrit en 1829 dans un livre dédié à Van den Bosch, l'architecte du *culturstelsel* : « Le principe partout reste toujours le même, à savoir : que le mode de vie de l'homme conduit, non seulement à éviter la perte de forces d'inertie, mais aussi à renforcer le corps lui-même ». C'est donc la manière de vivre qui va sauver les Européens des dangers de la chaleur tropicale. L'auteur a l'intention de convaincre ses lecteurs de ne pas craindre de venir dans un pays tropical.

Dans un livre rédigé comme un guide médical adressé à ceux qui veulent voyager vers les Indes-Néerlandaises, Dozy<sup>102</sup> affirme qu'on peut vivre n'importe où. Le problème ne provient pas de l'extérieur, notamment du climat, mais de la manière de vivre pour s'adapter à nouveau lieu. Il écrit : « Dans tous les pays du monde, existe un mode de vie – autrement dit [tout ce qui concerne] la nourriture, la boisson, les vêtements, les activités, etc. – qui se conforme nécessairement au climat, ainsi la santé peut être préservée. Tout ce que le climat indien exige de l'Européen est qu'il change son mode de vie pour la raison simple et évidente qu'il [le climat] ne peut pas s'adapter à eux, [mais, ce sont] eux [qui] doivent essayer de se conformer au climat<sup>103</sup> ». Il met en relief dans son livre le fait que la manière de vivre est un moyen pour mieux vivre en bonne santé sous les tropiques.

L'autobiographie de Waitz publié en 1864 souligne le fait que les Européens doivent suivre la manière de vivre des habitants locaux pour bien s'acclimater. Waitz raconte son expérience de la chasse. Pour cette activité, il s'est habillé comme s'il était en Europe, avec un vêtement habituel pour les Européens aux Indes-Néerlandaises. Au milieu de son voyage, il a senti qu'il respirait mal ; il a senti que son vêtement était trop serré ; la température de son corps augmentait ; il s'est senti fatigué. Alors que

---

<sup>102</sup> Jean Pierre Dozy, né à Leiden le 24 décembre 1838 et mort à Nauheim le 4 novembre 1906, est un médecin général. Il a fait ses études de médecine à Leiden.

<sup>103</sup> « In ieder land der wereld moet men de levenswijze – met andere woorden het voedsel, de dranken, de kleederen, de bezigheden enz. – noodzakelijk schikken naar het klimaat, zoo men zijne gezondheid wil behouden. Alles wat het Indische klimaat van den Europeaan eischt, is, dat hij zijne levenswijze op eene behoorlijke manier wijzigt om de eenvoudige en duidelijke reden, dat, dewijl hij niet van het klimaat kan verkrijgen, dat dit zich naar hem schikt, hij moet beproeven om zich naar het klimaat te schikken », J. P. Dozy, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, Amsterdam, De Bussy, 1881, vol. 1/, p. 27.

les habitants locaux, avec leurs vêtements légers et un peu ouverts, qui l'accompagnaient, n'avaient pas les mêmes sensations. Il s'est alors demandé pourquoi ils ne se sentaient pas mal. Finalement, il arrive à la conclusion que c'est son vêtement qui recouvre tout son corps qui cause le malaise. A partir de cet événement, il comprend que les difficultés rencontrées par les Européens sont provoquées par leur ignorance. C'est à partir de là qu'il commence à construire ses conceptions sur comment et de quelle manière les Européens doivent vivre aux Indes-Néerlandaises<sup>104</sup>.

La préparation doit se faire avant le départ, du moins, c'est ce qu'explique Waitz dans son livre. Selon lui, il est obligatoire d'être en bonne santé et dans le cas contraire, il est déconseillé de monter à bord. Il est bien conseillé d'aller chez son médecin pour avoir une sorte d'assentiment sur la possibilité d'entreprendre un long voyage. Waitz écrit : « ceux qui sont sur le point de partir pour les Indes orientales, et sont toujours affectés par une maladie quelconque, avant de monter à bord de leur navire doivent être soignés, et au cas où ils sont incurables, il vaut mieux (rester) à la maison, ou demander au moins au médecin, si le climat de l'Inde orientale peut être bénéfique contre cette maladie<sup>105</sup> ».

Le voyage d'Europe aux Indes-Néerlandaises prend plus de trois mois. Rester en mer dans un espace limitée est parfois ennuyeux. Cet état d'esprit est évidemment mauvais pour la santé. Pour l'éviter, il est bien suggéré d'avoir une activité sur le bateau, comme se promener par exemple. Selon Waitz « Le meilleur moyen pour passer le temps pendant le voyage : tenir un journal, de bonnes lectures et le jeu de façon modérée<sup>106</sup> ». Pour ce médecin la santé psychique est une assurance pour la santé physique.

---

<sup>104</sup> F. A. C. Waitz, *Een en twintig jaren in de Oost: Eene bijdrage tot de tropische gezondheidskunde*, s.l., H.A. Tjeenk Willink, 1864, p. 3.

<sup>105</sup> « *Wie derhalve, op het punt staande, naar Oosindie te vertrekken, nog door de eene of andere ziekte aangetast wordt, die late zich, alvorens hij aan boord van zijn schip ga, eerst genezen, of blijve, bijaldien hij ongeneesbaar is, liever te huis, of vrage ten minste eenen kundigen Geneesheer om raad, of het Oostindische klimaat hem tegen zijne ziekte wel wat zoude kunnen baten* », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 71.

<sup>106</sup> « *de beste middelen tot tijdskorting op zulk eene reis zijn : het houden van een dagboek, goed lecture en gezelschappelijk spelen* », *Ibid.*, p. 74.

## **Habitation**

« Le choix d'un endroit de résidence convenable est le premier élément sur lequel on doit porter son attention ; mais généralement on le néglige<sup>107</sup> », dit Van der Burg. Il est vrai qu'à l'arrivée aux Indes-Néerlandaises, la première chose qu'il faut faire est de trouver un endroit sain. Les enquêtes de topographie médicale désignent ce type d'endroit, alors que la statistique médicale peut être utilisée pour choisir les villes qui ont une bonne réputation pour y habiter. Il est conseillé d'éviter toutes les villes qualifiées malsaines d'après les enquêtes. Lorsqu'il est obligatoire de résider dans des villes comme Batavia, Semarang et Surabaya, il faut s'éloigner le plus loin possible des endroits marécageux.

A propos du danger des miasmes dont on discute souvent à l'époque, Waitz ne s'inquiète jamais de cette question-là. Selon lui, ce danger de miasmes n'est pas présent partout aux Indes-Néerlandaises<sup>108</sup>. Verwey suggère pour les nouvelles arrivées de choisir des endroits montagneux, pour un meilleur acclimatement<sup>109</sup>. Il est fort conseillé que la maison soit également loin d'un marais. Il écrit : « il est souhaitable que le logement soit aussi loin que possible des marécages et des forêts denses, et qu'il se trouve sur un sol surélevé ». Si cela est possible, il convient, de construire à chaque maison une véranda pour profiter de l'air sans devoir être touché directement par les rayons de soleil<sup>110</sup>.

Dozy constate que la construction des villes aux Indes-Néerlandaises ne suit pas souvent les principes de l'hygiène, en se trouvant au milieu des endroits marécageux. « Dans la construction de la ville, on n'a pas pris en considération l'exigence de l'hygiène, dont l'importance n'était pas alors reconnue, raison pour laquelle on construit sa maison dans les zones marécageuses à l'embouchure des rivières<sup>111</sup> », explique-t-il. Rester loin de ces endroits est un des premiers moyens pour garder la santé.

---

<sup>107</sup> « *De keuze van een geschikte woonplaats is wel het eerste, waarop men te letten heeft ; maar waaraan men gewoonlijk het minste kan doen* », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, Batavia, Ernst and Co, 1884, vol. 3/1, p. 350.

<sup>108</sup> F. A. C. Waitz, *Een en twintig jaren in de Oost, op. cit.*, p. 4.

<sup>109</sup> L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland, op. cit.*, p. 83.

<sup>110</sup> « *Het is wenschelijk, dat de woning zoo ver mogelijk van moerassen en digte bosschen zij verwijderd en op eenen zandachtigen, verheven bodem gelegen* », *Ibid.*

<sup>111</sup> « *Bij het bouwen her steden heeft men geene rekening gehouden met de eischen der hygiene, omdat die wetenschap toen nog niet bestond, en men heeft zich gevestigd in lage, moerassige streken aan de mondingen der rivieren* », J. P. Dozy, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie, op. cit.*, p. 11.

Un mauvais choix mène à une menace sanitaire. Dozy donne un bon exemple concernant la transmission de la maladie à Semarang. Il écrit : « indéniablement, ceux qui habitent dans le quartier bas vont davantage s'exposer aux miasmes que ceux qui habitent dans les hauteurs. Pour cela j'ai écrit que la fièvre à Semarang est présente sur le littoral, Bodjong et Pontjol, où se trouvent rarement des maisons avec étages, plutôt que dans la ville où les gens dorment dans un quartier élevé<sup>112</sup> ».

Toutefois, habiter dans des endroits sains ne suffit pas pour garder la santé. La construction des habitations doit tenir compte des principes d'hygiène dans le pays tropical; c'est-à-dire que la maison doit être construite en fonction de la température dans les pays chauds. Face au soleil, mais aussi aux fortes températures, par exemple, il doit y avoir des stratégies pour que des gens se sentent au frais.

La maison construite doit avoir une bonne ventilation. Le renouvellement de l'air peut rendre la maison fraîche. Waitz explique : « La température de l'air peut s'adoucir un peu dans une région par [la construction d'] une maison spacieuse et aérée. La bonne maison d'Inde orientale devrait être entourée de galeries couvertes, dont le mur retient les rayons de soleil et empêche de les renvoyer, en maintenant la chaleur autour de la maison<sup>113</sup> ». En conséquence, selon lui, « L'humidité de l'air à l'intérieur de la maison peut diminuer en ouvrant toutes les fenêtres et les portes <sup>114</sup> ».

Pour garder la salubrité de la maison, selon lui, il faut bien assurer la propreté des alentours. Il écrit : « L'atmosphère près des maisons peut être améliorée par l'arrosage de la rue, par l'arrosage avec de l'eau propre, durant la saison sèche et l'élargissement des conduits d'écoulement<sup>115</sup> ». Le problème avec la maison des Européens est cependant, selon Waitz, qu'elle est toujours fermée. La circulation

---

<sup>112</sup> « *Ontegenzeggelijk zal men in benedenvertrekken 's nachts meer aan miasma's zijn blootgesteld dan in bovenvertrekken. Daaraan schreef ik het toe dat de koortsen op Samarang, meer op het zeestrand, Bodjong en Pontjol, waar zelden huizen met étages worden aangetroffen, heerschten, dan in de stad waar de meesste menschen in bovenvertrekken slapen* », *Ibid.*, p. 12.

<sup>113</sup> « *De temperatuur der lucht laat zich in heete gewesten eenigermate verzachten door eene ruime en luchtige woning. Een goed Oostindisch woonhuis moet omgeven zijn met verdeckte galerijen, welke de zonnestrallen van de muren afhouden en daardoor beletten, dat dezelve, teruggekaatst wordende, rondom het huis eene gloeiende hitte onderhouden* », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 103.

<sup>114</sup> « *De vochtigheid der lucht binnen 's huis kan men verminderen, door dat men, bij schoon weder, alle vensters en deuren aanhoudend laat open staan; door dat men het huis somwijlen door rookt met balsamieke harsen, of door dat men, van tijd tot tijd, op den vloer een vuur aanlegt, en den rook daarvan, bij gesloten deuren en vensters door het geheele huis laat trekken* », *Ibid.*, p. 104.

<sup>115</sup> « *De dampkringslucht in de nabijheid van de huizen kan verbeterd worden door het vlijtige afvegen der straten, door het begieten derzelve met schoon water, gedurende den droogen moesson, en door het veelvuldige ruimen der goten* », *Ibid.*, p. 105.

intérieure de l'air, en conséquence, est insuffisante, de sorte que règne une mauvaise odeur. L'ouverture des fenêtres et des portes est obligatoire pour permettre la circulation de l'air<sup>116</sup>.

D'après Van den Burg, le mieux est de choisir une grande maison qui permet l'entrée du vent et des rayons du soleil<sup>117</sup>. Pour Verwey, il est nécessaire de vivre à un étage élevé et non dans un bâtiment exposé directement au courant des vents dominants: « Enfin, on doit encore faire attention qu'un étage élevé est une condition absolue, afin que la partie principale de la maison ne s'expose pas aux vents dominants<sup>118</sup> ».

De façon plus détaillée, Dozy donne quelques astuces pour construire sa maison : « on construit sur un sol sec et pur, à au moins ½ mètre au dessus du sol, et dans le cas où l'on doit construire sur un sol marécageux, il faut creuser d'abord et remplir de sable<sup>119</sup> ». En outre, explique-t-il « les murs sont en bonnes briques poreuses non maçonnées, il y a une chape de ½ mètre de hauteur, ou avec du gravier couvrant les fondations afin d'aspirer l'humidité. L'application d'un plancher de ciment portland est fortement recommandée. Il est suggéré d'adopter définitivement des planchers en bois sur les solives, avec des trous d'air dans le mur, car il est impossible de maintenir des espaces avec des brèches et exempts de parasites<sup>120</sup> ». Pour finir, il dit que « l'air doit bien circuler sur les toits car une fois les parois mouillées par la pluie, ils empêchent les rayons du soleil de pénétrer. Ils doivent être munis de gouttières qui drainent l'eau de pluie dans une citerne bien maçonnée<sup>121</sup> ».

A propos de la chambre, il est bien conseillé que « La chambre doit avoir des fenêtres sur deux côtés, qu'elles atteignent le plafond et peuvent être complètement

---

<sup>116</sup> F. A. C. Waitz, *Een en twintig jaren in de Oost*, op. cit., p. 33.

<sup>117</sup> C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 350.

<sup>118</sup> « Men heeft er eindelijk nog op te letten, dat hooge verdiepingen een volstrekt vereischte zijn, en men die voorzijde des gebouws niet aan heerschende winden moet blootstellen », L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, op. cit., p. 85.

<sup>119</sup> « Men bouwe op een drogen, zuiveren bodem, minsten ½ meter boven het omliggend terrein, en waar men genoodzaakt is op moerassigen grond te bouwen, grave men den grond uit, en brengen men zand aan », J. P. Dozy, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, op. cit., p. 12.

<sup>120</sup> « De muren moeten met goeden, niet te poreuzen steen worden gemetseld, op een trasraam van ½ m. hoogte, of op met grals gedekte fundamenten, ten einde het opzuigen van vocht tegen te gaan. Het aanbrenge van een vloer van portland cement is zeer aan te bevelen. Af te keuren zijn houten vloeren op balken, met luchtgaten in den muur, omdat het niet mogelijk is, die ruimten zindelijk en vrij van ongedierte te houden », *Ibid.*

<sup>121</sup> « De daken moeten zoover oversteken, dat zij het nat regenen van de muren te keer gaan, en dat zij de zonnestralen verhinderen door te dringen tot de rond het huis aan te brengen open galerijen. Zij moeten voorzien zijn van goten, die het regenwater afvoeren naar een goed gemetselden regenbak », *Ibid.*



ouvertes. Lorsque cela est impossible, il doit y avoir une fenêtre en face des conduits d'air de dimensions adéquates. On garde en mémoire que pour avoir une bonne ventilation de la chambre à coucher pour chaque personne, il est nécessaire qu'elle ait au moins une superficie de 15 mètres carrés<sup>122</sup> ». En avertissement à ses lecteurs, Dozy souligne que « ce n'est pas seulement la maison qui doit être bien construite, mais aussi les bureaux, où on passe des heures ininterrompues, et qui sont généralement mal construits<sup>123</sup> ».

### **Vêtement**

L'expérience de Waitz à la chasse, qu'il raconte dans son autobiographie, enseigne que le vêtement est un sujet important sous les tropiques. Un jour, il essaya de s'habiller comme les habitants locaux. Résultat : il se sent mieux, il peut bouger son corps avec beaucoup de légèreté. Il est certain de sentir mieux<sup>124</sup>.

Dans son autobiographie il compare également la manière de s'habiller des Européens et des Javanais. Les Européens portent : *Hoed* (chapeau), *Hemd* (gilet de flanelle), *Das* (cravate), *Onderbroek* (caleçon), *Broke* (pantalons), *Vest* (gilet), *Jas et rok of buis* (veste), *boot* etc. Les Javanais portent : *Hoofddoek* (fichu ou foulard), *Sarong*<sup>125</sup>. A partir de cette description, il lui a semblé évident que le vêtement des Javanais permet davantage la circulation de l'air sur le corps que le vêtement européen, mais aussi qu'il facilite la transpiration de la peau.

Pourquoi la peau a-t-elle besoin d'un traitement particulier ? Pourquoi les vêtements des Européens portés de 9 heures du matin jusqu'à 9 heures du soir sont-ils inadaptés ? Ce sont des questions qui viennent à l'esprit de Waitz lorsqu'il réfléchit au vêtement dans son rapport à la santé. Il est certain que l'excès d'habillement va être pénalisé par la nature. Le fonctionnement de la peau détermine la santé du corps ; c'est-à-dire que s'il n'a pas assez de place pour transpirer, le corps deviendra

---

<sup>122</sup> « *De vertrekken moeten aan beide zijden de noodige vensters bezitten, die tot de zoldering reiken en geheel geopend kunnen worden. Waar dit onmogelijk is moeten aan de zijde, die aan de vensters is tegenovergesteld, luchtkokers van voldoende afmetingen worden aangebracht. Men houde in het oog dat bij goede ventilatie, in slaapvertrekken, voor ieder persoon minstens 15M. ruimte benodigd is* », *Ibid.*, p. 13.

<sup>123</sup> « *niet alleen de woningen moeten gezond ingericht worden, ook de kantoren, waar men zoovele uren onafgebroken bezig is, en die toch vaak ellendig slecht zijn ingericht* », *Ibid.*

<sup>124</sup> F. A. C. Waitz, *Een en twintig jaren in de Oost*, op. cit., p. 3.

<sup>125</sup> *Ibid.*, p. 2.

chaud, c'est la raison pour laquelle le vêtement européen ne convient pas pour le climat tropical, car il est moins aéré<sup>126</sup>.

« *Le meilleur vêtement est à base de coton, avec un chapeau grand et léger* <sup>127</sup> », écrit Van der Burg en 1882. A la différence de la couleur noire qui absorbe la chaleur du soleil, la couleur blanche va refléter ses rayons. Le coton a des trous qui permettent la circulation, mais aussi il se réchauffe lentement. Le grand chapeau a pour fonction de protéger la tête des rayons du soleil.

Verweij suggère, dans son manuel, de ne pas porter de vêtements en laine. Pour le sous-vêtement, le mieux est de porter de la flanelle ou des cotons. Pendant la saison des pluies, le climat est un peu froid. Il est conseillé d'apporter un manteau, un conseil qui vaut aussi pour ceux qui vont habiter dans des endroits montagneux. Le vêtement de couleur blanche est toujours préféré<sup>128</sup>.

A propos de la couleur et du coton, Waitz partage également cet avis. Il écrit « ensuite, porter un vêtement léger peut refroidir le corps. Pour cela, il n'y a que le coton, qui éloigne bien l'augmentation de la chaleur sur le corps, mais aussi la sueur et la chaleur qui pénètre et s'évapore sur le corps. Le vêtement blanc est toujours plus froid qu'un vêtement de couleur sombre, car il renvoie la chaleur<sup>129</sup> ». Pour la mise à l'abri et la protection contre les changements de climat, écrit Waitz « il est nécessaire que les gens soient équipés des vêtements suivants : une veste de laine épaisse, gilet et pantalon, des chaussettes en laine, chapeaux, gants et autres vêtements pour chauffer le corps ; une veste de coton ou nankin léger, vestes et pantalons, pour refroidir le corps. La saine literie à bord des navires est un matelas de paadenhaar, ainsi qu'une couverture de laine épaisse et de coton léger<sup>130</sup> ».

---

<sup>126</sup> *Ibid.*, p. 35-39.

<sup>127</sup> « *De beste kleding is die van wit katoen, met een groot, licht hoofddeksel* », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 351.

<sup>128</sup> L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, op. cit., p. 86.

<sup>129</sup> « *Voorts brengt eene ligte kleding veel toe tot verkoeling des ligchaams. Hiertoe schikt zich niets beter, dan katoen, welke niet alleen de overmagtig hitte des dampkrings het beste van het ligchaam afweert, maar ook het zweet en daardoor de warmtestof des ligchaams het gemakkelijkste laat doordringen en verdampen [...]* Witte kleederen zijn altijd koeler, dan donker gekleurde, omdat zij de lichtstralen meer terug kaatsen », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewinnen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 96.

<sup>130</sup> « *Tot dient men zich te voorzien met de noodige kleding, als : 1) een' dikken wollen jas, vest en broek, wollen kousen, mutsen, handschoenen en andere kleederen, strekkende tot verwarming des ligchaams ; 2) ligte katoenen of nanking buisjes, vesten en broeken, strekkende tot verkoeling des ligchaams. Het gezondste beddegoed aan boord van schepen is eene matras van paadenhaar, benevens eene dikke wollen en eene ligte katoenen deken* », *Ibid.*, p. 73.

## ***Nourriture et boisson***

« Que peut-on faire contre la chaleur de l'extérieur pour préserver le froid à l'intérieur ?<sup>131</sup> », écrit Waitz. La chaleur du corps est parfois provoquée par ce que mange et boit le sujet. Les médecins de l'époque pensent donc qu'il faut faire attention aux nourritures et boissons. Il est certain que les Européens ne peuvent pas faire comme s'ils étaient encore en Europe.

Garder la modération en matière de nourriture<sup>132</sup>. On doit manger moins de viande, qui provoque l'élévation de la température du corps. Les nourritures conseillées sont celles qui permettent de refroidir le corps. Manger des légumes et des fruits comme le font les habitants locaux est bien pour préserver sa santé.

Concernant la boisson, l'eau fraîche est conseillée, à condition qu'elle soit claire et sans odeur. L'eau de pluie est consommable, mais elle doit être d'abord purifiée. L'eau de source est toujours préférée, mais aussi l'eau qui vient d'un puits. L'eau des marais n'est pas consommable. Les médecins de l'époque parlent toujours de la filtration et de l'ébullition de l'eau pour avoir une qualité sanitaire convenable<sup>133</sup>.

Boire des boissons fraîches est conseillé surtout quand il fait très chaud dans la journée. Mettre de la glace dans l'eau est un moyen la rafraîchir. A cette époque, il se diffuse une opinion fautive concernant les boissons alcoolisées. Il est dit que ce type de boisson peut diminuer la température du corps. Boire du vin pourrait refroidir le corps. Cette opinion, selon Waitz, n'est pas correcte. La boisson alcoolisée, à l'inverse, rend le corps chaud. La combinaison entre la chaleur tropicale et la chaleur provoquée par la boisson alcoolisée est très dangereuse pour la santé. Dans ce débat, Waitz donne son avis. Il est préférable de boire de l'eau de coco pour garder le froid à l'intérieur du corps<sup>134</sup>.

En ce qui concerne l'heure des repas, il est conseillé de ne pas manger lorsqu'il fait très chaud dans la journée. Praeger écrit : « Il est certainement efficace de ne pas manger aux heures les plus chaudes. D'ailleurs, deux ou trois repas par jour sont

---

<sup>131</sup> « *Wat toch wilde men ook aan eene onafgebrokene broeijende hitte van buiten voor een beter behoedmiddele tegenstellen, dan koude van binnen ?* », *Ibid.*, p. 93.

<sup>132</sup> L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, *op. cit.*

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 95-97.

<sup>134</sup> F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, *op. cit.*, p. 93.

suffisant. Dans le cas où, comme on en a déjà parlé auparavant, un homme fait un long voyage, un voyage de nuit, passe par un endroit marécageux, ou visite l'hôpital, on doit se méfier de la qualité de l'air. Il est obligatoire ou bien conseillé de consommer davantage de légumes pour se renforcer ; toutefois, si l'on continue à consommer de l'alcool, on prend un risque; le meilleur renforcement depuis toujours est par ce qu'on mange ; cela va même jusqu'au café et au thé, mais en ajoutant d'autres nourritures<sup>135</sup> ».

Il est intéressant de lire les conseils de Van Den Burg à propos de la nourriture. Il écrit en 1882 qu'il a l'impression que des Européens s'habituent déjà à la manière de vivre des habitants locaux. Il ajoute cependant quelques avertissements. Van Den Burg écrit qu' « on s'habitue peu à peu à la table indienne orientale, et à éviter au début trop d'épices, mais aussi les fruits acides, comme l'ananas, les fruits trop liquides, comme laboe (sorte de courgette) ». Pour ceux qui n'avaient jamais mangé un piment avant, cela va causer la diarrhée. Pour la boisson Van den Burg affirme également que « La meilleure boisson est de l'eau ; dans un endroit chaud, le mieux est de l'eau glacée, généralement à une température de 4°C<sup>136</sup> ».

### ***Se baigner et se soigner***

Les Européens, à cette époque, n'ont pas d'habitude de se baigner tous les jours. La peur de l'eau, mais aussi le fait qu'elle est rare sont des causes de ce manque d'habitude. Du moins, c'est ce que raconte G. Vigarello dans son livre *Le propre et le sale*. Cette attitude vis à vis de l'eau risque d'être conservée à l'arrivée dans un pays tropical, mais il est certain qu'y prendre une douche régulièrement est indispensable. La maladie est souvent due à ce manque de pratique.

Sur ce sujet, Waitz écrit que pour préserver sa santé : « les meilleurs moyens à cet effet sont : 1) qu'on mène un mode de vie refroidissant/rafraîchissant ; 2) qu'on se

---

<sup>135</sup> « *Het is zeker doelmatig, op de warmste tijden niet te eten. Overigens zijn twee à drie maaltijden, per dag, voldoende. In gevallen, waar we vroeger van spraken, waarin men, of een' langen rid, een' nachtelijken togt, door moerasstreken, b.v., of een bezoek in hospitalen, waar men de lucht niet vertrouwen kan, maken moet, is het, van ouds, als nuttig, aangeraden, het vegetative leven te verhoogen, men neemt daartoe eene "harsterkeing"; als men echter de geestrijke dranken daarvoor houdt, neemt men den schijn voor de waarheid; de eenige, de beste harsterking is van tijd tot tijd wat te eten; dit gaat zelfs boven koffij en thee, die echter niet, zonder eenige voedseldeelen zijn* », L. F. Praeger, *Indische studiën*, op. cit., p. 176.

<sup>136</sup> « *De beste drank is water ; op de warme plaatsen ijswater, dat meestal een temperatuur van 4° C heeft* », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiène » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 351.

change assez souvent ; 3) le meilleur moyen est cependant de nettoyer la peau afin de la rafraîchir, et se laver et s'arroser de l'eau froide ou prendre une douche froide<sup>137</sup> ». Dans cette citation il apparaît que prendre la douche a pour fonction de garder la propreté du corps.

Verweij donne le même avis sur l'importance sanitaire de la douche deux fois par jour, le matin et le soir. Il dit que : « le refroidissement de la peau lui donne une résistance renouvelée et renforce donc aussi la puissance des nerfs périphériques [l'extension nerveuse sur le corps], se réfléchissant de façon bienfaisante jusqu'aux parties centrales du système nerveux qui contrôlent l'exécution de la nutrition, la respiration, la circulation du sang<sup>138</sup> ». La douche ici a pour fonction de diminuer la température du corps. L'écoulement de l'eau sur le corps va refroidir la peau et la rendre fraîche, de sorte que le système nerveux puisse fonctionner de manière correcte. Toutefois, il y a toujours une exception : pour ceux qui ont attrapé la fièvre, la douche n'est pas conseillée.

Sur ce sujet, Prager exprime des interdits par rapport à la pratique de la douche. Il n'est pas conseillé de prendre une douche avec de l'eau froide immédiatement après le réveil, en raison du changement de température parfois extrême le matin. Il dit également que « tout d'abord, on évite de prendre la douche tôt dans la matinée, mieux vaut le faire dans l'après-midi vers 4 ou 5 heures ; le moment du repas et celui de la douche ne devraient jamais se suivre immédiatement, on le sait aussi en Hollande<sup>139</sup> ».

Au-delà de l'utilisation de l'eau pour se nettoyer, Waitz écrit : « J'ai encore remarqué concernant un mode de vie, que dans les pays chauds on ne néglige jamais

---

<sup>137</sup> « Om de eerste te onderhouden, is het noodig, zijne huid altijd schoon en zuiver te houden, te verfrisschen, te verkoelen en te versterken. Op deze wijze zal dezelve ook het meeste beveiligd worden tegen den rooden hond en ander uitslag. De beste middelen hiertoe zijn : 1) dat men de bovengemelde verkoelende levenswijze leide ; 2) men zich dikwijls genoeg verschoone [...] 3) Het beste middel echter, zoo wel om zijne huid te zuiveren, als te versterken en tegen verkouding onvatbaar te maken, is het wasschen of begieten met koud water, en het koude bad », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 99.

<sup>138</sup> « De afkoeling der huid schenkt haar vernieuwde veêrkracht en versterkt alzo tevens de kracht der peripherische zenuwen (de zenuw-uitbreidingen van omstrek des ligchaam), waardoor eene weldadige reflectie wordt teweeg gebracht op de middelpuntsdeelen van het geheel zenuwstelsel, dat de voedings verrijgingen, de ademhaling, en den bloedsomloop regelt en bestuurt », L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, op. cit., p. 103.

<sup>139</sup> « in 't begin mijde men 's morgens vroeg te baden en doe dit 's namiddags te 4 of 5 ure; dat de tijden van eten en baden nooit onmiddellijk mogen volgen, weet men ook in Holland », L. F. Praeger, *Indische studiën*, op. cit., p. 177.

de se laver l'anus, car c'est le meilleur moyen de lutter contre les hémorroïdes et la perte de muqueuse<sup>140</sup> ». Cette constatation indique que l'eau est un moyen très important pour se soigner dans la vie quotidienne sous les tropiques.

### ***Travail, mouvement et repos***

Le conseil des médecins des Indes-Néerlandaises pour les Européens se focalise sur des mesures qu'il fallait prendre afin de refroidir le corps. La croyance est que la maladie a pour origine le réchauffement du corps. Si on arrive à l'éviter, on ne sera touché par aucune maladie. « Une autre exigence afin de refroidir le corps est le repos », écrit Waitz. « Beaucoup de mouvements du corps et du cœur provoquent une accélération de la circulation sanguine, augmentent la séparation de la bile et de la sueur, ce qui fait que dans un pays tropical il est impossible d'avoir une bonne santé<sup>141</sup> », continue-t-il. Cette opinion indique que l'activité quotidienne fait partie de l'attention des médecins.

Se reposer est une notion essentielle. Il arrive souvent cependant que des Européens ne puissent pas bien se reposer. Waitz écrit : « enfin, tout est atteint par un sommeil régulier et tranquille, pour quelqu'un qui a envie de garder ses forces et sa santé<sup>142</sup> » car mal dormir sera néfaste. Selon lui, en vue de bien dormir dans un pays chaud : 1) il faut que la chambre soit bien aérée, pour la rendre fraîche, laisser la fenêtre ouverte pour qu'il y ait une circulation d'air, à condition que ce ne soit pas à côté des marais ; 2) la matière du matelas doit être à base de coton (*kapoek*) ; 3) il faut porter un vêtement pour dormir comme le *sarong* et le *kabaije* de couleur claire et en matière très douce ; 4) son lit doit être couvert par un rideau pour la protection contre les moustiques ; 5) ne pas dormir avec l'estomac trop surchargé<sup>143</sup>.

Laisser la fenêtre ouverte pendant le sommeil est bon pour la santé, mais cela peut attirer les voleurs. Pour l'éviter, il est conseillé de mettre des barres devant

---

<sup>140</sup> « *Nog heb ik als eenen voornamen levensregel aan te merken, dat men in heete gewesten nooit verzuime, desn anus en de teeldeelen, verscheiden keeren op den dag, met koud water te wasschen, daar dit het beste middel is, om deze deelen voor aanbeijen en slijmvloeiingen te bewaren* », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië*, op. cit., p. 100.

<sup>141</sup> « *Een ander vereischte tot verkoeling des ligchaams is rust. Veel beweging des ligchaams en des gemoeds veroorzaakt opwelling van het bloed, vermeerdert de afscheiding der gal en des zweets, en kan daarom in heete gewesten onmogelijk gezond zijn* », *Ibid.*, p. 97.

<sup>142</sup> « *Veel komt eindelijk ook nog aan op eenen geregelden en ongestoorden slaap, voor iemand, die zijne krachten staande houden en zijne gezondheid bewaren wil* », *Ibid.*, p. 110.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p. 11.

chaque fenêtre<sup>144</sup>. Burg écrit que pendant la nuit il faut « assurer la fermeture par des barreaux, mais pas fermer la vitre, sauf si [la maison] se trouve dans un endroit marécageux ; et poser le matelas au-dessus du sol<sup>145</sup> ». Prager écrit que dormir plus de 10 heures est très important pour la santé. Se coucher tard le soir n'est pas bien pour la santé physique et psychique<sup>146</sup>. Pour Van Den Burg, le soir il faut dormir 8 heures au minimum<sup>147</sup>.

A part se reposer, faire de l'activité est très important, surtout pour ceux qui passent la journée en restant sur une chaise dans leur bureau. Cependant il y a des activités considérées comme dangereuses pour la santé<sup>148</sup>. Waitz écrit : « La danse, la promenade, le saut, la chasse, etc. : ce sont pour plusieurs raisons des divertissements dangereux aux Indes orientales, surtout pour les Européens. Plus dangereux encore et pouvant provoquer la mort, la promenade à midi entre 10h et 16h, tête nue et sans parapluie<sup>149</sup> ».

Praeger explique l'importance de faire du sport : « il est nécessaire de faire une activité. Maintenir la composition normale de la masse sanguine est aussi nécessaire ; par exemple le cerveau et les muscles agissent ensemble pendant la gymnastique [...] <sup>150</sup> ». Ce point de vue montre que la circulation du sang est un facteur essentiel pour la santé du corps, et afin de la garder, les hommes sont obligés de bouger leurs corps, de faire du sport.

En ce qui concerne le travail des Européens sous les tropiques, Burg pense que les travaux extérieurs doivent être évités. « *Le travail dans les champs est en général*

---

<sup>144</sup> F. A. C. Waitz, *Een en twintig jaren in de Oost*, op. cit., p. 4.

<sup>145</sup> « *sluite des nachts de jaloezieen, maar niet de glazen ramen, behalve op moerassige plaatsen ; en plaatse de bedden eenigszins hoog van den grond* », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 350.

<sup>146</sup> L. F. Praeger, *Indische studiën*, op. cit., p. 172.

<sup>147</sup> C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 351.

<sup>148</sup> L. H. Verweij, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, op. cit., p. 101.

<sup>149</sup> « *Het dansen, schermen, loopen, springen, jagen enz. ; zijn om dezelfde reden, in Oostindie gevaarlijke vermaken, vooral voor den pas aangekomen Europeaan. Nog gevaarlijker, ja bijna van doodelijke gevolgen, is het, wanner dezelve des middags, tusschen 10 en 4 uren, bij zonneschijn, met een bloot hoofd en zonder scherm (pajjong) uitgaat* », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 97.

<sup>150</sup> « *Wij herhalen het. Van het voedingsleven gaat alles uit, wat tot den kring der verrigtingen behoort en deze zijn weder alle noodig om de aktiviteit en behoefte van alle werktuigen aan die herstelling (voeding) te doen voortbestaan. Om de bloedmassa van normale samenstelling te houden is het evennoodig, dat alle deelen; b.v. hersens en spieren, door denken en gymnastie, worden bezig gehouden en zij hunne onde bestanddeelen aan de bloedmassa afgeven en er nieuwe uitnemen, als het noodig is, dat door eene proportioneel ruime ademhaling en toevoer van spijs, die elk bloedbestanddeel kan vervangen, deze haar fonds van stoffen volkomen houdt* », L. F. Praeger, *Indische studiën*, op. cit., p. 178.

*nuisible à la santé des Européens*<sup>151</sup> », dit-il. En outre, il est mieux de laisser ce travail aux habitants locaux. Concernant les soldats, il est bien conseillé qu'ils ne marchent pas trop longtemps sous le soleil, et surtout lorsqu'il fait très chaud.

### **Hygiène morale**

Lorsque Waitz donne un conseil à ceux qui veulent voyager aux Indes-Néerlandaises, il constate que la question de la moralité est un sujet important. C'est pour cela qu'il écrit : « J'avertis les jeunes, qui sont allés dans une maison close quatre mois avant leur départ, et ne sont pas sûrs de ne pas avoir été contaminés par une maladie vénérienne, de ne pas partir. L'expérience m'a appris qu'une maladie vénérienne pendant la traversée en mer, où l'on s'expose au changement de climat, est plus difficile à soigner; beaucoup de jeunes sont épuisés, et ce n'est pas étonnant qu'à leur arrivée à Batavia ils soient morts<sup>152</sup> ». Aller dans une maison close est un acte immoral qui provoque la propagation d'une maladie en représentant un danger pour les autres.

L'objectif pour venir dans un pays tropical est de gagner sa vie. Dans ces conditions, les émigrants n'ont pensé qu'à l'argent, de sorte que la concurrence entre Européens est inévitable. Il arrive souvent que les immigrants utilisent tous les moyens pour gagner de l'argent sans respecter de principes moraux. Ce fait, selon Praeger, est très dangereux pour la santé<sup>153</sup>. D'après ce médecin « les inconvénients connus, le repos excessif, la nourriture pimentée et la boisson stimulante, et l'excès d'une idée : l'égoïste '*moneymaking*' conduisent de manière redoutable à une compétition, qui tourne facilement à l'envie, voire la haine<sup>154</sup> ».

---

<sup>151</sup> « *Het werken in den grond is voor Europeanen in het algemeen nadeelig* », C. L. van der Burg, *Persoonlijke gezondheidsleer voor Europeanen, die naar Nederlandsch-Indië gaan of daar wonen.*, Amsterdam, J.H. de Bussy, 1895, p. 200.

<sup>152</sup> « *Jongelingen kan ik niet genoeg waarschuwen, dat zij vier weken voor hun vertrek in geene bordeelhuizen gaan, om reden zij anders niet verzekerd zijn kunnen, of zij vrij van eene venerische besmetting zijn gebleven. Want de ondervinding heeft mij geleerd, dat de venerische ziekten op eene zeereis, waardoor men aan plotselijke veranderingen van klimaat en andere ongemakken blootgesteld wordt, zeer moeilijk te genezen zijn, en vele jonge menschen dermate uitmergelen, dat het niet te verwonderen is, wanner zij zoo kort na hunne aankomst te Batavia of elders sterven* », F. A. C. Waitz, *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, op. cit., p. 71.

<sup>153</sup> L. F. Praeger, *Indische studiën*, op. cit., p. 171.

<sup>154</sup> « *En de nadeelen erkent, van overmatig rust, prikkelend voedsel en opwekkende dranken en de overdrijving van een denkbeeld: het egoïstische "moneymaking", waarmee, bij uitsluiting, het gemoed gedrukt wordt, en dat eene emulaie, die zoo ligt in nijd overgaat, en zelfs den haat, te veel invloed verzekert in het sociale leven* », *Ibid.*, p. 180-181.



Observant la vie paisible des habitants locaux, Van den Burg comprend que la modération est une vertu que doivent posséder les Européens. Il constate qu' « une vie calme et heureuse est un facteur très important pour la santé. Pour cela on étudie le caractère des Indigènes, on apprend leurs langues et leurs coutumes dont l'une est de ne pas être trop affairé et est compatible avec la pensée européenne<sup>155</sup> ».

---

<sup>155</sup> « *Een kalm, tevreden leven is een groote factor tot gezondheid. Daarom bestudeerde men het karakter van den Inlander, leere vooral de eigenaardigheden der taal en der inlandsche gewoonten, waardoor men zich niet al te zeer ergert aan handelingen, die niet strooken met een Europeeschen gedachtengang* », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners; « hygiène »; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 353.



## **Chapitre 2**

### **LA MISÈRE DE LA POPULATION**

Ce sont les médecins qui se sont intéressés les premiers à la population. Certes, la population indigène a été ignorée par l'autorité coloniale depuis l'arrivée des Européens sur cet archipel. Assurer leur santé est un devoir des médecins européens. Ce changement de regard est lié à la mise en œuvre du *culturstelsel*<sup>156</sup> qui rend indispensable le besoin de main d'œuvre. En effet, avec ce système, dans des régions où la population est obligée de cultiver certaines plantes pour le commerce vers l'Europe, les habitants ont du consacrer la moitié de leur temps à travailler pour le gouvernement. Ce travail remplace le règlement de l'impôt. Dans ces conditions, l'intérêt d'assurer la santé de la population indigène est facile à comprendre.

Les tentatives faites pour améliorer la santé de la population indigène ne sont pas cependant sans débat. Le pouvoir politique colonial ne partage pas souvent les idées des autorités médicales. Il ne s'agit pas seulement d'un conflit avec la profession, mais, au-delà, c'est un conflit idéologique, entre libéralisme et Étatisme. Le prochain chapitre traite de l'intérêt des médecins européens pour la santé des indigènes en rapport avec l'intérêt économique de la métropole.

#### **I - LA PAUVRETÉ COMME CAUSE DE LA MALADIE**

« Comme il emprunte le chemin de Pourworedjo pour aller à Luwano, apparaît un très bel endroit montagneux, où la nature déploie sa richesse, où la main de l'homme exploite ce riche trésor. Un courant rafraichissant d'eau limpide traverse le vert

---

<sup>156</sup> Sur le *culturstelsel*, voir la note en bas page 43

champ cultivé, un immense champ, planté d'indigo, un tapis vert sur une vaste surface; d'innombrables rizières s'étagent jusqu'à la montagne [...] cela est un village javanais », écrit Van Hoevelle qui livre ses impressions à la vue de ce village. Pour exprimer la chance, selon lui, d'un Javanais de vivre dans cet endroit : « l'homme heureux ! », s'exclame-t-il<sup>157</sup>.

La description de Van Hoevelle est en fait une sorte de satire ; il parle de la beauté d'un village javanais qui n'existe plus. Son écrit date de 1849, deux années après l'apparition de l'épidémie à Java Centre, et à cette date le village n'est plus le même. C'est donc une introduction à la critique qu'il lance contre le Gouvernement colonial, qui, selon lui, est responsable de la disparition de la vie paisible des Javanais.

L'histoire commence à la fin de l'année 1846, dans un village qui s'appelle *Soekowoewoeh*, à Java-Centre. De loin, il croit voir la beauté du village, comme il l'a décrite dans son livre. En s'en approchant, il découvre une réalité effrayante. « Effectivement, on égorge tous les troupeaux dans les environs, mais les animaux sauvages, personne ne nous prévient, et personne ne se soucie de ce fait », écrit-il. Il continue « Nous entrons dans le village – un silence funèbre, de mort – c'est un village déserté ». Il a appris qu'« une épidémie sévère fait rage dans ce malheureux endroit ; un formidable galkortsens<sup>158</sup> attaque ses victimes, épuise (la population) très rapidement, et en général (la population va) finir dans la tombe en trois ou quatre jours<sup>159</sup> ».

Le témoignage de Van Hoevelle est terrifiant, mais c'est ce qui s'est passé en 1846. Le rapport officiel du gouvernement de 1847-1848 a écrit : « Depuis 1846 une épidémie de fièvre sévit sur la population indigène dans plusieurs résidences de Java,

---

<sup>157</sup> « *Als gij van Poerworedjo (de hoofdplaats van de residentie Bagelen) den weg inslaat naar het distrikt Lowano, dan reist gij door eene schoone bergstreek, waar de natuur hare heerlijkste gaven in rijken overvloed heeft uitgestort, en de menschelijke hand aan den grond zijne kostbaarste schatten ontwoekert. Frissche stroomen, met kristalhelder water, slingeren door de groene landouwen ; onafzienbare velden, met indigo beplant, hebben hun groen tapijt over den grond uitgespreid ; tallooze sawah's klimmen amfiteatresgewijs tegen de hellingen der bergen op [...] Dat zijn de dorpen der Javanen. Gellukige menschen !* », Jeronymus (Van Hoevell), *Eene epidemie op Java, en de cholera in Nederland*, Amsterdam, Van Kampen, 1849, p. 3-4.

<sup>158</sup> La fièvre bilieuse

<sup>159</sup> « *Wel zagen wij geheel kudden veen in den omtrent, maar 't liep in het wild, 't had het voorkomen van niemand toe te hooren, en geen mensch scheen er zich om te bekommeren. Wij traden het dorp binnen – maar overal dezelfde doodsche stilte – het was de dessa geen bewoners meer bezat. het reeds – een vreesselijke epidemie woedde in den ganschen omtrekt en vooral in deze ongelukkige plaats ; zij tastte hare slagtoffers met geweldige galkoortsens aan, die in een snel tijdsverloop hen uitputteden en gewoonlijk binnen drie of vier dagen in het graf storten* », Jeronymus (Van Hoevell), *Eene epidemie op Java, en de cholera in Nederland*, op. cit., p. 4-5.

qui cause beaucoup de victimes, et selon la dernière annonce une grande partie de la population s'enfuit<sup>160</sup> ». Des milliers de personnes sont décédées à cause de cette épidémie. La peur se propage parmi la population javanaise.

Une mystérieuse épidémie attaque Java-Centre au début de l'année de 1846. La nouvelle arrive rapidement aux Pays Bas, grâce à l'ouverture d'une nouvelle route qui raccourcit la distance entre le pays colonisé et le pays colonisateur. Le Gouverneur General J.J. Rochussen demande à Willem Bosch, Chef de Département de la santé, de le renseigner sur cette épidémie<sup>161</sup>.

Le Gouvernement colonial s'avère être très inquiet du fait que l'épidémie provoque un grand nombre de victimes. La mort des habitants considérés comme une ressource de travail est une menace sérieuse pour la disponibilité en main d'oeuvre. En outre, laisser se propager une épidémie est un risque pour les Européens. Le gouvernement réagit aussitôt. Il demande à connaître la marche de l'épidémie, sa nature, mais aussi sa cause principale pour savoir comment freiner sa propagation.

Une action plus concrète est effectuée par C. Visscher, le Secrétaire-General du gouvernement colonial, qui écrit le 13 avril 1847 au chef Département de la Santé militaire pour lui demander conseil. Bosch lui répond dès le lendemain. Dans sa lettre il impute la maladie à la saison défavorable, une mauvaise qualité de logement, une alimentation et un habillement insuffisants. Il souligne bien que la population doit être aidée rapidement. Pour cela, il demande au gouvernement d'assurer les mesures suivantes : tous les patients doivent recevoir 10 *farthings* par jour pour acheter de la nourriture ; les militaires doivent distribuer toutes les anciennes couvertures non utilisées (l'épidémie a eu lieu dans des endroits montagneux) ; 5 kg de quinine doivent être reçus des Pays-Bas chaque mois jusqu'à la disparition de l'épidémie ; les patients demeurant de 6 à 9 kilomètres alentour doivent être déplacés vers un centre établi à cet effet, sur la base du volontariat ; tous les officiers de santé doivent être assignés au service civil, de même que le chef de la population indigène, pour surveiller la distribution des médicaments<sup>162</sup>. Cette demande au gouvernement est

---

<sup>160</sup> « *Sedert 1846 heeft in verschillende residentien van Java onder de inlandsche bevolking eene epidemische koorts gewoed, welke zeer vele slagtoffers heef gemaakt, doch welke volgens de laatste berigten grootendels geweken is* », *Verslag van het beheer en den staat der Koloniën over ...*, 's-Gravenhage, s.n., 1847, p. 14.

<sup>161</sup> Le débat entre le Chef du service de la santé et le Gouverneur Général mentionné ici se réfère au livre Lisbeth Hesselink. Voir Lisbeth Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 60.

<sup>162</sup> *Ibid.*, p. 61.

donc une réelle « invitation » à prêter plus d'attention à la santé de la population. Le fait que Willem Bosch est le Chef du Département de la Santé indique en conséquence une évolution dans l'intérêt porté à la santé des habitants locaux.

Il apparaît que le Gouverneur Général n'est pas satisfait de la lettre de Bosch. Pour lui la demande du Chef de la santé est extravagante et ridicule. Il écrit : « *I want to believe that severe epidemics do exist with the eventual loss of many lives, but I do not believe that they can be as bad as people say they are. The district and village heads have a reason for exaggerating the number of sick and dead patients, because then loss forced labour would be required of them ; the residents, because it provides an excuse later if roads or bridges or waterworks are not in good condition, or if the coffee harvest is disappointing (because of a lack of hands) ; health officers, because it makes them irreplaceable and could perhaps benefit them*<sup>163</sup> ». La réponse du Gouverneur Général témoigne de certains préjugés. En tant qu'autorité suprême de la colonie, il exprime ses idées sur le comportement des habitants du pays : la paresse, des excuses pour éviter les obligations qui semblent faire partie de la coutume. Il est ainsi facile pour le Gouverneur Général de ne pas croire au rapport de Willem Bosch.

Pour le Secrétaire-General, Visscher, la demande semble cependant avoir du sens, raison pour laquelle il s'adresse lui même à Bosch pour répondre à la demande de ce dernier. Il lui accorde la distribution de couvertures usées, mais n'est pas certain que la quinine puisse arriver des Pays-Bas avant la disparition de l'épidémie. Ce qui laisse penser que Visscher, comme son supérieur, pense toujours que la maladie va disparaître rapidement<sup>164</sup>.

Bosch pense que les mesures seraient efficaces seulement si elles étaient tout de suite mise en application dans leur globalité. L'épidémie continue à se propager, et l'état de santé des habitants devient de plus en plus précaire à cause des mauvaises conditions de vie, surtout du fait de la pénurie en riz. Il entend par cela que s'il y avait une abondante récolte de riz, l'épidémie ne se propagerait pas. Cette remarque peut être considérée comme une critique indirecte à la pratique du *culturstelsel*, qui supprime des rizières pour implanter d'autres cultures. Dans son livre célèbre, Multatuli décrit l'importance de la riziculture pour les Javanais. « Le Javanais, écrit Multatuli, a l'agriculture dans le sang. Il y est porté par la terre où il est né, qui promet

---

<sup>163</sup> Cité dans *Ibid.*, p. 63.

<sup>164</sup> *Ibid.*, p. 62.

beaucoup pour peu de travail, et avant tout, il se voue corps et âme à la culture de ses rizières, qu'il pratique d'ailleurs avec une grande habileté. Il grandit au milieu de ses sawahs, de ses gagahs, de ses tipars, dès son plus jeune âge il accompagne son père aux champs où il l'aide à manier la bêche et la charrue, à élever des digues et à creuser des canalisations pour irriguer ses terres [...] En un mot la culture du riz pour le Javanais est ce que la vigne et sa vendange sont en Rhénanie et dans le midi de la France<sup>165</sup> ». A l'opposé, se trouve alors un système qui enrichit les Pays-Bas tout en appauvrissant les Javanais et qui est en partie responsable de l'épidémie à Java-Centre<sup>166</sup>.

La réponse du Directeur de l'Agriculture, L. W. H. de Munnick est intéressante : selon lui la récolte du riz dans la région est suffisante. Etant donné que Bosch n'a pas mentionné ses sources, son rapport a moins de valeur vis à vis des rapports de 22 résidents qui communiquent régulièrement avec le chef de la population pour lui fournir des renseignements. Bosch a en outre eu une fausse information : les habitants de la montagne ravagée par l'épidémie mangent plutôt du maïs et des légumes racines, et ne servent le riz que pendant les fêtes. En réponse à la lettre de Bosch qui dit que des habitants vendent leurs vêtements pour avoir de la nourriture, de Munnick dit que ne pas s'habiller fait partie de leurs habitudes. Il n'y a donc pas de pauvreté particulière : la population gagne sa vie avec le café, il reste des terres inutilisées, et il n'est pas nécessaire de les cultiver. Pour Munnick, Bosch fait partie de ceux qui critiquent toujours la pratique du *culturstelsel*, il est donc compréhensible qu'il cible cette pratique. Munnick considère d'ailleurs l'épidémie comme un phénomène normal pendant le changement de saison, raison pour laquelle il est superflu de chercher une autre cause<sup>167</sup>.

Une enquête sur la maladie a été effectuée par Rochussen, le Gouverneur General, Pendant son inspection il a interviewé des fonctionnaires européens et indigènes, et il en ressort convaincu que l'épidémie n'est causée ni par la misère ni par la pauvreté. En revanche, il a trouvé que la population était assez aisée grâce à la

---

<sup>165</sup> Multatuli, *Max Havelaar ou les ventes de café de la compagnie commerciale des Pays-Bas*, traduit par Philippe Noble, Arles, Actes Sud, 2003, p. 86.

<sup>166</sup> Adriaan Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers...*, Utrecht, Kemink en zoon, 1941, p. 102.

<sup>167</sup> L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, op. cit., p. 63-64.

récolte de café. Il a également découvert que, pour les habitants, l'épidémie avait une origine mythique : la guerre entre l'esprit de montagne Merbabu et Slamet, les deux volcans à Java-Centre, qui provoque l'empoisonnement de l'air par l'émanation de leur colère. Pour Baud, « *This seems to be a fairy tale, but it may not be that far from truth : I feel that the cause can be ascribed to volcanic effects on the soil* ». L'explication de Rochussen s'accorde avec l'étiologie de la maladie en Europe : les miasmes sont la cause de la maladie<sup>168</sup>.

Le Chef du Département de la santé renforce son argument en présentant une étude de cas. A partir de sa recherche, Bosch a trouvé que des Européens, des Chinois, mais aussi des *bedienden (des bonnes)* qui travaillent chez des Européens et chez des Chinois n'étaient pas touchés par l'épidémie. Pour lui l'explication est évidente : ils ont suffisamment à manger et vivent dans une maison qui les protège du froid<sup>169</sup>.

Bosch rédige les rapports annuels sur la situation de la santé dans la population. Dans son rapport sur l'année 1846, il donne une explication plus détaillée sur l'épidémie à Java Centre. Il a constaté que la maladie est apparue pour la première fois dans le village situé à la connexion de la pente nord-ouest du Merbaboe avec le Tjokopekeh. Elle s'est étendue ensuite sur l'ensemble de la pente de la montagne et a atteint un village situé à 7000 pieds, avant de toucher un autre village situé à 1500 pieds. Dans les régions basses comme Residentie Kedoe, la maladie se déclare rarement, ou parfois de manière sporadique et moins sévère. Différents quartiers ont été successivement affectés. Au mois de décembre, on a cru que la maladie était terminée. Mais elle a récidivé avec beaucoup plus de sévérité dans la régence de Temanggung, puis dans celle de Minorehsche.

Dans le cas d'un district montagneux de Loano, Residentie Bagelen, le premier rapport reçu date de novembre, mais on pense que l'épidémie sévissait depuis quelques mois. Il est possible que la maladie soit apparue au mois d'août dans le district Selocaton, tandis que dans le district montagneux comme Ledok, Residentie Bagelen, mais aussi dans des districts montagneux de Residentie Banjoemas, la maladie est apparue pour la première fois en février 1847.

---

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 66.

<sup>169</sup> Adrian Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, op. cit., p. 104.



La propagation de ces épidémies dans des différents endroits ruine la division entre endroits sain et malsain en fonction de l'altitude, comme l'expliquait souvent le travail de topographie médicale, discuté précédemment. Presque la moitié des endroits où sévit la maladie sont montagneux. A certains endroits l'altitude était au-dessous de 1500 pieds, mais elle pouvait atteindre 7000 pieds au-dessus de la mer.

Par manque de personnel médical, Bosch ignore le nombre exact de victimes, mais est sûr qu'elles sont plus de mille. La raison est que « l'épidémie a sévi longuement et sévèrement sur le côté sud dans le district de Loano et dans le nord dans la montagne Prahoe, Temanggong, Ledok, Somowono, Batoor et Bandjar<sup>170</sup> ».

En ce qui concerne la cause de la propagation, Bosch écrit dans son rapport qu'il y a au moins quatre facteurs qui provoquent l'épidémie. Premièrement, les conditions atmosphériques. Cette idée n'est pas tout à fait nouvelle ; il est assez normal à cette époque-là de considérer les conditions atmosphériques comme causes de la maladie. Il semble toutefois que Bosch n'en est pas trop convaincu. Selon lui, cela fait longtemps que la même forme de maladie se développe sous différentes conditions atmosphériques; c'est-à-dire que cette maladie peut se propager à n'importe quelle température. « D'ailleurs, où est la preuve qu'une température élevée, ressentie à la montagne, doit produire dans une vaste région une épidémie de fièvre ? » (*Trouwens, waar ligt het bewijs, dat eene wat hoogere warmtegraad, op eene berg bespeurd, een koortsepidemie over eene groote landstreek moet voortbrengen ?*), demande-t-il.

En second lieu, la vapeur volcanique. Il est vrai que l'apparition de l'épidémie a coïncidé avec l'éruption du Merapi en 1846. Par comparaison avec ce qui s'est passé à Amboina, où ce type de catastrophe a provoqué la transmission de maladies, on peut penser que l'épidémie a un rapport avec l'éruption. Mais, pour Bosch, cette comparaison n'est pas valable. Il note que « l'activité de Merapi s'est intensifiée à la fin de la moitié de l'année 1846, alors que l'épidémie s'était déjà propagée en février de la même année<sup>171</sup> ».

---

<sup>170</sup> « *De epidemie heeft in hare meer zuidelijke uitbreiding het langst en hevigst gewoed in het distrikt Loano en in het noorden vooral in de streken van het Prahoe-gebergte, Temanggong, Ledok, Somowono, Batoor en Bandjar het vernielendst geteisterd* », W. Bosch, « *Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846* », art cit, p. 455.

<sup>171</sup> « *De Merapi heeft wel in 1846 sterker dan gewoonlijk gewerkt en vuur en vlam uitgebraakt, doch eerst in de laatste helft des jaars, terwijl de epidemie reeds in February was begonnen* », *Ibid.*, p. 461.

Ensuite, le manque de nourriture. Bosch pense que le manque général de nourriture dans ces régions est une raison plus convaincante. Il écrit : « Le plus plausible est que la rareté et la difficulté de trouver les produits de première nécessité, comme le riz et d'autres produits alimentaires, est une des causes importantes de la propagation de l'épidémie. Ce point de vue semble être confirmé par le fait que les Européens, les Chinois et leurs serviteurs indigènes ont été épargnés par l'épidémie, ce qui ne serait pas le cas si on croit aux influences météorologique ou géologique de l'épidémie<sup>172</sup> ». Cet argument signifierait que la pauvreté est une cause de l'épidémie<sup>173</sup>.

Enfin, il en vient à des principes moraux. Selon Bosch « Par le manque des principes moraux et religieux, anéantis par des besoins urgents, c'est ainsi que la maladie trouve le moyen de se propager » (*bij gemis aan zedelijk of godsdienstige beginselen, door nijpende behoefte uitgeput, ontbrak het haar aan het vermogen om zich manmoedig onder deze rampen op te rigten en vond de ziekte overal eene haar begunstigende voorbeschiktheid*). Le chef du Département de la santé croit vraiment que « l'amertume et l'indigence de l'état d'esprit sont à la fois une cause et une conséquence de la maladie ». (*ontstemde zieltoestand en nooddrift staan als oorzaak en gevolg wederkeerig in een naauw verband* )

Bosch propose trois mesures à mettre en oeuvre. D'abord, le manque de médecins sur le terrain est un des facteurs qui permet la propagation de la maladie. C'est la raison pour laquelle il faut augmenter le nombre de médecins. En plus, il y a pénurie de médicaments. L'absence de médicament à distribuer aux malades aggrave

---

<sup>172</sup> « *het is meer dan waarschijnlijk dat schaarschheid en duurte van de eerste en noodzakelijkste levensbehoefte, hoofdzakelijk van rijs en andere goede voedingsmiddelen, eene der meest begunstigende oorzaken der verspreiding van de ziekte was, welke meening bevestigd schijnt te worden, door de omstandigheid, dat Europeanen, Chinezen en hunne inlandsche bedienden van de epidemie verschoond bleven, welke gunstige uitsluiting bij het aannemen van weerkundige of geologische invloeden als oorzaken der ziekte, zich niet lat verklaren* », *Ibid.*, p. 462.

<sup>173</sup> L'idée que la pauvreté est une cause de la morbidité et la mortalité remonte au penseur hygiéniste français Louis-René Villermé. Ce dernier a bâti sa thèse en se reposant sur le tableau statistique des maladies et des morts de la ville Paris. Voir Gérard Jorland, *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, France, Gallimard, 2010, p. 121-123 ; Pour une étude sur la pensée et le travail de Villermé, voir William Coleman, *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*, Madison, Etats-Unis d'Amérique, University of Wisconsin press, 1982, 322 p. Dans l'explication de Bosch, il ne se trouve cependant aucune référence au travail des hygiénistes français sur la pauvreté comme cause de maladie. .

l'épidémie. Il faut donc disposer de plus de médicaments. Enfin, on manque de ressources à partager en urgence<sup>174</sup>.

Le rapport que Bosch pour les années 1847 et 1848 a pour objectif de montrer que le nombre des victimes reste toujours élevé. Dans ces rapports, il présente plutôt des données statistiques, pour montrer que l'épidémie ne diminue pas comme l'avait prévu le gouvernement. En outre, Bosch souligne le fait que le manque de médecins rend l'épidémie plus sévère. Pour lui, une présence accrue de médecins pourrait permettre au moins de diminuer le nombre de victimes.

Concernant la cause de l'épidémie, le chef du Département de la santé ne change pas d'avis. Il croit toujours que l'épidémie a été causée par la pauvreté, autrement dit que la population manque de nourriture, d'habitation confortable et de vêtements protégeant du froid. Tout cela est le fruit de la pratique du *culturstelsel*, une pratique qui enrichit les Pays-Bas riches et appauvrit les Javanais.

## II – LE RISQUE DE DÉPOPULATION ?

Le débat sur l'épidémie dans l'île de Java est un point de départ à la question de la population dans la politique coloniale hollandaise aux Indes-Néerlandaises. Autrement dit, avec ce débat, la population commence à faire partie du discours politique des Indes-Néerlandaises. A partir de cet événement, en effet, le gouvernement colonial prête plus d'attention à la question en tentant d'améliorer, notamment la qualité de vie et la santé de la population.

Il est évident que ce débat a été rendu possible par l'intervention de Willem Bosch qui est alors Chef du Département de la santé. Bosch était inquiet de l'accroissement du nombre des décès parmi la population. Etant certain que la décroissance de la population était le fruit de la pratique du *culturstelsel*, il attaquait sans cesse le gouvernement colonial afin qu'il renonce à cette pratique d'esclavage déguisé.

Sa rencontre avec Van Hoevell, un politicien libéral, a renforcé son opinion sur l'injustice du gouvernement colonial. C'est également grâce à cette rencontre que Bosch s'intéresse davantage à la politique. Il semble nécessaire de donner quelques

---

<sup>174</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 464-465.

détails sur la signification de cette rencontre. Van Hoevelle est un penseur libéral. Pour lui, l'intervention de l'Etat dans l'économie du pays est une menace, car elle risque de faciliter des pratiques abusives comme l'esclavage. En tant que médecin, Bosch élabore sa critique envers le gouvernement de manière assez particulière, par rapport à la pratique de la politique aux Indes-Néerlandaises à l'époque. Il défend la santé de la population dans l'intérêt de l'économie du pays colonisateur.

Comprenant que le système du *culturstelsel* menace l'accroissement de la population, il intensifie sa critique. Il est conscient des pertes pour les Pays-Bas, car une décroissance de population signifie une baisse de production, et donc un bénéfice économique moindre. Pour asseoir son argument, Bosch publie en 1851 *De vermeerdering van Java's bevolking : beschouwd als de grootste bron van rijkdom voor Nederland* (L'accroissement de la population javanaise : considérée comme la grande ressource pour la richesse des Pays-Bas). Le titre indique clairement que cet ouvrage traite du rapport entre le chiffre de la population et la richesse du pays.

Il semble que Bosch ait été un admirateur de Pellegrino Rossi, professeur d'économie politique au Collège de France, qui a souvent traité de la question de la population. Bosch commence son ouvrage par une citation de Rossi: « la question de la population touche à tout, à la morale et à la politique, à l'économie nationale et à l'économie domestique ; l'Etat, la famille, l'individu y sont également intéressés pour le présent et pour l'avenir, pour leur force comme pour leur bonheur<sup>175</sup> ». Cette citation est tirée de l'introduction de Rossi à la nouvelle édition de 1845 de l'ouvrage de Thomas Malthus, *Essai sur le principe de la population*<sup>176</sup>. Nous imaginons que Bosch a également lu le livre de Malthus. La phrase citée ci-dessus indique que la question de la population englobe tous les aspects de la vie ; le Chef du Département de la santé peut ainsi souligner dès le début de son propre ouvrage l'importance du problème, en particulier dans son rapport avec la richesse du pays.

Le rapport entre la richesse d'un pays et sa population est un sujet assez communément débattu à l'époque. « Il est une vérité généralement connue que la force et la richesse d'un Etat dépendent de sa capacité à produire beaucoup » (*Het is toch een algemeen erkende waarheid, dat de magt en de rijkdom van eenen staat zijn*

---

<sup>175</sup> Willem Bosch, *De vermeerdering van Java's bevolking: beschouwd als de grootste bron van rijkdom voor Nederland*, Rotterdam, M. Wijt & Zonen, 1851, p. 7.

<sup>176</sup> Pellegrino Rossi, « Introduction à la nouvelle édition de l'essai sur la population par Malthus » dans Jules Burat (ed.), *Economie politique. Recueil de monographies. Examen des questions sociales, agricoles, manufacturières et commerciales*, Bruxelles, Au Bureau du Journal des Economistes, 1845, p. 202.

*gelegen in het grootst mogelijk getal producerende onderdanen*), écrit Bosch. On peut comprendre que si un gouvernement veut améliorer ses ressources, il lui faut améliorer la force de production de sa population. « Quand le gouvernement se rend compte de son intérêt, il va chercher résolument à améliorer la richesse de la population, pour améliorer ensuite sa capacité physique et intellectuelle<sup>177</sup> ».

Toutefois, dans le cas des Indes-Néerlandaises, l'amélioration du bien être de la population est peu prise en compte. C'est un fait qui a frappé Bosch qui sait que la richesse des Pays-Bas dépend de la richesse des Indes-Néerlandaises. Il constate qu'après deux siècles de colonisation, les habitants des Indes-Néerlandaises, en particulier les Javanais, vivent toujours dans la misère.

En 1844, il a tenté sans succès de s'adresser au ministre des colonies, J. C. Baud, pour demander une enquête sur les raisons de la stagnation des Indes-Néerlandaises. Malgré l'opposition du ministre, comme c'est une question importante, il a entrepris lui même la recherche<sup>178</sup>.

« L'insuffisance de la population par rapport aux vastes terres disponibles, écrit-il, est la première cause de l'insuffisante capacité de travail qu'on déplore souvent. Que Java produise moins en comparaison d'autres terres, moins fertiles et moins vastes, continue-t-il, est une conséquence de l'excès de terres cultivables par rapport à la population<sup>179</sup> ». Il y a deux choses dans cette constatation. Le petit nombre de la population est la cause de la non-productivité, dans le cas de Java qui dispose de vastes terres fertiles. En outre, Bosch pense que la fertilité des terres a rendu les Javanais paresseux.

Le chiffre de la population est lié à la production. Bosch fait une comparaison avec Pekalongan, Kedu et Priangan. Dans les deux premières régions, la terre n'est pas vaste, mais la population est nombreuse. Le résultat est que le niveau de

---

<sup>177</sup> « *Wanner eene regering haar waar belang begript, continue Bosch, dans zal zij in de welvaart en den toewas der bevolking hare kracht en grootheid zoeken, en daarom alles aanwenden wat de fysieke en intellectuele ontwikkeling harer burgers kan bevorderen* », Willem Bosch, *De vermeerdering van Java's bevolking*, op. cit., p. 7.

<sup>178</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>179</sup> « *De geringheid der bevolking, in betrekking tot de uitgebreidheid van den grond ter harer beschikking is de eerste oorzaak der geringe werkkraft waarover men klaagt. Dat Java zoo weinig prduceert, in vergelijking met andere minder vruchtbare en uitgebreide landen is het gevolg van den te grooten overvloed van bebouwbare gronden, in verhouding tot de bevolking* », *Ibid.*, p. 19.

production est assez élevé. A Priangan, par contre, la terre est très vaste, mais la population est moins nombreuse, si bien que la production est très limitée<sup>180</sup>.

A l'époque où Bosch s'exprime, les Indes-Néerlandaises sont menacées de dépopulation, un problème qui s'est accentué durant la période 1845-1850, lors de la propagation de l'épidémie. L'éclatement de l'épidémie étant lié à la mise en œuvre du *culturstelsel*, le médecin porte une nouvelle critique contre ce système<sup>181</sup>.

Bosch affirme que l'obstacle à l'augmentation de la population dépend de facteurs directs et indirects. Les facteurs directs comprennent la politique, l'économie et la morale, la diffusion de l'opium, le non-respect des lois et l'avortement. Quant aux facteurs indirects, ce sont l'ignorance du gouvernement, l'absence de soins pour les nouveau-nés, le manque de connaissance des médecins et la propagation de la syphilis.

Sur la cause de l'épidémie, Bosch partage l'avis de Bleeker, un médecin qui s'intéresse aussi à la question de la population. Bleeker cherche à recenser la population javanaise, et pour cela, il a commencé à mener des enquêtes à partir de 1844. Il publie régulièrement ses résultats dans la revue *Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*. Les enquêtes de Bleeker témoignent d'une prise en compte de la population non comme un tout, mais comme un ensemble d'individus<sup>182</sup>.

Dans le système du *culturstelsel*, l'individu n'est pas considéré comme important, bien qu'il soit indispensable au fonctionnement du système. Ce qui compte dans ce système est l'unité de village ; peu importe, le nombre d'habitants qui y vivent. La demande du gouvernement est que chaque village produise la quantité requise, quel que soit le nombre de personnes au travail. Il n'y a un problème que lorsqu'un village ne peut pas répondre à la demande<sup>183</sup>.

De ce point de vue, la chute démographique n'est donc pas une menace pour le gouvernement, puisque la production ne dépend pas du nombre de personnes au travail. Ceci explique que la critique de Bosch n'est pas vraiment prise en compte.

C'est Henri Julius Lion, un militant défendant l'intérêt des Indes-Néerlandaises, qui critique la position de Bosch. Né le 23 mars 1806 à Elberfeld, Lion est le fils d'un officier français, Henri Lion, et d'une mère hollandaise, Jeannette Wolace. De manière

---

<sup>180</sup> *Ibid.*, p. 22-23.

<sup>181</sup> *Ibid.*, p. 35-36.

<sup>182</sup> Pieter Bleeker, *Nieuwe bijdragen tot de kennis der bevolkingstatistiek van Java*, s.l., M. Nijhoff, 1870, p. 448.

<sup>183</sup> Widjojo Nitisastro, *Population trends in Indonesia*, Ithaca etc, Cornell University Press, 1970, p. 43.

sarcastique, Lion déclare que M. Bosch est un médecin et que les affaires politiques ne le regardent pas, et que si celui-ci insiste pour s'en mêler, son analyse ne pourra être que superficielle. « Pourquoi ébaucher des propositions d'amélioration [des conditions de vie], des problèmes que non seulement il ne maîtrise pas, mais pour lesquels il se déclare officiellement comme un juge compétent?<sup>184</sup> », demande-t-il avec grandiloquence.

Lion se focalise également sur deux arguments de Bosch : le *culturstelsel* comme cause de pauvreté, elle-même responsable d'une décroissance de la population. Le problème principal du *culturstelsel*, chez Bosch, est le développement des travaux forcés. Mais, pour Lion, dans la colonie, cette pratique est légitime. Il cite Napoléon quand il s'adresse à l'ambassadeur russe : « Apprenez que les états se gouvernent par la tête, et non par le cœur ». Cette citation lui sert de justification pour les travaux forcés, à condition qu'ils rapportent. Toutefois, Lion concède que bien que, « les Pays-Bas considèrent Java comme leur conquête, en plus du bénéfice qu'ils en tirent, ils doivent également contribuer à son amélioration<sup>185</sup> ».

Trouvant une autre justification, Lion déclare que les Javanais sont paresseux, raison pour laquelle ils ne sont pas productifs. En outre, il dit également que « les Javanais, comme tous les habitants des pays tropicaux, n'ont pas l'esprit d'entreprise comme les habitants des pays au climat tempéré, leur capacité de travail ne marche que sous la contrainte<sup>186</sup> ». Pour Lion, il est clair que les travaux forcés sont autorisés si la population ne s'engage pas à travailler.

En ce qui concerne la décroissance de la population javanaise, Lion affirme que l'argument de Bosch n'est pas crédible. D'après les données présentées par Bosch, la population se monte, en 1848, à 9.666.582 âmes. En 1850, le chiffre est de 9.265.149. La dépopulation ne porte donc que sur ces deux années, 1849 et 1850, et s'explique par la propagation de l'épidémie. Si pour Bosch l'épidémie est perçue comme

---

<sup>184</sup> « *Waarom met begonnen met voorstellen van verbetering ten opzichte van die punten, waar hij niet alleen als competente, maar ook door zijne ambtelijke stelling bijna als eenig competente regter kon optreden* », Henri Julius Lion et Willem Bosch, *Analyse der cijfers en beschouwingen, voorkomende in het werk: « De vermeerdering van Java's bevolking, beschouwd als de grootste bron van rijkdom voor Nederland »*, door Dr. Bosch ..., Rotterdam, H. Nijgh, 1852, p. 7.

<sup>185</sup> « *Nederland beschouwt Java als wingewest, dat behalve de millioenen aan indirecte voordeelen, ook nog eene zekere som (het bagit slot) moet contribueren, om de schulden van Nederland te helpen delgen* », *Ibid.*, p. 9.

<sup>186</sup> « *de Javaan, gelijk al de in tropische landen levende volken, niet zoo ondernemend van aard als de volken der gematigde luchtstreken, zijn productief vermogen aanwenden noch toepassen zal zonder dwang, zelfs dan niet, wanner hij, gedwongen werkende, slechts een middelmatig bestaan vindt, en vrijwillig door dezelfde krachtsinspanning een rijkelijker bestaan zoude vinden* », *Ibid.*, p. 10.

l'implication du *culturstelsel*, mis en œuvre depuis 1831, comment comprendre que pendant les 17 premières années de pratique, il n'y ait pas eu de problème? Lion considère que Bosch a simplifié le problème de la décroissance de population<sup>187</sup>.

Le débat entre le médecin et l'administrateur colonial sur la question de la population, mis à part la réalité des chiffres qu'ils ont présentés, montre une chose : la dépopulation commence à devenir une préoccupation.

Un article sur l'augmentation de la production aux Indes-Néerlandaises destinée aux Pays-Bas paraît en 1850. Bien qu'écrit par un médecin, cet article est également critique sur l'intervention des médecins de l'époque en politique. L'article s'intéresse à la population des Indes Néerlandaises, mais c'est sur l'hygiène qu'il s'ouvre : « les lois les plus belles, les plus vraies, les plus utiles, les mieux appropriées à tous les besoins de notre civilisation doivent être puisées dans l'hygiène générale<sup>188</sup> ». La citation provient de l'ouvrage d'un hygiéniste français, Louis-Claude-Adolphe Motard, intitulé *Essai d'hygiène générale*, publié en 1841<sup>189</sup>.

Cet article, écrit en temps de menace sur les intérêts économiques de la Métropole, annonce une meilleure prise en compte des populations locales. « C'est un fait, écrit l'auteur, que les Pays-Bas se rendent compte enfin de quelles ressources ils disposent pour remplir leur coffre fort vide. Les Pays Bas ont les yeux fixés sur la peur de son déclin aux Indes Néerlandaises, non seulement pour leurs compatriotes et leurs descendances qui y résident, mais aussi pour garantir leur stabilité en tant qu'Etat<sup>190</sup> ». Le gouvernement admet que l'exploitation de la terre n'est pas le seul moyen pour défendre ses intérêts économiques ; il doit également éduquer les habitants. En conséquence, « La nation veut gouverner. Elle veut davantage. Elle donner à ses enfants une existence aux Indes qui puisse rapporter une riche production, qui préserve la métropole d'un certain déclin !<sup>191</sup> ».

---

<sup>187</sup> *Ibid.*, p. 16-17.

<sup>188</sup> Geneesheer in Indië, *Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië*, Groningen, Wolters, 1850, p. 20.

<sup>189</sup> L. C. A. Motard, *Essai d'hygiène générale*, Paris, Isid. Pesron, 1841, vol. 2/1, p. 3.

<sup>190</sup> « *Het is een daadzaak dat Nederland eindelijk begint te beseffen, uit welke bronnen de ware hulp voor zijne ledige schatkist kan geput worden. Nederland vestigt zijne oogen, uit angst voor zijnen zekeren ondergang, op den Indischen Archipel, niet alleen om zijne landgenooten en hun kroost, die zich in Indie bevinden, te helpen, maar ook om zich zelf staande te houden* », Geneesheer in Indië, *Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië*, op. cit., p. 20.

<sup>191</sup> « *De natie wil regeren. Zij wil meer dan het batig slot. Zij wil hare kinderen in Indie een bestaan geven en er eene rijke produktie uithalen, die het zwaar belaste moderland voor eenen gewissen ondergang bewaart !* », *Ibid.*, p. 21.



L'éducation et la bonne nourriture pour les enfants sont deux sujets discutés. Les deux sont essentiels pour former un bon individu et ne peuvent être séparés. « On peut établir une école à la montagne, on peut envoyer des missionnaires et des enseignants, on peut mettre tous les efforts pour améliorer l'éducation, changer la religion, les langues – tout cela est vain si on ne veille pas au nourrisson dès le sein de sa mère. Sans bonne qualité d'alimentation, l'organisme ne peut pas s'améliorer, et avec la mauvaise nourriture le corps va se détériorer<sup>192</sup> ».

La faible production est alors vue comme le fruit du manque de force de la main d'œuvre. Cela ne peut se corriger en l'absence d'un médecin dans la vie quotidienne des travailleurs. Aux Indes-Néerlandaises, en effet, la main, des bureaucrates est encore forte. Les médecins, en revanche, n'ont pas de pouvoir, raison pour laquelle leurs interventions sont très restreintes. Le fait que le service de santé se trouve placé sous l'administration militaire en est la cause, car la santé des soldats passe avant la santé de la population. Cet état de choses doit changer. Si le gouvernement colonial veut augmenter la production, il doit renforcer le rôle des médecins. C'est « par les médecins que la force des Indigènes va s'améliorer. Puisque les Indigènes sont faibles, ils ne produisent que très peu de leurs terres, et puisque la mortalité est très fréquente dans certaines régions, on manque de main d'œuvre, raison pour laquelle il y a encore beaucoup de terres non cultivées à Java !<sup>193</sup> ».

Le problème est que les bureaucrates du gouvernement colonial ne sont pas d'accord avec cette idée. Pour eux, les habitants locaux ne veulent rien apprendre sur la santé et l'hygiène de la maison, de la nourriture, et du corps. Même s'ils voulaient le faire, qui va leur apprendre ? Qui va financer ce programme ? Aux yeux des médecins, il apparaît que le gouvernement colonial ne veut pas consacrer de budget pour la santé de la population ; il ne veut que bénéficier des avantages économiques sans rien dépenser<sup>194</sup>.

---

<sup>192</sup> « Men moge scholen in de bergen oprigten, men mog zendelingen en leeraaren uitzenden, men moge alles in het werk stellen om het onderwijs te verbeteren, de godsdienst te wijzigen, da talles – zal niets baten, wanner men niet voor den zuigeling aan moeders borst wake ! Zonder goed voedsel kan het verstandorgaan zich niet ontwikkelen, en door ongezond voedsel wordt dat orgaan volkomen bedorven », *Ibid.*, p. 23.

<sup>193</sup> « door den geneesheer moet de inlander sterkte en kracht toenemen. Omdat de inlander zo zwak van lichaamskracht is, daarom levert de grond zoo weinig voor hem op, en omdat de sterfte somwijlen verschrikkelijk in sommige residenties woedt, daarom klaagt men over gebrek aan menschenhanden, daarom zijn er nog zoo vele woeste gronden op Java ! », *Ibid.*, p. 24.

<sup>194</sup> *Ibid.*, p. 24-25.

L'accroissement de la production économique ne se fait que par l'amélioration du service de santé pour la population, en particulier pour les travailleurs. Le gouvernement doit mettre de côté ses intérêts personnels. « Nous pouvons dire que dix Indigènes égalent un Européen, par manque de force. Ainsi, du fait qu'il n'y a pas d'expansion des cultures, la première chose à faire est de s'occuper à leur donner de l'énergie, ensuite, la production va s'améliorer petit à petit<sup>195</sup> ».

L'expérience de l'Europe sert de référence. Le développement de la civilisation est considéré comme le fruit du développement de l'hygiène. Renforcer le rôle des médecins est la clé pour améliorer la force de travail dans la population. Il semble évident en effet que « le grand secret pour l'augmentation de la production se trouve dans l'amélioration de la force et l'énergie de la population<sup>196</sup> ».

Le désaccord des médecins avec le gouvernement colonial est à deux niveaux. Primo, l'intérêt professionnel qu'ils vouent à la santé de la population se heurte au désintérêt du gouvernement. Deuxièmement, l'idée que la population représente une force de travail qu'il faut défendre afin d'assurer la production, est une notion fortement influencée par la pensée économique libérale. Cette idée est également supportée par les entreprises qui souhaitent limiter l'intervention de l'Etat dans les pratiques économiques.

Le souhait de médecin comme Bosch est donc de supprimer les pratiques d'exploitation qui rendent la population misérable. Ils veulent également améliorer son état de santé pour garantir la rentabilité des travaux. Les médecins de l'époque sont certains que la richesse des Indes-Néerlandaises est la source de richesse des Pays-Bas.

Etant en retraite en 1856, Willem Bosch retourne aux Pays-Bas. Cela, pourtant, ne refroidit pas son engagement politique. Au contraire, il continue sans cesse sa propagande pour défendre le droit du peuple javanais. Sa critique se focalise toujours sur la question du *culturstelsel*.

En 1860, en collaboration avec Van Hoevell, il publie *De vrije arbeid op Java* (le Travail libre à Java). Ce livre est destiné au « lecteur neutre, qui sait quoi faire avec la vérité, quoi voir avec nos mots, quand il va comprendre notre position et notre

---

<sup>195</sup> « *Tien handen van inlanders stellen wij gelijk aan ééne Europesche, omdat zij krachtlos zijn. Dus daarom geene uitbreiding der kultures, maar eerst concentratie met energie doortgezet, dan eerst zal de produktie van jaar tot jaar vermeerderen* », *Ibid.*, p. 30.

<sup>196</sup> « *het groot geheim, om de produktie te vermeerderen, zal blijken daarin te bestaan, dat de bevolking in sterkte en kracht toeneme* », *Ibid.*, p. 31.

compréhension des affaires coloniales, son coeur lui dira d'agir<sup>197</sup> ». La collaboration des deux hommes est antérieure à cette publication, puisqu'alors que Bosch habitait encore aux Indes-Néerlandaises, de 1850 à 1853, les deux amis s'envoyaient régulièrement des lettres, où ils discutaient de la condition du peuple javanais. Les rapports de Bosch, après le départ de celui-ci, servent à Van Hoevell comme base de données dans sa critique de la politique du gouvernement colonial<sup>198</sup>.

La promotion du travail libre est l'idée principale défendue par ces médecins. Ce type de travail va réduire l'intervention de l'Etat, mais en même temps, encourager la participation des entreprises privées, et bénéficier à la population javanaise elle-même. Les médecins affirment que « le développement du travail libre à Java promet un bel avenir pour les Pays Bas. Les Javanais sont d'excellents travailleurs, mais le chef d'entreprise, l'industriel qui dirige le travail et possède le capital, ne peuvent recourir directement à eux. Les Pays-Bas doivent favoriser par décret le développement du travail libre et la liberté de l'entreprise pour leurs compatriotes. De cette manière, l'intérêt commun, pour les Javanais et le Pays Bas, sera assuré<sup>199</sup> ».

Pour les défenseurs du *culturstelsel*, la critique de Bosch et de ses amis est considérée comme sans fondement. J. D. van Herwerden constate que Bosch et ses amis défenseurs du travail libre se servent de la catastrophe qui a eu lieu à Java-Centre, la propagation de l'épidémie de 1846 à 1850, comme arme pour attaquer le *Culturstelsel*. Face à cette accusation, Bosch répète que l'épidémie était causée par la pauvreté et la disette. Pour renforcer son argument, il souligne que l'épidémie n'a pas touché les Européens, les Chinois et leurs domestiques, parce qu'ils disposaient d'assez de nourriture. Van Herwerden répond qu'il y a bien eu une disette, mais

---

<sup>197</sup> « den onpartijdeigen lezer, wien het om waarheid te doen is, zich te houden aan onze eigen woorden, wanner hij wil weten met onze stellingen en onze begrippen zijn omtrent het gewichtig koloniaal vraagstuk, dat de gemoederen zoo zeer in beweging brengt », W. R. van Hoëvell et W. Bosch, *De vrije arbeid op Java: Behandeld in « Felix Meritis »*, 's-Gravenhage, M. Nijhoff, 1860.

<sup>198</sup> Adriaan Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, op. cit., p. 131.

<sup>199</sup> « Ziet, de ontwikkeling van vrijen arbeid op Java belooft in alle opzigten eene schoone toekomst aan Nederland. De Javaan zijn uitstekende arbeiders, maar hoofden van onderneminge, inddustrielen, die den arbeid leiden en over kapitaal beschikken kunnen, worden onder hen nog genoegzaam niet gevonden. Die moet Nederland verschaffen, zoo maar de ontwikkeling van vrijen arbeid door de regeringsmaatregelen wordt bevorderd en vrijheid van ondernemingen aan onze landgenooten wordt toegestaan en verzekerd. Op die wijze is het gemeenschappelijk belang, dat Javan en Nederland verbindt, voor goed bevestigd », W. R. van Hoëvell et W. Bosch, *De vrije arbeid op Java*, op. cit., p. 56.

qu'elle était due à une mauvaise récolte, et que ces deux événements n'ont aucun rapport avec le *culturstelsel*<sup>200</sup>.

La réponse de l'ancien administrateur colonial est bancale. Van Herwerden semble avoir un problème de déduction. Il est tout à fait contradictoire, selon Bosch, d'accepter sans critique le rapport officiel du gouvernement colonial qui ne reconnaît pas de rapport entre l'épidémie et le *culturstelsel*, alors qu'en même temps Van Herwerden accepte que l'épidémie ait pu avoir été causée par la mauvaise récolte. Se basant sur le rapport officiel, Bosch montre pourtant qu'au moment où a éclaté l'épidémie, il n'y avait pas de mauvaise récolte, la production totale du riz de Java augmentant alors que le chiffre de la population était en régression. C'est la raison pour laquelle Multatuli pose la question de la famine. « Sur cette île de Java, riche, fertile, bénie des dieux, la famine ? Oui, lecteur. Il y a quelques années encore, des districts entiers ont été dépeuplés par la faim. Des mères vendaient leurs enfants pour peu de nourriture. Des mères ont mangé leurs enfants...<sup>201</sup> ». A ce moment-là, « Les mères javanaises sont prêtes à sacrifier leurs enfants, qu'elles aiment tant, comme nous aimons nos enfants ici, pour acheter un peu de nourriture <sup>202</sup> ».

En vue d'approfondir la critique contre la politique du gouvernement colonial, en 1866 Bosch crée 'Maatschappij tot Nut van den Javaan' dont le but est d'encourager les Hollandais à prêter plus d'attention à ce qui se passe aux Indes-Néerlandaises. Cette Société publie des brochures relatant les injustices du gouvernement colonial dont le peuple javanais est la victime<sup>203</sup>.

Cette société fait état de trois types d'injustices. D'abord, la pratique du travail forcé dans la colonie. Cette pratique est considérée comme une sorte d'esclavage. Dans une société civilisée qui respecte des valeurs humanistes, ce type de pratique n'est plus acceptable. La propagation de l'épidémie causée par la disette et la pauvreté est ensuite perçue comme le fruit d'une injustice. Une baisse

---

<sup>200</sup> Adriaan Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, op. cit., p. 136-137.

<sup>201</sup> Multatuli, *Max Havelaar ou les ventes de café de la compagnie commerciale des Pays-Bas*, op. cit., p. 87.

<sup>202</sup> « *Javaansche moders hare kinderen, die ze liefhebben als wij, moesten te koop veilen voor een weinig voedsel* », Adriaan Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, op. cit., p. 137.

<sup>203</sup> Maartje J. Janse, *De geschiedenis van de « Maatschappij tot Nut van den Javaan », 1866-1877: « Waarheid voor Nederland, regtvaardigheid voor Java »*, Utrecht, Vakgroep Geschiedenis der Universiteit Utrecht, 1999, p. 3-4.

démographique est une menace. Tout comme les conséquences d'une épidémie ont déjà été débattues en Europe, c'est une menace pour le peuple de Java qui a vu sa population décroître. Enfin, il faut porter plus d'attention à la santé de la population. Cela permet de préserver ses capacités de travail. Si elle travaille bien, elle peut augmenter le taux de la production. Dans ce cas, la population en profitera, mais finalement c'est les Hollandais qui vont en bénéficier. Des mesures pour améliorer la santé de la population doivent donc être mises en place.

Sous la peur d'une décroissance démographique se trouve la peur de la diminution du profit économique. La collaboration entre médecins et politiciens mène les Indes-Néerlandaises vers une nouvelle ère : l'ère du libéralisme politique.

### **III – SAUVER LA POPULATION : LA CREATION DE L'ECOLE DE MEDECINE ET AMELIORATION DU SERVICE**

La population ne devient un sujet d'études qu'à la suite de deux événements: l'épidémie et la disette qui causent une mortalité dramatique. La même chose s'est passée en Europe au dix-huitième siècle, comme l'a décrit Foucault<sup>204</sup>. Aux Indes-Néerlandaises, ces événements ont poussé le gouvernement colonial à réagir. La peur face à l'épidémie et le risque de baisse démographique sont deux problèmes qui préoccupent le gouvernement colonial à la moitié du XIXe siècle, et dont la conséquence est claire : la baisse de profit économique pour les Pays-Bas.

Maintenir et améliorer la santé de la population constituent une nouvelle mission du gouvernement colonial qui prend deux mesures essentielles : éduquer la population et organiser un service de santé. Les objectifs sont évidents : diminuer la mortalité, mais aussi assurer la santé du peuple pour qu'il soit plus productif.

#### ***Création de l'école de médecine***

L'idée de créer une école de médecine pour les autochtones aux Indes-Néerlandaises remonte à l'épisode du débat entre Willem Bosch, le chef de département de la santé, et J. Rochussen, le gouverneur général des Indes Néerlandaise, lors de l'épidémie à Java-Centre en 1847. Dans sa lettre au gouverneur

---

<sup>204</sup> Voir Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil : Gallimard, 2004, p. 68-70.

général, concernant l'épidémie, Bosch propose que le gouvernement fournisse une éducation médicale en créant une école pour les habitants locaux des Indes-Néerlandaises<sup>205</sup>. Il souligne que la connaissance des Javanais sur la médecine est très limitée, et que ceux qui ont une certaine connaissance ne croient plus au médecin traditionnel (*dukun*) ; ils préfèrent aller chez des médecins européens.

Lorsque l'épidémie se déclare dans la population, le *dukun* ne peut rien faire. Il est loin d'avoir les compétences pour soigner, ou même pour ralentir la propagation des maladies. C'est le médecin européen qui s'occupe des malades. Le problème est qu'à cette époque-là, ils sont trop peu nombreux, raison pour laquelle ils ne peuvent pas intervenir dans toutes les régions pour faire décroître la mortalité.

Bosch se rend compte également que les services assurés par les médecins européens ne doivent pas être limités aux Européens, ou aux aristocrates javanais. Le médecin doit être au service de toute la population. Bosch pense donc qu'il faut éduquer des Javanais pour qu'ils acquièrent la capacité de soigner leurs amis javanais.

Le peuple javanais, en conséquence, pourra disposer d'un bon service de santé. Chaque fois qu'il y aura des malades, il y aura un médecin pour les soigner. Le médecin javanais peut également aider le gouvernement colonial à établir des statistiques démographiques et médicales sur la population, car lorsqu'il traite un malade, il fait également un enregistrement.

Dans sa lettre, Bosch affirme que la présence de nombreux médecins servira à combattre d'autres maladies, comme la syphilis par exemple. Il mentionne cette maladie car, à cette époque, elle est très répandue. Le gouvernement colonial s'en inquiète également. La propagation de la maladie suscite l'inspection par des médecins des prostituées auxquelles elle est attribuée.

Il est donc évident que la création de l'école n'a pas seulement un intérêt humanitaire, mais aussi un intérêt pour la nation. Cette création ne suppose pas, en outre, un budget énorme, alors que ses bénéfices paraissent importants.

Le gouvernement colonial voit en somme cette proposition comme acceptable. Tout d'abord, engager des médecins européens coûte cher, car il n'est pas possible qu'ils soient payés moins lorsqu'il soigne des populations démunies. C'est donc à l'Etat de payer. Ensuite, envoyer des médecins européens dans les régions isolées à

---

<sup>205</sup> L'histoire de la création de cette école est étudiée en détail par Lisbeth Hesselink dans son livre *Healers on the colonial market : Native doctors and midwives in the Dutch East Indies*. Des informations sur cette école données dans ce sous-chapitre se réfèrent à cet ouvrage. Voir chapitre 3, pp. 53-73

l'intérieur de l'île n'est pas facile, car la plupart d'entre eux ne veulent travailler que dans les grandes villes. Enfin, ils pourraient être perçus comme une intrusion supplémentaire des Européens dans la vie quotidienne des Javanais. Les Javanais pourraient aussi se sentir dépossédés de leur foi et leurs connaissances si le *dukun* était remplacé par un médecin européen. Si la médecine était pratiquée par des autochtones, il y aurait moins de résistance, et la dépense pour leur salaire serait moins élevée que pour les médecins européens<sup>206</sup>.

Bosch, en accord avec Rochussen, n'envisage pas de former les *dukuns* qui ont déjà un autre système de pensée. Les deux hommes préfèrent que la connaissance médicale européenne soit prodiguée à de jeunes Javanais.

Le gouvernement promulgue alors la résolution du 2 janvier 1849 No 22 : environ 30 jeunes javanais doivent être admis gratuitement à la formation des médecins indigènes et des vaccinateurs ; il est préférable que ces jeunes étudiants proviennent d'une bonne famille, comme les *priyayi* (une sorte d'aristocratie javanaise). Il est évident que les candidats doivent savoir lire et écrire en Malais ou en Javanais, ce qui est rare à cette époque<sup>207</sup>. En 1847, pour toute l'île de Java on trouve seulement 34 étudiants indigènes dans l'éducation élémentaire hollandaise <sup>208</sup>. Tous les étudiants vont gagner *15 Florins* par mois<sup>209</sup>.

L'école démarre son activité en janvier 1851, et est dirigée par P. Bleeker, officier de santé de 1<sup>re</sup> classe. Il y avait douze élèves dans ce premier cours. Les cours comportent les matières suivantes : Principes de base du calcul, Géométrie, Géographie (Europe et Inde Orientale), Chimie anorganique, Physique, Botanique, Zoologie, Anatomie et Physiologie, Principe de base de pathologie, Chirurgie etc. La langue utilisée est le malais, sauf pour les cours pratiques comme la vaccination<sup>210</sup>.

Willem Bosch écrit au Gouverneur General en 1853 que l'école a déjà une certaine réputation parmi les Indigènes, au point que des aristocrates y envoient directement leurs enfants. Le Régent Ciamis, par exemple, y envoie son fils avec son propre financement. L'origine sociale des étudiants est l'aristocratie locale. Les

---

<sup>206</sup> *Verslag van het beheer en den staat der Koloniën over ...*, 's-Gravenhage, s.n., 1849.

<sup>207</sup> A. de Waart, *Ontwikkeling van het geneeskundig onderwijs te Weltevreden, 1851 - 1926: uitg. ter herdenking van het 75-jarig bestaan van de School tot Opleiding van Indische Artsen (S.T.O.V.I.A.)*, Weltevreden, [S.T.O.V.I.A.], 1926, p. 1-2.

<sup>208</sup> L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, *op. cit.*, p. 85.

<sup>209</sup> A. de Waart, *Ontwikkeling van het geneeskundig onderwijs te Weltevreden, 1851 - 1926*, *op. cit.*, p. 1-2.

<sup>210</sup> *Ibid.*, p. 3.

parents envoient leurs enfants en espérant qu'à la fin de la formation, ils deviennent fonctionnaires. L'appartenance sociale des étudiants peut s'expliquer par la manière dont le gouvernement recrute les candidats potentiels. Tous les Résidents doivent soumettre des noms de candidats au Chef de Service de la Santé chaque année au premier janvier, pour la sélection. Pour cela, le Résident consulte toujours le Régent, ce qui explique que la plupart des étudiants viennent de la famille du Régent ( ?) et de son entourage. Hesselink explique que les candidats s'inscrivent parce que le Régent leur demande de le faire<sup>211</sup>.

Pendant la période 1851-1863, il 122 étudiants ont été inscrits, dont 76 diplômés, alors que 46 autres n'ont pas fini leurs études pour des raisons variées. Parmi les 76 diplômés, 30 personnes travaillent en tant que vaccinateurs, 11 travaillent à la clinique. Le reste des diplômés sont assignés au Service de santé civil de leurs régions. La présence de ces diplômés augmente le nombre de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé. En ce qui concerne la vaccination, la présence de vaccinateurs indigènes facilite le processus, car les indigènes ont toujours un regard méfiant vis à vis des Européens. Certains *dokter djawa* travaillent dans une institution, qui est en fait une petite clinique en ville où se trouve un médecin européen. Ce fait indique, au moins, deux choses : un intérêt pour la santé, de plus en plus sensible d'une part, et la participation des médecins indigènes à la santé de leurs compatriotes de l'autre.

### ***Une école d'obstétrique***

La création de l'école d'obstétrique remonte également à la période de Willem Bosch. En 1847, il fait part au gouvernement de la nécessité d'améliorer l'assistance aux accouchements dans la population javanaise, et propose de créer une école en vue de former des jeunes filles javanaises. Cette proposition est suscitée par l'ignorance des *dukun* en matière d'obstétrique, mettant en danger la mère et l'enfant lors de l'accouchement<sup>212</sup>.

Avec son expérience de médecin aux Indes-Néerlandaises depuis 1818, Bosch a vu les malheurs subis par les femmes autochtones à cause de mauvais traitements. Les classes cultivées de la population consultent le médecin européen pour les soins

---

<sup>211</sup> L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, *op. cit.*, p. 86.

<sup>212</sup> *Ibid.*, p. 120.



d'obstétrique, mais la grande majorité de la population reste sous les mains du *dukun*. Il rappelle également le gouvernement à sa responsabilité pour « la perte de nombreuses vies humaines, due à l'ignorance et les superstitions, qui s'est passée sous nos yeux, à notre connaissance et donc notre consentement ».<sup>213</sup> Wassink, le Chef du Département de la santé, successeur de Bosch, insiste, comme ses prédécesseurs, Godefroy et Bosch: « L'insuffisante connaissance de la sage femme indigène du déroulement d'un accouchement ordinaire est une motivation pour créer une formation en obstétrique<sup>214</sup> ».

Bosch insiste aussi sur la nécessité de former des jeunes filles javanaises en obstétrique dans son livre *Vermeerdering*. Il écrit que le nombre de morts pendant l'accouchement est élevé et que si ce n'est pas pris en compte, cela accélérera le phénomène de dépopulation, raison pour laquelle la création de cette école est indispensable.

Harloff, un officier de la santé, a, néanmoins, un autre point de vue. Dans son rapport sur la pratique des praticiens locaux, il écrit que l'accouchement effectué par les *dukun* lui paraît correct. Il y a plusieurs étapes à suivre qui ne mettent ni la mère ni son enfant en danger. Autrement dit, Harloff ne voit aucun danger, comme le disent en général les médecins de l'époque, dans la pratique des *dukun*.

Publié dans une revue, présentant une opinion différente de la sienne, le rapport de Harloff est complété par une note de l'éditeur. Il y est écrit que « le rédacteur doit préciser que l'auteur de cette communication ne présente que très peu de preuves que les Javanais et d'autres peuples de cet Archipel luttent contre l'excès de douleur au cours de l'accouchement. Le nombre de morts, aussi bien la mère que l'enfant, en réalité, est très élevé<sup>215</sup> ». Il faut noter qu'au moment où Harloff écrit son rapport, le corps des médecins sous la direction de Bosch est en train de proposer au

---

<sup>213</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>214</sup> « *de nadeelig gevolgen, voortspruitende uit het geheel ontoereikende der kennis van de inlandsche vroedvrouwen, omtrent den natuurlijken gang van gewone verlossingen en hare volslagene onkunde in andere daarbij voorkomende* », G. Wassink, « Omschrijving van het Civiele Summer Ziekenrapport over de Civiele Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1857 », art cit, p. 657 ; L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, op. cit., p. 121.

<sup>215</sup> « *de redaktie meent hierbij te moeten aanteekenen, dat des schrijvers mededeelingen slechts voor een gering gedeelte aantoeuen, de gruwelijke gebruiken, die door de Javaansche en andere bevolkingen van de eilanden in den Archipel, op de in barensnood verkeerende vrouwen van toepassing gebragt worden. Het getal der daardoor omgekomenen, zoowel moeders als kinderen, hetzij voor, tijdens of kort na de verlossing, is huiveringwekkend groot* », G.H.G. Harloff, « Bijdrage tot de kennis der Geneeskunde onder de Javanen », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1853, n° 1, p. 389.

gouvernement la création de l'école d'obstétrique. La petite note de la part du rédacteur de GTNI montre son inquiétude quant au malentendu que pourrait provoquer le rapport de Harloff.

Ludeking, un officier de santé, raconte qu'il a été appelé une fois en urgence. C'était la nuit du 16 décembre 1854 vers 21h : une femme en couches ne pouvait expulser le placenta. « Je trouve la femme dans une petite chambre en désordre, sans air, avec du sang sur le sol, entourée par quatre femmes indigènes, dont l'une est Sarina, aide ménagère d'un soldat indigène; Saridan, qui est là en tant que sage-femme, surveille ce que font les trois autres, qui exercent une forte pression sur le haut du corps, la bouche et le nez de l'accouchée ; ses cris sont horribles, et elle est en état de défaillance lorsque cette fausse [sage femme] essaye de la lever, alors que Sarina, de toute sa force [en plaçant ses deux poings au niveau du nombril] presse pour libérer le placenta<sup>216</sup> ». La scène a provoqué un véritable effroi chez le témoin de l'accouchement. Pour éviter que cette horreur ne se répète, il défend la création de l'école d'obstétrique. « La sage-femme là-bas [dans les villages] est formée au moment de l'accouchement, il est nécessaire qu'elle soit instruite en obstétrique. Il est urgent de former des sages femmes<sup>217</sup> ». Le problème est que les habitants locaux préfèrent toujours aller chez la dukun pour accoucher.

Greiner raconte également son expérience dans un article publié en 1860. Comme Ludeking, il a été appelé pour soigner une accouchée qui depuis deux jours, n'arrive pas à mettre au monde son enfant. L'accouchée avait 30 ans et c'était son premier accouchement après treize ans de mariage. D'après la sage-femme indigène, la grossesse était à son terme. L'accouchement était difficile et a entraîné la mort de la mère. « Il est regrettable qu'à Malang il n'y ait pas de femmes qui aient bénéficié d'une formation de sage-femme à Batavia », déplore-t-il. Il reconnaît également que la

---

<sup>216</sup> « *Mijn onmiddelijk derwaarts belevende, écrivit-il, vond ik genoemde vrouw in eene bedompte wanorderlijk kleine kamer, op eenige met bloed doordrongene kussens op den grond liggen, omringd van vier Inlandsche vrouwen, waarvan eene, Sarina genaamd, huishoudster van den Inlandschen fuselier Saridan, van de 3de Komp. 6de Batt. Inf. als vroedvrouw fungerende, de handelingen der drie overigen bestuurde, welke onder krachtig trekken aan de bovenste ledematen, de lippen en den neus der barende, en vreeselijk schreeuwende, den toestand van bezwijming waarin deze verkeerde trachtten op te heffen, terwijl genoemde Sarina, vrij krachtig (met beide vuisten ter weerszijde van den navel) op den buk der barende drukkende, beweerde de placente, die zoals zij zeide bijna bevrijd was, naar buiten te willen drijven* », E. W. A. Ludeking, « Bijdrage tot de kennis van Inlandsche verloskunde », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 4, p. 546.

<sup>217</sup> « *De vroedvrouwen aldaar gevormd, écrivit-il, in den boezem des volks geboren, en zooveel mogelijk met onze kennis der verloskundige wetenschap toegerust, nemen de voormelde bezwaren geheel weg. En zoo dringend de hulp dezer vroedvrouwen is noodig te achten, zoo spoedig is het bezit derzelve hier, zoo ik meen met grond te wenschen* », *Ibid.*, p. 549.

tentative qu'il effectue est vaine. « Mes efforts pour trouver une personne appropriée restent vains. Nous avons encore à recourir à des femmes indigènes, qui ne possèdent pas la moindre compréhension du mécanisme de l'accouchement, j'ai constaté plusieurs fois les conséquences terribles [de cet état de fait]<sup>218</sup> ».

Wassink, un rédacteur de GTNI, écrit en note de bas de page, un petit commentaire à ce sujet. « J'ai la conviction que le manque d'expertes en accouchement doit conduire à la création d'un établissement à l'hôpital public à Weltevreden où des femmes indigènes auront une éducation en obstétrique. Après quelques années d'enseignement, le résultat ne répondra pas à tous les besoins, mais il peut résoudre assez de problèmes<sup>219</sup> ».

Remplacer le rôle des *dukun* est l'idée de Bosch quand il propose la création de l'école. Il est certain que la pratique de l'accouchement selon les méthodes occidentales pourrait diminuer le nombre de décès et diminuer les souffrances des femmes. L'école d'obstétrique pour les autochtones se situe au milieu de l'hôpital militaire à Jakarta. Le programme commence en octobre 1851<sup>220</sup>. Le nombre d'étudiantes projeté est de 20 au maximum<sup>221</sup>.

Dans le rapport annuel de 1855, Wassink fait l'éloge de l'école : « Il est à remarquer que les deux écoles, celle de médecine et chirurgie, mais aussi celle d'obstétrique montrent déjà des résultats encourageants. Quelque temps après la création de l'école de sages-femmes indigènes, cet établissement fait déjà parler de lui. L'extension de la renommée de cet établissement va faire disparaître les préjugés des femmes indigènes envers le travail obstétrique européen, ces techniques vont se

---

<sup>218</sup> « De kraamvrouw was dus niet zoo sterk afgemat. Het moet betreurd worden dat wij te Malang geene vroedvrouw bezitten, welke hare opleiding op de verloskundige school te Batavia heeft genoten. Mijn pogingen, continue-t-il, om een geschikt persoon te vinden bleven vruchteloos. Nog steeds moeten wij ons met inlandsche vrouwen behelpen, die niet het minst begrip van het mechanismus der geboorte hebben, herhaaldelijk heb ik de schromelijkste gevolgen daarvan ondervonden », C. F. C. G. Greiner, « Bijdrage tot de Verloskunde in Oost Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1860, n° 8, p. 661.

<sup>219</sup> « Zoals ik rees meermalen heb ongemerkt, heeft de overtuiging dat menig menschenleven wegens gebrek aan deskundige hulp bij de geboorte verloren gaat aanleiding gegeven tot het oprigten van een gesticht in 's Rijks groot hospitaal te Weltevreden waarin inlandsche vrouwen op 's landskosten onderwijs in de verloskunde ontvangen. Het is dus in billijkheid te verwachten, dat na verloop van eenige jaren de door dat onderwijs verkregene uitkomsten niet alleen aan het doel zullen beantwoorden, maar ook dat zij genoegzame interessen zullen afwerpen, om het tot de daarstelling en instandhouding van opgedacht gesticht aangewend kapitaal van regeringswege in ruime mate te vergoeden », *Ibid.*

<sup>220</sup> L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, *op. cit.*, p. 126-127.

<sup>221</sup> Adriaan Hendrik Borgers, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, *op. cit.*, p. 121.

développer dans toute la région, alors que des femmes s recourent encore à la pratique de l'accouchement par la dukun qui entraîne chaque année la mort de nombreuses mères et de nombreux enfants<sup>222</sup> ».

### ***Vaccination de la population***

On sait qu'au XVIIIe siècle le combat contre la variole était une préoccupation importante de la santé publique. La maladie était connue à l'époque comme très contagieuse et responsable de nombreuses morts. L'intervention du pouvoir politique montre que la maladie était une menace pour la population<sup>223</sup>.

Aux Indes-Néerlandaises la variole était connue depuis des siècles, bien avant l'arrivée des Européens dans cet archipel. Leur présence n'a fait qu'accélérer la propagation de la maladie, du fait de sa contagiosité. La variole était vue comme une maladie effrayante qui causant beaucoup de morts dans l'archipel. Boomgaard montre que le taux de mortalité était très élevé, plus qu'en Europe à la même époque<sup>224</sup>.

Des La tentatives de variolisation avaient commencé au XVIIIe siècle. C'est en 1775 que des Hollandais et des Anglais commencent à inoculer quelques personnes dans des villes javanaises et sumatranaises. Il semble, cependant, que ces tentatives furent très restreints, et ne s'appliquaient qu'aux Européens et à leurs serviteurs, en

---

<sup>222</sup> « Het verdient opmerking, dat zoowel de school voor inlandsche genees- en heelkundigen als die voor verloskundigen bij voortduring gunstige resultaten blijft leveren. Van het nut, reeds nu, na een zo kort bestaan der inrigting tot opleiding van inlandsche vroedvrouwen, door dezen gesticht word van meerdere zijden met lof melding gemaakt, en het lijdt geen twijfel of bij meerdere uitbreiding en bij meerdere bekendheid met de geschiktheid en kunde van die vrouwen zal het vooroordeel dat nu nog zoowel bij vele zoogenoemde inlandsche bevolking tegen europesche verloskundige hulp bestaat, meer en meer worden opgeheven en de kunst ook hier eenmaal zegepralen over de ruwe empirie, wanneer men met dezen naam de uitoefening der verloskunde door doekons, die jaarlijks een tal van moeders en kinderen doen ten grave dalen, bestempelen mag », G. Wassink, « Omschrijving van het Summer Ziekenrapport der Civiel Geneeskundige Dienst op Java, Madura en de Buitenbezittingen, over het jaar 1855 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1857, n° 5, p. 1120-1121 ; L. Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, op. cit., p. 137.

<sup>223</sup> Stéphane Frioux, Patrick Fournier et Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe : de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première guerre mondiale*, Paris, SEDES, 2011, p. 24-25.

<sup>224</sup> Boomgaard explique que « If total mortality per epidemic in an unvaccinated population is between 10 and 15% and case fatality between 15 and 20%, it follows that roughly 60% of the population contracted the disease during a smallpox epidemic. If, for that sake of argument, we assume for pre-vaccination Indonesia a crude death rate of 50 per thousand and annual mortality owing to smallpox of 10 per thousand, we arrive at 20% of all deaths being caused by smallpox. Compared to Europe in the seventeenth and eighteenth centuries, where smallpox did not cause more than 10% of all deaths ». P. Boomgaard, « Smallpox, vaccination, and the Pax Neerlandica: Indonesia, 1550-1930 », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 2003, vol. 159, n° 4, p. 600.

fait à très peu d'Indigènes<sup>225</sup>. Suite à l'introduction de la vaccination à Java en 1804 et un an plus tard à Sumatra, des campagnes de vaccinations démarrent.

C'est Thomas Stamford Raffles qui pendant la période de l'interrègne britannique (1811-1816) a organisé le programme de vaccination. Une des mesures consiste en la création d'un corps de vaccinateurs autochtones bien encadrés, parmi lesquels on trouve des prêtres musulmans. Dans une lettre adressée à l'Advisory Council le 4 mai 1815, Raffles tente de généraliser l'introduction de la vaccination parmi les autochtones. « *My attention, écrit-il, has long been directed to the very ineffecient system adopted in this colony for introducing the general benefits of the vaccine discovery – a misfortune to be attributed in a great measure to the death of doctor Hunter, our late superintending surgeon – to whom I had fully communicated my views and wishes on this subjects* ». Son idée pour rendre plus efficace la vaccination est d'impliquer le plus vaste ensemble de personnes possible. Il a bien admis que « *the establishment of the detailed system of land revenue throughout the eastern districts, by enabling the Gouvernement to command the whole ressources of the country, and to become the direct Landlord of the peasantry, seems in a particular degree to call for that paternal care and consideration which would devote a portion of the gross revenue toward general improvement. And while a part of this is set aside for increasing the means which may afford subsistence to a growing population, it becomes a still more pressing duty to remove as far as possible those cause which cannot but reduce the population now existing*<sup>226</sup> ».

Au mois décembre de la même année, Raffles fait circuler une lettre aux Résidents de Java, demandant conseil sur la cette question. « *The desirable objects which Government have in view, it is considered, can only be effectually accomplished by imparting to a certain number of eligible persons among the natives themselves in each district, a correct knowledge of the mode of inoculating and the art of curing the venereal, in order that in each division they may be employed in the humane practice, under the direction of Dutch medical officers of Government places under the immediate medical superintendence of an English surgeon, while at the same time the Residents*

---

<sup>225</sup> *Ibid.*, p. 610.

<sup>226</sup> Dirk Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, Batavia, Netherlands Indian Public Health Service, 1937, p. 107.

*will be the persons to superintend generally and see that the arrangements projected are duly regulated and fulfilled*<sup>227</sup> ».

Raffles suggère que les Indigènes qui participeront à l'organisation de ce travail reçoivent d'abord une instruction dans les hôpitaux de leur ville. Il souhaite également la collaboration des prêtres musulmans qui permettront, à son avis, de faciliter l'introduction de la vaccination dans la population<sup>228</sup>. Il semble que Raffles a bien compris la position sociale de ces religieux. Son idée n'est pas cependant nouvelle, car depuis 1806 un chirurgien hollandais, Andries de Wilde, a mis en application avec succès cette méthode de travail pour l'introduction du vaccin à Priangan<sup>229</sup>.

Après le retour des Hollandais aux Indes orientales, la vaccination reste au programme du gouvernement colonial. Le service de la vaccination sous Reindwardt est divisé en trois: santé militaire, santé civile et vaccinateurs. Cette organisation ne perdure cependant pas. Après le retour de Reindwardt en Hollande, le service est réorganisé, avec son unification sous l'autorité de la santé militaire, sauf dans les trois grandes villes de Java : Batavia, Semarang et Surabaya. Les vaccinateurs sont sous la responsabilité d'officiers de santé, sauf dans ces trois villes. Le service de vaccination est placé sous l'autorité de l'administration civile, de sorte qu'elle est toujours sous l'autorité du Résident de la région dans ces trois villes. Cependant la présence d'un officier de santé est toujours nécessaire pour surveiller le travail des vaccinateurs.<sup>230</sup>

Waitz rédige un rapport pour le gouvernement colonial au sujet de la vaccination. Ce rapport commence par une interrogation sur les progrès du programme qui a démarré plus de 15 ans plus tôt, et pour lequel il a été déjà dépensé beaucoup mais qui ne donne que peu de résultats. Selon lui, il y a trois raisons: les vaccinateurs sont mal formés; ensuite, les officiers de police ne sont pas très enthousiastes pour obliger les enfants à aller se faire vacciner et, enfin, la vaccination elle-même n'est pas efficace<sup>231</sup>.

---

<sup>227</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>228</sup> P. Boomgaard, « Smallpox, vaccination, and the Pax Neerlandica », art cit, p. 604.

<sup>229</sup> D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 109.

<sup>230</sup> *Ibid.*, p. 130.

<sup>231</sup> *Ibid.*, p. 131-132.

Waitz raconte qu'en pratique, il arrive souvent que l'officier de santé se laisse corrompre par des parents pour que leurs enfants soient exemptés de l'obligation de vaccination. Cette pratique est rendue possible par l'ignorance de l'autorité locale sur le nombre mensuel des nouveaux-nés dans le village<sup>232</sup>.

En ce qui concerne les préjugés de la population contre la vaccination, Waitz explique qu'elle est provoquée par l'apparition fréquente de cas où un enfant inoculé est malgré tout contaminé par la variole et décède. Quant à l'ignorance des autorités sur nombre des enfants à vacciner, il dit que ce n'est pas de son ressort. Il insiste cependant sur le fait que le programme de vaccination n'avancera que s'il y a collaboration de la part de l'autorité locale qui doit fournir le registre des naissances. « *With respect to the ignorance of vaccinators, the writer said that they were unable to do their work well for lack of sufficient instruction, while the superintending physicians overburdened with work, were unable to attend to their work properly*<sup>233</sup> ».

A partir de ses critiques, Waitz propose au gouvernement la mise en place de certaines mesures afin d'améliorer le programme de vaccination. Il recommande de créer une école pour former convenablement les vaccinateurs. Il suggère, en outre, de publier un manuel d'instructions en langue malaise à leur intention. Waitz souligne enfin la nécessité d'une institution dont l'objectif serait d'enregistrer les naissances. La réponse n'est pas positive. Le gouvernement considère que les critiques de Waitz sont sans valeur, qu'il exagère, que le système fonctionne convenablement et, enfin, il lui signale qu'un manuel en malais pour les vaccinateurs existe depuis 1821<sup>234</sup>.

Lorsque Willem Bosch est revenu à Java pour être nommé Chef du Département de la santé, sa première préoccupation a été l'organisation de la vaccination. Comme Waitz, il a d'abord cherché à évaluer la pratique, et a rejoint son prédécesseur sur le manque de connaissance et la surcharge de travail des vaccinateurs. Pour réorganiser le service, il crée un poste d'inspecteur des vaccinations et demande à A. E. Waszklewicz de l'occuper. C'est lui, avec la collaboration de Bosch, qui élabore un nouveau système que l'on va dénommer 'système radial de Wazklewicz'. Schoute, dans son livre, explique que « *this system divided Java and Madura into a number of overlapping circles. Within each circle there came a centre of inoculation. Nowhere the population should be obliged to cover more*

---

<sup>232</sup> *Ibid.*, p. 132.

<sup>233</sup> *Ibid.*

<sup>234</sup> *Ibid.*, p. 133.

*than 5 'paal' (7530 metre on Java) in order to reach one of those centres. The number of vaccinators was essentially restricted under this system, but salaries were increased, so that each vaccinator had to do more work but for a better remuneration<sup>235</sup> ».*

L'introduction de ce système n'est cependant pas sans obstacle. « *Cases became known where mothers with children who had set out for a vaccination post had to return after waiting a long time on account of freshets ; it happened even that those people were attacked by tigers on their way through the woods, and carried away, or met with disaster when crossing a river, as appeared from the residential reports* », écrit Schoute de nouveau. Le Dr Waszkiewicz surmonte progressivement tous les obstacles avec beaucoup de patience. Le résultat est que les vaccinations et revaccinations augmentent grâce à la mise en œuvre de ce système.

---

<sup>235</sup> *Ibid.*, p. 153.



## **Chapitre 3**

### **LA QUESTION DE LA CIRCULATION**

Au XIXe siècle, en Europe, les hygiénistes se sont intéressés au problème de la circulation de l'eau et de l'air, en rapport avec l'apparition des maladies. Pendant une grande partie du siècle, les miasmes étaient mis en relation avec l'absence de circulation de ces éléments. Les hygiénistes se chargèrent également de la surveillance des prostituées, indésirables dans la rue. Les hygiénistes étaient donc concernés par la question de la circulation : assurer la circulation des éléments et contrôle policier sur les humains. Ce mode de régulation sociale instaurée par l'ordre bourgeois a été bien formulé par Gérard Jorland dans son livre *Une Société à soigner*<sup>236</sup>. Pour s'y conformer, les pouvoirs publics doivent assurer que chacun se tienne à sa place: les malades à l'hôpital, les soldats dans les casernes, les fous à l'asile, les criminels en prison.

Aux Indes-Néerlandaises, les médecins européens semblent avoir partagé ce mode de gouvernance. Néo-hyppocratisme et idée de formation d'une nouvelle société font partie des influences qu'ils emportent avec eux. Au milieu du XIXe siècle les Indes-Néerlandaises entrent également dans une nouvelle époque. La mise en œuvre du *culturstelsel*, dont nous avons discuté les incidences sur la santé de la population au chapitre précédent, annonce un début de transformation de l'Etat colonial. Il est donc intéressant d'étudier le rôle des médecins dans cette transformation, en particulier en ce qui concerne la question de la circulation qui se trouve au carrefour de la médecine, de l'économie et de la politique. La circulation des

---

<sup>236</sup> G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit.

éléments pour éviter les maladies; la circulation des humains et des biens pour l'intérêt économique ; mais aussi la limitation de la circulation des indésirables.

## **I – FAIRE CIRCULER LES ÉLÉMENTS**

Le docteur Robertson a remarqué depuis le début du XIXe siècle que l'état sanitaire de Batavia était influencé par trois facteurs : l'exhalation des marais, l'existence d'eau stagnante, la densité de la population bloquant la circulation de l'air frais<sup>237</sup>. Lorsque l'air ne circule pas, il y a accumulation d'éléments organiques supposés dangereux pour la santé. Ces composés organiques sont responsables de la mauvaise odeur de l'air.

Cette idée semblait assez courante au XIXe siècle en Europe. Dans le système néo-hyppocratique, qui domine à l'époque, l'apparition d'une maladie était toujours liée à la contamination de l'air par des substances organiques dangereuses la domination de la pensée.

### ***Le marais et l'eau stagnante***

Les médecins hollandais n'étaient pas une exception. L'assèchement des marais était une de leurs préoccupations. Geuns publie un livre en 1839 sur un projet d'assèchement des marais à cause de la mauvaise odeur qu'il provoque<sup>238</sup>. La recherche qu'il a menée avait pour objectif d'améliorer les conditions sanitaires autour des marais.

Les médecins européens travaillant aux Indes-Néerlandaises identifient les sources des maladies comme leurs collègues en Europe. Le caractère salubre ou insalubre d'un lieu est lié à la présence de marais et d'eau stagnante.

A propos de Batavia, Bleeker écrit, par exemple, que « la région de Batavia dans les premières décennies est presque entièrement couverte de marais et de

---

<sup>237</sup> D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 106.

<sup>238</sup> Jan van Geuns, *Natuur- en geneeskundige beschouwingen van moerassen en moerasziekten, in verband met de vraag: of de droogmaking van het Haarlemmer-Meer nadeelige gevolgen hebben zal voor de gezondheid der bewoners van nabijgelegene plaatsen en der arbeiders aan het Meer.*, Amsterdam, Müller, 1839, 322 p.

broussailles au point qu'elle a la réputation d'être malsaine<sup>239</sup> ». Ce constat montre clairement comment le caractère malsain est lié à la présence de marais dans cette ville. D'après Bleeker: « On commence à se rendre compte du désavantage du système de canaux et à les faire combler, afin de permettre un meilleur débit de la rivière. Les marais et les rizières non cultivés doivent être utilisés pour le rafraîchissement et la culture<sup>240</sup> », écrit-il. « Cependant, le marais n'est pas dangereux pour l'homme quand il y a assez d'espace pour que les micro-organismes puissent se renouveler et survivre. Mais quand la sécheresse de l'air détruit ces micro-organismes, ils se décomposent et empoisonnent l'atmosphère<sup>241</sup> », continue-t-il.

Dans sa description de Willem I, Bleeker défend le même argument. Il constate que le danger pour la santé des habitants autour de Rawa Pening est vient de la présence de rizières dont l'eau ne s'écoule pas<sup>242</sup>. C'est donc la présence de l'eau stagnante qui est insalubre.

Wienecke, dans sa recherche sur Telok Betong, écrit que cette ville est malsaine à cause de l'émanation « du sol volcanique, de l'eau stagnante du marais à côté du littoral, où il y a beaucoup de substances végétales et animales qui pourrissent, L'air est pollué par ces substances, qui sont dangereuses pour les animaux<sup>243</sup> ». Cet état de choses est accentué par la température élevée. « L'état hydrométrique de l'air provenant de forêts marécageuses et de l'exhalation du sol

---

<sup>239</sup> « *Batavia's omstreken toch waren, in de eerste decennien van deszelfs aanzijn, bijkans geheel uit moerassen en kreupelbosch bestaande en daaraan schreef men toen reeds hare befaamde ongezondheid toe* », P. Bleeker, « *Bijdragen tot de Geneeskundige Topographie van Batavia* », art cit, p. 3-4.

<sup>240</sup> « *Men begon het nadeelige van het grachtenstelsel te beseffen en men liet er eenige van dempen, om de rivier een' krachtiger loop te verzekeren. Men begon te begrijpen, dat vele moerassen en onbebouwde rijstvelden in den omtrek, tot nut zouden kunnen worden aangewend en men liet ze daarom ophoogen en bebouwen* », *Ibid.*, p. 12-13.

<sup>241</sup> « *Daarom ook zijn de moerassen voor de bevolking niet zoo schadelijk, wanner er medium genoeg is, waarin die millioenen organismen zich kunnen bewegen, d.i. wanner zij water genoeg bevatten, om de bedoelde metamorfosen te laten plaats hebben [...] Maar wanner de hitte het water opheft in den atmosfeer en den moerasbodem met die ontelbaar millioenen, dan nog mêêr zamengedrongen organismen, blootstelt aan den dampkring en hun leven door wegneming van hun medium vernietigt; dan, prijsgegeven aan de phijsische krachten, gaan zij, onder noodlottige ontwikkeling van effluvien, tot algeheele ontbinding over, en verpesten den atmosfeer en treffen den mensche met ziekte en dood* », *Ibid.*, p. 559-560.

<sup>242</sup> « *De rijstvelden toch zijn bijkans het geheele jaar door met stroomend water bedekt en ook in het groote moeras stagneert het water niet, maar is steeds in beweging door den steeds nieuwen toevoer van de bergen en den voortdurenden afvoer naar de Toentang* », P. Bleeker, « *Bijdrage tot de Geneeskundige Topographie van Willem I* », art cit, p. 170.

<sup>243</sup> « *van den vulkanischen bodem, de moerassen aan het strand en de vele stilstaande wateren, waarin eene menigte plantaardige en dierlijke zelfstandigheden rotten, verontreinigen de lucht met stoffen, die voor de dierlijke organisatie hoogst schadelijk zijn* », G.F. Wienecke, « *Geneeskundige Topographische schets van Telok-Betong en Onderhoorigheden (Lampongsche Distriken)* », art cit, p. 628.

provoque la persistance de la transpiration et affecte le foie, le sang et les ganglions<sup>244</sup> », constate-t-il.

De Wilde explique qu'il arrive souvent que la pureté de l'atmosphère soit contaminée par les miasmes qui s'exhalent de marais provoquant une odeur insupportable, surtout le soir ou après la pluie. Il est par conséquent conseillé aux habitants vivant autour des marais de fermer fenêtres et portes pour empêcher l'entrée de cet air dangereux, et de se mettre un mouchoir sur le nez et la bouche en passant à côté du marais<sup>245</sup>. De Wilde constate que la contamination de l'air est provoquée par un autre facteur, les basses eaux sur le bancs corallifères qui infectent les environs des plages<sup>246</sup> ».

Comment ces médecins expliquent-ils le danger des miasmes pour la santé ? Il est intéressant de suivre l'argument de Bleeker dans son article en trois points sur la topographie médicale de Batavia : la formation des marais, la production des miasmes et le rapport entre les miasmes et la santé.

Il commence par discuter de la fertilité du sol autour des marais. La végétation est abondante. Le marais est couvert par des plantes. Avec le temps, ces plantes se décomposent en partie en gaz passant dans l'atmosphère, en partie pour former de l'humus dans le sol du marais. Bleeker constate que ce processus se déroulant durant des générations permet la constitution abondante d'effluves<sup>247</sup> .

En ce qui concerne la fièvre paludéenne, Bleeker n'est pas encore sûr qu'elle soit causée par les miasmes.<sup>248</sup> Il croit que la composition de l'atmosphère au dessus des marais explique sa nocivité: soufre et sel, grand nombre d'insectes invisibles, organismes découverts par Moscati, diverses matières et substances animales « avec l'eau et le gaz sulfureux<sup>249</sup> ».

---

<sup>244</sup> « *de hijgrometrische toestand der lucht en de uit de moerassig wouden en den bodem komende effluvien bewerken eene aanhoudende verhoogde transpiratie en aandoeningen der lever en hebben eenen hoogst nadeeligen invloed op het bloed en de ganglien* », *Ibid.*, p. 651.

<sup>245</sup> J. J. De Wilde, « *Topographische schets van Siboga (Westkust van Sumatra)* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1864, vol. 6, n° 11, p. 110.

<sup>246</sup> « *de oorzaak van verontreiniging der dampkringslucht is de eveneens somtijds ondragelijke stank, welke bij laag water van de koraalbanken in de baai opstijgt en vooral de nabijheid van het strand infecteert* », *Ibid.*, p. 110-111.

<sup>247</sup> art cit, p. 28.

<sup>248</sup> *Ibid.*

<sup>249</sup> « *welke met de door ontbinding zich ontwikkelende gassen zou worden opgeheven, aan een vluchtige organische zelfstandigheid, die zich gelijktijdig met zwavel waterstofgas zou verspreiden* », *Ibid.*, p. 28-29.

Dans son article sur la topographie médicale de Bornéo, Helfrich explique que le sol des marais est insalubre à cause de l'augmentation de l'humidité de l'air provoquée par la présence de l'eau stagnante des marais; l'évaporation produit un composé dangereux pour la santé<sup>250</sup>.

Il est évident que l'insalubrité des marais n'existe pas seulement aux Indes-Néerlandaises ou sous les tropiques en général. Dans les pays tempérés, le marais est perçu comme dangereux pour la santé, mais c'est la température qui détermine le degré de dangerosité. Pour Bleeker « l'air du marécage sous les tropiques provoque plus des maladies que dans les pays froids, où pendant une grande partie de l'année l'eau est gelée en surface<sup>251</sup> ».

### ***Chasser l'air vicié***

Les problèmes liés à l'absence de circulation se retrouvent également dans le bâtiment. L'absence de la ventilation est une menace pour la santé. Le décret du 1<sup>re</sup> janvier 1846 No. 1 témoigne de l'inquiétude du gouvernement colonial sur cette question. Il concerne une demande d'enquête sur la situation sanitaire dans les prisons et parmi les travailleurs forcés. Cette demande est une réponse au décès de nombreux prisonniers et travailleurs. Le gouvernement est persuadé que l'apparition de « *malaria-vergiftiging* » (la fièvre paludéenne) est à l'origine de cette catastrophe<sup>252</sup>.

Cet événement marque le début de l'attention portée par le gouvernement colonial à l'hygiène des bâtiments publics. L'hypothèse est que l'état des bâtiments aggrave la malaria. « Et contre la maladie contagieuse les médecins sont impuissants, étant donné que l'autorité administrative ne se préoccupe pas des risques hygiéniques<sup>253</sup> ».

---

<sup>250</sup> C. Helfrich, « Schets eener geneeskundige plaatsbeschrijving van de Zuid- en Oostkust van Borneo », art cit, p. 355.

<sup>251</sup> « daarom bare het geene verwondering, dat de moeraslucht in de keerring-gewesten in het algemeen hoogere ziektevormen voortbrengt dan in koudere landen, waar gedurende een groot gedeelte des jaars het organisch leven wordt aan banden gelegd, waar zelfs de oppervlakte der wateren kristalliseert en de atmosfeer sterk positief electrisch wordt », P. Bleeker, « Bijdragen tot de Geneeskundige Topographie van Batavia », art cit, p. 34.

<sup>252</sup> C. Swaving, *De oorzaken en gevolgen der ongezondheid van eenige gevangenissen en hospitalen op Java, met een plan van het terrein en de gebouwen aan de « waterplaats » te Batavia en tabellen*, Delft, J. Waltman, 1865.

<sup>253</sup> « En tegen contagieuse en miasmatische ziekten kunnen de geneesheeren niet veel beginnen, als door het administratief gezag en de bouwkundigen de antyhygiënische oorzaken niet weggenomen worden », *Ibid.*, p. 2.

C'est au terme de douze ans de recherche que Swaving démontre que l'apparition de cette maladie a un rapport avec la situation des bâtiments. Si le bâtiment se situe près d'endroits où se trouve de l'eau stagnante, son état sanitaire sera mauvais<sup>254</sup>. Le médecin précise, cependant, qu'il est probable qu'un bâtiment construit dans un endroit sain peut devenir malsain quand il manque de lumière et d'air<sup>255</sup>. Deux facteurs d'insalubrité sont donc mis en avant : la contamination de l'air d'un bâtiment en raison de son mauvais environnement, d'une part ; le manque de circulation d'air, d'autre part Swaving explique la mortalité dans quelques grandes villes de Java, « *par l'entassement et l'étroitesse des logements (door opeenhooping en bekrompene huisvesting)*<sup>256</sup> », ce qui fait que l'air devient insalubre.

Chez Swaving, la malaria est plutôt liée à la contamination de l'air, comme il le montre par le titre de chapitre de son livre : « Sur la malaria, ou l'air malsain en général (*over de malaria, of ongezond lucht in algemeen*)<sup>257</sup> ». Il pense que la malaria a pour origine les miasmes ; c'est la raison pour laquelle la fièvre des marais chez Swaving est plutôt appelée *malaria-vergiftiging*<sup>258</sup>.

Van der Burg raconte qu'à la suite de son expertise, Swaving a été invité pour conférence sur la santé publique, où il a parlé du défaut d'hygiène des bâtiments publics. Le 28 octobre 1870. Swaving fait une communication intitulé « *Een woord over het bestaan en ontstaan van luchtbederf in de openbare gebouwen* » (un mot sur l'existence et la naissance de l'air pollué dans des bâtiments publics) devant une assemblée de médecins des Indes-Néerlandaises<sup>259</sup>. Le titre de son discours montre explicitement que ses sujets d'intérêt n'ont pas changé et qu'il paraît vouloir poursuivre ses recherches.

Il constate d'abord que l'insalubrité n'est pas seulement liée à l'absence de rayons de soleil et au manque de circulation de l'air, mais aussi à la promiscuité des personnes, susceptible de provoquer et aggraver la maladie. Pour cette raison, Swaving dit qu'il est important d'éviter l'entassement et l'étroitesse des logements.

---

<sup>254</sup> *Ibid.*, p. 3-4.

<sup>255</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>256</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>257</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>258</sup> *Ibid.*

<sup>259</sup> C. L. van der Burg, *Overzicht van de geschiedenis en de werkzaamheden der Vereeniging tot bevordering van geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch Indië gedurende de eerste vijf-en-twintig jaren van haar bestaan*, op. cit.

Un travail de collaboration entre le département de la santé et le département de travail public paraît, par conséquent, indispensable<sup>260</sup>.

Swaving admet que l'intérêt qu'il porte à ces problèmes ne lui est pas propre, mais qu'il est partagé par d'autres médecins. Greiner, en 1855, s'intéresse aux conditions de santé des travailleurs des mines au Sud est de Borneo. Il se penche, en particulier, sur la question de la circulation de l'air dans les mines. La région se situant autour de l'équateur, la température y est élevée, d'où la ventilation qui a pour fonction de baisser la température. Selon Greiner, « la ventilation est une nécessité absolue dans la houillère, l'air doit être renouvelé constamment, car c'est seulement comme cela qu'il est possible de supprimer la mauvaise respiration et la menace de gaz. J'ai montré que l'acide carbonique et les hydrocarbures sont ici en plus grande quantité que partout ailleurs<sup>261</sup> ».

Greiner remarque aussi le danger représenté par l'entassement des corps sur le chantier. Il est persuadé que l'exhalation d'odeurs corporelles peut contaminer l'air autour. « L'air sur le lieu de travail est aussi contaminé par des corpuscules (particules) et par l'exhalation du corps des travailleurs, quand les rayons de soleil ne pénètrent pas. L'odeur qu'on rencontre dans les caves, on la trouve également dans la galerie : nous pouvons donc comprendre les dangers du travail dans ces mines<sup>262</sup> ».

Dans son discours, Swaving essaye plutôt de constituer un corpus théorique permettant d'expliquer pourquoi l'air qu'on respire, est source de danger. Il suppose que le danger provient d'un poison contenu dans l'air. Il essaye en outre de déterminer le poison dont il s'agit dans l'air des établissements publics<sup>263</sup>. Il est

---

<sup>260</sup> C. Swaving, *Een woord over het bestaan en ontstaan van het luchtbederf in de openbare gebouwen*, Batavia, 1871, p. 1.

<sup>261</sup> « *de ventilatie is eene der voornaamste vereischten in eene kolenmijn, de lucht moet gestadig ververscht worden, want slechts daardoor is het mogelijk om vreemde, voor de ademhaling nadeelig en het leven bedreigende gassorten, te verwijderen. Voor zooveel mij gebleken is laat deze hier ter plaatse niets te wenschen over, des niettegenstaande kan men met grond aannemen, dat de lucht hier verre van zuiver is; koolzuur en koolwasterstot zijn hier stellig in grootere hoeveelheid, dan ergens elders voorhanden* », C. F. C. G. Greiner, « Schets eener geneeskundige topographie van Oranje Nassau, Steenkolenmijn in de Zuid-en Oosterafdelingen van Borneo », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, n° 4, p. 724.

<sup>262</sup> « *Ook in de nabijheid der werkplaatsen is de lucht door stofdeeltjes en de uitwasseming der vele arbeiders verontreinigd, terwijl het zonlicht geen toegang heeft. De eigendommelijke reuk welke men in kelders ontmoet, vindt men ook in de galerijen en putten terug : de nadeelig werking hiervan op het organisme zullen wij later uiteenzetten* », *Ibid.*

<sup>263</sup> C. Swaving, *Een woord over het bestaan en ontstaan van het luchtbederf in de openbare gebouwen*, *op. cit.*, p. 4.

persuadé que l'air pollué peut affaiblir les corps n'importe où – à la maison, au bureau, à l'hôpital, à la caserne – où il existe une mauvaise circulation d'air<sup>264</sup>.

Il revient aussi sur les idées fausses relatives au danger de l'air tropical. Swaving dit que l'air tropical n'est pas dangereux en lui-même ; ce n'est pas la chaleur de l'air tropical qui est dangereuse. Le danger est plutôt causé par le manque d'hygiène. Cela dit, la contamination de l'air dans les pays tropicaux est la cause de la maladie. « Acceptons que l'air de Batavia du siècle dernier était malsain à cause des canaux, des marais, des cimetières, et de l'entassement de bâtiments et de gens, mais nous ne pourrions accepter que la mort sous les tropiques soit une conséquence inévitable de la chaleur<sup>265</sup> ».

En tant que médecin ayant effectué une recherche sur l'histoire de l'hygiène de Batavia, l'exemple de cette ville lui apporte des arguments solides <sup>266</sup>. Depuis sa construction au XVIIe siècle, cette ville est connue comme un cimetière pour les Européens. La cause principale d'insalubrité d'après Swaving, y est la contamination de l'air.

Cette tendance à considérer l'air comme responsable des maladies chez Swaving se retrouve aussi quand il parle du bérubéri. Dans son article publié en 1870, il dit que la plupart des scientifiques qui s'intéressent au bérubéri ignorent l'influence de l'air comme cause de maladie, alors que le bérubéri se propage surtout à la caserne et à l'hôpital, des endroits connus pour leur mauvaise ventilation<sup>267</sup>.

Swaving est persuadé que la maladie est causée par la quantité d'air qu'on respire, surtout le soir au moment où il est le plus contaminé. Il affirme en outre que les *plaatselijkziekten* (maladies locales) augmentent dans les endroits où l'air est contaminé<sup>268</sup>. Il est évident que cette opinion n'est pas seulement basée sur ce qui se passe à Batavia, mais aussi dans d'autres villes.

---

<sup>264</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>265</sup> « *Toestemmende, dat Batavia's lucht in de voorgaande eeuw door kanalen, grachten, moerassen, poelen, kerkhoven en opeenhooping van gebouwen en menschen ongezond gemaakt was, kunnen wij niet aannemen, dat die bedoelde sterfte het overmijdelijk gevolg van eene tropenwarmte was, want in vele steden, blootgesteld aan de opgesomde plaatselijke oorzaken van het vervallene Batavia bezweken in ons dierbaar moederland de verdedigens van de staat* », *Ibid.*, p. 8-9.

<sup>266</sup> Swaving publie en 1897 un article très important sur l'histoire de l'hygiène de Batavia. Voir C. Swaving, « Batavia's sanitaire geschiedenis onder het bestuur van de Oost-Indische Maatschappij », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1878, vol. 2, n° 14, p. 1-230.

<sup>267</sup> Albert Willem van Renterghem, *Eenige beschouwingen betrekkelijk de leer der oorzaken van bérubéri*, Utrecht, 1872.

<sup>268</sup> « *Proeven werden genoemen, niet met opzet, maar uit noodzakelijkheid. Het resultaat was, dat de plaatselijke ziekten toenamen, naarmate in het nachtverblijf door allerlei in-en uitwending oorzaken de*



La contamination de l'air correspond à un changement de composition, suite à la circulation des hommes dans une salle sans bonne ventilation, ce qui entraîne une diminution de la quantité d'oxygène respiré et donc de la qualité de l'air. L'odeur exhalée par la bouche n'est-elle pas aussi dangereuse que l'odeur de son corps, formée à partir de matériaux organiques qui se mélangent avec l'air ?<sup>269</sup> Pour cette raison il est conseillé que les dortoirs de prison et d'hôpital soient vastes pour éviter la promiscuité durant la nuit<sup>270</sup>.

L'hygiène des établissements publics est le cheval de bataille de Swaving. Les bureaux d'administration sont bien construits, mais l'hôpital, la prison et la caserne posent de vrais problèmes.

L'intérêt pour l'hygiène des établissements publics est repris par G. W. F. De Vos, *Le Kapitein Der Genie van Het Nederlandsch Indie Leger*. Il publie en 1891 un livre consacré à l'hygiène des établissements publics : *Indische Bouw-hygiene : Proeve van eene Toepassing van de Gezondheidsleer bij het Bouwen in Nederlandsch-Indie*<sup>271</sup>. Son titre est explicite puisqu'il parle de principes d'hygiène à mettre en œuvre dans les constructions aux Indes Néerlandaises..

Dans ce livre, De Vos insiste sur la ventilation. Il dit qu'elle est nécessaire dans un pays froid comme dans un pays chaud, mais que dans le cas des pays chauds, cette nécessité est plus grande ; le but principal de la ventilation est de diminuer la quantité d'acide carbonique et de vapeur d'eau dans l'air du local où l'on se trouve, mais aussi de détruire des matières organiques provoquant des mauvaises odeurs<sup>272</sup>.

## II – LE DANGER DE LA CIRCULATION : LA PROSTITUTION, LES FOUS ET LA QUARANTAINE

La circulation des éléments est nécessaire pour assurer la santé, mais la circulation des gens doit être contrôlée. Certains dangers sont provoqués par la circulation de certaines personnes. Les médecins des Indes-Néerlandaises se sont intéressés à cette question. L'objectif est toujours le même : empêcher les maux liés à la circulation.

---

*lucht in onzuiverheid toenamen en verminderde naarmate de lucht reuklozer werd* », C. Swaving, *Een woord over het bestaan en ontstaan van het luchtbederf in de openbare gebouwen*, op. cit., p. 10.

<sup>269</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>270</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>271</sup> G. W. F. de Vos, *Indische Bouw-Hygiene*, Batavia, Kolff, 1891, vol. 2/.

<sup>272</sup> *Ibid.*, p. 14.

Au milieu du XIXe siècle, le regard des médecins des Indes-Néerlandaises s'est tourné vers trois problèmes principaux. La propagation des maladies vénériennes liées à la prostitution incite les médecins à s'intéresser à cette pratique ; la criminalité et l'assassinat qui dérangent l'ordre social sont, dans certains cas, considérés comme l'expression d'une forme de folie ; l'apparition d'une épidémie à l'extérieur du pays fait craindre qu'elle se propage à l'intérieur du pays. Les deux premières menaces proviennent de l'intérieur, alors que la dernière est extérieure. Face à ces problèmes, des mesures doivent être prises. Eradiquer les sources de maladies est une préoccupation des médecins de l'époque, et cela se fait par la limitation et le contrôle de la circulation.

### ***La menace de la prostitution***

Raffles s'est inquiété de la propagation des maladies vénériennes parmi les soldats. La mesure qu'il propose est d'abord de localiser les prostituées. Il a également créé un hôpital pour les maladies vénériennes. Ces mesures sont inspirées par celles prises par le gouvernement de l'« East Indian Company » (EIC) en Inde.

Nous pouvons dire que Raffles a lancé la première tentative de contrôle de la prostitution. L'idée de ce contrôle provient d'un médecin, Williem Hunter, avec qui Raffles a travaillé pendant l'occupation des Indes-Néerlandaises par le royaume Britannique. Son but était de la prévenir la propagation des maladies parmi les soldats, groupe qui était le bras du pouvoir colonial.

La réglementation de la prostitution semble être un phénomène du XIXe siècle. Le but de cette pratique était de freiner la propagation des maladies vénériennes, dont les prostituées étaient considérées comme largement responsables. En outre, la réglementation était une manifestation de la mise en ordre du monde social au XIXe siècle.

Le rapport entre la syphilis et la moralité n'était pas un sujet nouveau, il date de l'apparition de la maladie au XVIe siècle. La maladie est considérée comme une punition pour les écarts de morale sexuelle. La syphilis est surtout considérée comme une menace pour la famille au dix-huitième siècle avec l'apparition de la classe bourgeoise. Cette classe sociale se fonde sur la vertu de la famille. Respecter la femme, garder les filles. La prostituée va transmettre la maladie aux hommes qui ensuite la transmettent à leurs femmes et à leurs enfants, et est donc une menace

pour le schéma familial idéal. Ce n'est qu'à partir du XIXe siècle que les maladies vénériennes, surtout la syphilis, sont vues comme une menace pour la société. La syphilis n'est plus considérée comme un problème personnel, un problème familial, mais plutôt un problème social. Etre atteint par cette maladie ne manifeste plus une dégénérescence morale personnelle. Dans ce mode de pensée, nous comprenons bien comment à cette époque les tentatives de régulation de la prostitution ont été mises en place<sup>273</sup>.

Tout comme d'autres pays d'Europe, les Pays Bas ont essayé de répondre à cette problématique par la promulgation de lois. Les Hollandais dans ce domaine n'ont pas été originaux, leur législation a été inspirée par leurs voisins, surtout la France. La mise en place de la régulation remonte à l'époque de l'occupation Napoléonienne. C'est pendant cette période qu'elle est introduite. Par la suite, certaines municipalités ont conservé la législation.

Ce n'est qu'en 1851 que la réglementation a été implantée à l'échelle nationale, sur la demande des médecins des municipalités. Il n'y eut aucune critique à la promulgation ; seul un article a exprimé un désaccord sur la loi.

Le manuel d'hygiène publique publiée en 1872 place la question de la prostitution dans le cadre de rapport sexuel hors mariage. Il s'agit non seulement de la prostitution, mais aussi du concubinat. Néanmoins, le manuel fait bien la différence entre ces deux pratiques. Le concubinat est par exemple classé comme une pratique personnelle, il ne relève pas de la police sanitaire, c'est seulement une question de moralité. La prostitution pose une question de santé publique à côté de son aspect moral; pour l'Etat il s'agit de combattre la propagation de la syphilis<sup>274</sup>.

La prostitution a pour cause, pour l'homme, le désordre de ses pulsions. Cet acte est justifié, mais il peut également être un danger, comme la destruction de la famille. Du côté de la prostituée, cette pratique a rarement pour origine une pulsion, mais est plutôt « causée par l'indigence, le besoin, la paresse, la bêtise et le manque d'intérêt pour l'avenir, le désir de plaire ». Tous ces travers sont causés par l'absence de conseils des parents et des frères et sœurs<sup>275</sup>. L'hygiéniste, dans ce manuel,

---

<sup>273</sup> Owsei Temkin, « On the History of 'Morality and Syphilis' », dans Owsei Temkin, *The Double Face of Janus*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, p 472-484

<sup>274</sup> Levy Ali Cohen, *Handboek der openbare gezondheidsregeling en der geneeskundige politie, met het oog op de behoeften en de wetgeving van Nederland*, Groningen, Wolters, 1872, vol. 2/2, p. 552.

<sup>275</sup> « in gebrek, hulpeloosheid, luiheid, domheid, gebrek aan zorg voor de toekomst, zucht tot opschik, de gevolgen van eerste misstap », *Ibid.*, p. 553.

souligne le rôle de la famille qui a le devoir d'empêcher les femmes de tomber dans la prostitution.

La prostitution est *een noodzakelijk kwaad* (le mal nécessaire). L'Etat doit intervenir sur cette question par la surveillance. Elle a pour objectif, d'une part de préserver la moralité en isolant cette pratique immorale, de l'autre, de freiner la propagation des maladies vénériennes. La surveillance est donc une activité de sauvegarde de la morale et de la santé publique.

Le manuel a mis l'accent sur le fonctionnement de la maison close. « *In the first place, all soliciting by prostitutes or their accomplices in the streets, on doorsteps and from brothel windows must be prohibited by law. On the other hand, brothels should be identified as such by a clearly distinguishable sign (such as coloured lantern or inscription). Brothels must not be allowed to function at the same time as public houses, coffee rooms, inns or suchlike, which are frequented for reasons other than for the women of easy virtue who live there* <sup>276</sup> ».

La réglementation a été surtout élaborée par les hygiénistes. H. W. Stork fait une comparaison en 1874 entre les prostituées et les chiens. Il explique qu'à Bavaria les chiens sont examinés tous les trois mois afin d'empêcher la transmission de la rage. Le fait que les prostituées circulent librement dans les villes sans surveillance, alors qu'elles transmettent la syphilis, lui semble ridicule. Stork encourage donc la maison close gérée par l'Etat pour la surveillance policière, mais aussi pour le contrôle médical régulier par des médecins.

A côté des hygiénistes, la mise en place de la régulation est également effectuée par des médecins militaires du fait que de nombreux clients des prostituées sont des soldats. La propagation des maladies vénériennes, surtout la syphilis, est très répandue parmi eux. C'est la raison pour laquelle les médecins militaires soutiennent la loi, sans laquelle le militaire qui est la main d'œuvre de la souveraineté de l'Etat est en danger.

La Loi municipale de 1851 lance la campagne de réglementation. Cette loi stipule que l'autorité municipale a le pouvoir de prendre des mesures concernant l'ordre public, la moralité et la santé, y compris la surveillance des prostituées. Certaines autorités municipales promulguent la loi de surveillance des prostituées. En

---

<sup>276</sup> *Ibid.*, p. 557 cité dans Annet Mooij, *Out of otherness : characters and narrators in the Dutch venereal disease debates 1850-1990*, Amsterdam etc, Rodopi, 1998, p. 24.

général, cela se passe surtout sous la pression des chefs de garnison et de l'officier de la santé. C'est également la raison pour laquelle la promulgation de la loi se fait surtout dans des villes où il y a beaucoup de garnisons, telles que Bergen op Zoom, Brielle, The Hague, Haarlem, Harderwijk, Kampen, Veere et Zutphen)<sup>277</sup>.

Sous la pression de l'hygiéniste et de l'officier de santé militaire, de nombreuses autorités municipales introduisent cette mesure dans leurs régions. Les deux groupes se sont mis d'accord pour mettre l'accent sur le contrôle médical plus que sur la surveillance policière. L'officier de santé militaire s'intéresse à prévenir ses soldats contre l'infection, davantage que l'hygiéniste qui voit la réglementation comme une mesure pour diminuer l'impact de la prostitution sur la santé publique, concernant particulièrement la propagation de la syphilis. Il est donc évident qu'aux Pays-Bas, la réglementation est vue comme une tentative de prévenir la propagation de la maladie vénérienne. Dans le débat qui suit les années suivantes contre l'abolitionnisme, ceux qui supportent la réglementation se réfèrent toujours au contrôle médical<sup>278</sup>.

La mise en place de la réglementation montre l'angoisse des Hollandais envers la propagation des maladies vénériennes, notamment la syphilis. Les Indes-Néerlandaises à la moitié du XIXe siècle ont la même expérience que les Pays-Bas. Le rapport annuel du Département de la santé fait le constat d'une très large propagation des maladies vénériennes, surtout dans les trois grandes villes de Java : Batavia, Semarang et Surabaya. Ces trois villes sont considérées comme la porte d'entrée sur l'île de Java, vu qu'elles possèdent trois ports où abordent des navires. Dans ces trois villes se concentrent en outre toutes les activités administratives et économiques du gouvernement colonial. Les Européens qui y habitent sont des célibataires, étant donné que le gouvernement colonial encourage l'immigration des Européens non mariés.

Ce sont également des officiers de santé militaire travaillant aux Indes-Néerlandaises qui se plaignent souvent de la propagation des maladies vénériennes. L'officier de santé de Bagelen conseille au Résident d'installer un bordel officiel à Purworedjo, ce qui est fait en 1843. L'autorité locale assure que cet établissement est un bon remède pour freiner la transmission des maladies vénériennes parmi les

---

<sup>277</sup> A. Mooij, *Out of otherness, op. cit.*, p. 23.

<sup>278</sup> *Ibid.*, p. 25.

soldats et qu'il en résulte une diminution des contaminations. Cet établissement est cependant critiqué au nom de la moralité. Permettre la pratique de la prostitution veut dire que le gouvernement soutient une activité de débauche. Le gouvernement répond qu'il ne s'intéresse qu'au résultat<sup>279</sup>.

La propagation des maladies vénériennes, surtout la syphilis, parmi la population est très étendue. Muller rapporte qu'à Semarang de nombreuses personnes sont contaminées par la syphilis, ce qui se traduit par des nez déformés et des visages avec des traces de pustules<sup>280</sup>. Selon lui, on ne prête pas suffisamment d'attention à la question de la syphilis en comparaison avec la variole. Des prostituées pratiquent en conséquence leur profession sans être surveillées par les autorités<sup>281</sup>.

Willem Bosch, Directeur du Département de la Santé militaire, montre dans son rapport sur l'état de la santé de la population de Java en 1847 que la syphilis est la troisième maladie la plus traitée parmi la population, après la fièvre et les blessures<sup>282</sup>. La syphilis se propage parmi la population surtout dans une ville comme Batavia. Parmi 2956 personnes traitées à Batavia, 406 sont touchées par la syphilis. Cela veut dire qu'un malade sur 7 traités à Batavia souffre de syphilis<sup>283</sup>.

Dans le rapport de l'année de 1847, il n'y a pas beaucoup de changements. La syphilis est toujours classée comme troisième maladie la plus traitée. Pour donner une illustration, à Semarang il y a 2054 malades traités, dont 308 touchés par la syphilis. Cela veut dire qu'à Semarang parmi six malades il y en a un qui est touché par la syphilis<sup>284</sup>. En se fondant sur le rapport de l'autorité de la santé locale, Bosch rapporte que dans cette ville le nombre des personnes souffrant de syphilis augmente, alors que le nombre de femmes (prostituées) contrôlées diminue, par rapport à l'année précédente. Ces deux éléments suggèrent que le manque de contrôle médical des prostituées provoque une augmentation de propagation de la syphilis<sup>285</sup>. Dans le cas de la ville de Surabaya, le taux de propagation de la syphilis est très élevé. Bosch montre que parmi 1398 personnes malades traitées dans cette ville,

---

<sup>279</sup> Dirk Schoute, *De geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw.*, Batavia, Kolff, 1936, p. 156.

<sup>280</sup> M. J. E. Muller, « Geneeskundige Topographie van Samarang », art cit, p. 91.

<sup>281</sup> *Ibid.*, p. 102.

<sup>282</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 440.

<sup>283</sup> *Ibid.*, p. 445.

<sup>284</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1847 », art cit, p. 161.

<sup>285</sup> *Ibid.*, p. 166.

404 sont affectés par la syphilis, donc 1 malade sur 3 souffre de syphilis dans cette ville. L'autorité de santé locale montre en outre qu'à Surabaya, la syphilis ne touche pas seulement les prostituées, mais aussi d'autres personnes parmi lesquelles des Européens avec une position politique importante<sup>286</sup>.

Le rapport de l'année suivante ne marque pas beaucoup de changements, mais au niveau de la dénomination, la syphilis est remplacée par les maladies vénériennes. Cela indique qu'il ne s'agit pas seulement de la syphilis, mais d'autres maladies ayant pour source la prostitution. Elles restent classées en troisième position. Ces maladies se concentrent également dans les grandes villes comme Batavia, Semarang et Surabaya<sup>287</sup>.

La propagation des maladies vénériennes paraît inquiéter Bosch. En tant que gardien de la santé des soldats aux Indes-Néerlandaises il se sent responsable, et la menace principale provient de la prostitution. C'est la raison pour laquelle, en 1847, il écrit au Gouverneur Général au sujet de la transmission des maladies vénériennes. Une lettre destinée à l'autorité principale du gouvernement colonial est envoyée presque chaque année, de 1847 à 1851, dans laquelle Bosch demande de prêter attention à cette question. Il demande que l'autorité coloniale promulgue la loi<sup>288</sup>.

Bien que la propagation soit très répandue, des médecins de l'époque s'accordent sur le fait que la maladie n'est pas mortelle, ou du moins que le nombre de malades décédés de cette maladie n'est pas très important. Le nombre de transmissions rend cependant le gouvernement inquiet. Il est vrai que la maladie ne provoque pas immédiatement la mort, mais affaiblit les travailleurs, ce qui fait qu'elle est également une menace pour la productivité. La localisation des prostituées est par conséquent vue comme une solution.

La promulgation de la loi sur la prostitution en 1852 est une réponse au problème. L'idée principale de cette loi est d'obliger les prostituées à exercer leur profession dans des maisons closes répertoriées par l'Etat. Le gouvernement a le droit d'arrêter celles qui exercent dans la rue. La loi a également pour fonction d'enregistrer toutes les prostituées d'une maison close. Cet enregistrement a pour

---

<sup>286</sup> *Ibid.*, p. 178.

<sup>287</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1848 », art cit, p. 301.

<sup>288</sup> Le débat sur la promulgation de la réglementation de la prostitution aux Indes-Néerlandaise est interrogé dans Gani A. Jaelani, *Penyakit kelamin di Jawa, 1812-1942*, Bandung, Syabas Books, 2013, 154 p, surtout, pp. 49 - 64.

objectif de faciliter le contrôle par les médecins. Pour cela elles auront une carte où sera noté leur état de santé. Si lors d'un contrôle, une prostituée est diagnostiquée contaminée, elle sera envoyée à l'hôpital pour femmes.

Cette loi a deux volets: la surveillance policière et le contrôle médical. Le premier a pour objectif d'assurer l'ordre social en mettant les prostituées dans des lieux particuliers, reconnus par l'Etat et d'enregistrer les femmes prostituées travaillant dans ces lieux, en leur donnant une sorte de carte, de permis. Cela a également pour objectif de séparer femmes honorables et prostituées, mais aussi d'empêcher que la source du mal (la prostituée) circule librement en transmettant le mal dans la ville. Le contrôle médical d'autre part a pour objectif d'examiner l'état de santé des prostituées régulièrement, normalement une fois par semaine. Chaque prostituée trouvée infectée par la syphilis doit être soignée, et privée d'exercer sa profession jusqu'à sa guérison.

La mise en place de la réglementation de la prostitution aux Indes-Néerlandaises s'effectue dans des grandes villes où vivent les Européens, mais aussi là où se trouvent les garnisons, comme Batavia, Semarang et Surabaya. Le manuel de mise en application de la loi est cependant distribué surtout parmi l'autorité militaire<sup>289</sup>. Ce manuel est très important pour savoir ce qu'il faut faire pour diminuer la transmission. Il est vrai que le manuel est également distribué parmi les autorités municipales, mais en plus petit nombre. Cela montre que, tout comme aux Pays-Bas, c'est l'autorité militaire qui a le plus d'intérêts à la réglementation de la prostitution.

Ajoutons que le Département de la Santé, dont Willem Bosch est le directeur, est placé sous l'autorité militaire. Presque tous les médecins travaillant aux Indes-Néerlandaises sont des militaires. Il est donc facile de comprendre que la pression pour la mise en place de la loi réprimant la prostitution est à l'avantage des militaires. La promulgation de la loi ne provoque pas en conséquence un grand débat ; personne ne critique la mise en place de cette loi. La plupart des médecins de l'époque se contentent de fournir leurs rapports sur la transmission des maladies vénériennes, surtout la syphilis, dans les différentes régions où ils travaillent.

Dans son travail sur la topographie médicale de Willem I, Bleeker rapporte que la propagation de la syphilis est très importante dans la garnison. Cette maladie se

---

<sup>289</sup> Andrew Jimenez Abalatin, *Prostitution policy and the project of modernity: a comparative study of colonial Indonesia and the Philippines, 1850-1940*, Graduate School, Cornell University, Ithaca, N.Y., 2003, p. 87.



complique souvent d'autres maladies<sup>290</sup>. Le travail de au problème est publié en 1852, l'année de mise en place de la loi, mais la recherche a été effectuée plus tôt.

Bensen écrit qu'aux îles d'Ambon se trouve de nombreux habitants touchés par la syphilis. La propagation de la maladie est liée au débarquement es marins<sup>291</sup>.

Broekmeijer constate qu'à la Résidence Passaroeang il n'y a pas de prostituées, en dehors des danseuses *tandak* – qui pratiquent une sorte de prostitution locale selon la catégorisation faite par les Européens<sup>292</sup>. Ces danseuses sont, à la base, des artistes. C'est parce qu'après la performance, qui se passe normalement la nuit, elles répondent à la demande d'un client pour les accompagner passer le reste de la nuit avec eux, que les Européens la considèrent comme des prostituées<sup>293</sup>. Ces prostituées se rencontrent sur la route entre Surabaya et Passaroeang, tout au long de laquelle se trouvent de nombreuses malades de la syphilis. Selon Broekmeijer, à l'intérieur de la Résidence ne se trouvent que très peu de gens touchés par cette maladie<sup>294</sup>.

Lindman montre bien dans le cas de Palembang que la propagation de la syphilis se divise en deux groupes. D'abord, la propagation se fait dans les maisons closes sans surveillance ni contrôle médical, encouragées par les habitants des Palembang. La propagation de la syphilis dans la garnison et ses environs est, d'autre part, très rare, grâce à la mise en place de la réglementation de la prostitution, la surveillance policière et le contrôle médical<sup>295</sup>.

Les travaux de topographie médicale qui sont publiés jusqu'à l'année soixante-dix confirment toujours qu'elles maladies vénériennes se propagent dans plusieurs villes des Indes-Néerlandaises. La syphilis reste la maladie la plus répertoriée, elle est toujours présente dans les descriptions des médecins, et elle contamine autant les autochtones que les Européens<sup>296</sup>. Dans ce travail de topographie médicale, les

---

<sup>290</sup> P. Bleeker, « Bijdrage tot de Geneeskundige Topographie van Willem I », art cit, p. 194.

<sup>291</sup> C. A. Bensen, « Topographische Beschrijving van het Eiland Amboina », art cit, p. 267.

<sup>292</sup> J. G. X. Broekmeijer, « Geneeskundige Plaatsbeschrijving der Residentie Passaroeang », art cit, p. 32.

<sup>293</sup> Voir la description de la prostitution faite par J. F. H. Kohlbrugge, « Prostitutie in Nederlandsch-Indie », *Indische Genotschap*, 13 février 1900, p. 2-36.

<sup>294</sup> J. G. X. Broekmeijer, « Geneeskundige Plaatsbeschrijving der Residentie Passaroeang », art cit, p. 37.

<sup>295</sup> L. Lindman, « Geneeskundig Topographische schets van de Hoofdplaats Palembang », art cit, p. 770-771.

<sup>296</sup> C. Helfrich, « Schets eener geneeskundige plaatsbeschrijving van de Zuid- en Oostkust van Borneo », art cit, p. 363 ; J. G. T. B. Moens, « Eenige beschouwingen omtrent Anjer », art cit, p. 438 ; A. J. H. Van Der Mijll Dekker, « Topographische schets van Mengkatip en Sihong (Zuider- en Ooster-Afdeeling van Borneo) », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1863, vol. 5, n° 10, p. 557 ; H. Van Lokhorst, « Schets eener geneeskundige plaatbeschrijving der Afdeeling Tanah-Laut (Zuid-en Oosterafdeeling van Boerneo) », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1863, vol. 5, n° 10, p. 238 ; J. J. De Wilde, « Topographische schets van Siboga (Westkust van Sumatra) », art cit, p. 116 ; P.

médecins se contentent de donner de brèves informations sur la maladie. De manière indirecte, cela montre que la promulgation de la loi ne semble pas donner beaucoup de résultats sur la diminution de sa propagation .

Bien que la maladie soit citée de nombreuses fois par les médecins dans leurs travaux, la syphilis ne semble pas être considérée comme un problème de la santé publique. Dans le manuel d'hygiène écrit par les médecins européens pour les nouveaux immigrants, la question de la syphilis est très peu abordée. Il est vrai que Waitz conseille aux jeunes atteints de syphilis qui désirent partir. A part cela, le sujet de la syphilis et de la prostitution est à peine discuté.

Dans son livre publié en 1881, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, Dozy, ne mentionne ni la prostitution, ni la syphilis, ni les autres maladies vénériennes<sup>297</sup>. Van der Burg dans son *Persoonlijke Gezondheidsleer voor Europeanen*, ne parle pas du tout de cette question <sup>298</sup>. Quant à Van den Burg, il discute la question de la syphilis dans son *De Geneesheer in Nederlandsch Indie*. Le deuxième volume traite spécialement des maladies se trouvant sous les tropiques, dont l'une est la syphilis<sup>299</sup>. Dans ce chapitre Van den Burg ne traite pas de la maladie elle-même , mais il parle de sa propagation et de sa source et des mesures prises pour la combattre. Il parle donc de la pratique de la prostitution aux Indes Néerlandaises sous ses diverses formes, mais aussi de la surveillance policière et du contrôle médical. Ces deux sujets sont évoqués par rapport à la loi de 1852. Il admet que le contrôle médical aux Indes Néerlandaises est irréalisable, du fait que la vie sexuelle des habitants dans cette région est très libre<sup>300</sup>. La mise en place du contrôle médical ne se fait qu'en milieu militaire, le contrôle de toutes les femmes étant impossible<sup>301</sup>.

Van der Burg se rend compte que l'application stricte de la loi est presque irréalisable, même si elle permet de combattre les maladies vénériennes. Les médecins ne critiquent pas la mise en place de la réglementation, car elle leur semble

---

C. Van Goens, « Schets eener geneeskundige plaatbeschrijving van Tameang-Laijang; Gelegen in Distrikt Pattey (Zuid-en Oosterafdeeling van Borneo) », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1864, vol. 6, n° 11, p. 104 ; A. G. Vorderman, « De knokkelkoorts-epidemie te Pamanoekan », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1876, vol. 6, n° 7, p. 18.

<sup>297</sup> J. P. Dozy, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, op. cit.

<sup>298</sup> C. L. van der Burg, *Persoonlijke gezondheidsleer voor Europeanen, die naar Nederlandsch-Indië gaan of daar wonen.*, op. cit.

<sup>299</sup> C. L. van der Burg, *De geneesheer in Nederlandsch-Indië*, Batavia, Ernst & Co., 1888, vol. 3/2, p. 383.

<sup>300</sup> *Ibid.*, p. 390 ; C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiène » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, op. cit., p. 256-259.

<sup>301</sup> C. L. van der Burg, *De geneesheer in Nederlandsch-Indië*, op. cit., p. 390.

importante pour assurer les besoins sexuels des Européens sous les tropiques, sans les mettre en danger. Cependant, à la même période, la mise en place de la réglementation est remise en question aux Pays-Bas pour son manque d'efficacité. La réglementation est soutenue par certains hygiénistes, alors les opposants à la loi viennent de différents milieux sociaux, comme des politiciens, des hommes d'église, ainsi que des hygiénistes qui ont changé d'avis après s'être rendus compte de l'impossibilité de sa mise en œuvre.

On peut retrouver les débats entre ceux qui sont pour et ceux qui sont contre dans la revue *Nederlandsch Tijdschrift voor Nederlandsch Indie* à partir de l'année 1880, presque trente ans après la mise en place de la réglementation, et jusqu'au début du vingtième siècle. On estime qu'entre 1880 et 1900, il paraît environ 150 articles sur le sujet de la prostitution, dans cette revue <sup>302</sup>. Pendant toute cette période, se voyant ardiens de la société, des médecins se sont sentis investis du devoir de freiner la propagation de cette maladie.

Chanfleury van Ijsselstein, un éminent professeur spécialiste des maladies vénériennes aux Pays-Bas constate en 1889 que le contrôle médical est « *vluchtig et weinig ernstig* » (superficiel et peu sérieux)<sup>303</sup>. Ce constat est un défi à la mise en place de la réglementation, de la part des médecins. Et ce médecin n'est pas le seul qui critique la réglementation. Gunning, un professeur de médecine à Leiden, critique par exemple la mise en place du point de vue éthique. Menno Huizinga, qui soutient au début la réglementation, devient critique à son égard<sup>304</sup> ; il écrit par exemple : « les médecins de l'Etat ont pour tâche de soigner les malades dans la société, pas pour juger moralement leurs origines <sup>305</sup> ». Les raisons que ces médecins évoquent contre la réglementation portent sur deux points principaux : d'une part, l'impossibilité d'examiner régulièrement les prostituées et, d'autre part, le fait que cette réglementation encourage la pratique de la prostitution clandestine. Certaines critiques émettent l'idée que la réglementation donne l'impression que l'Etat donne la bénédiction à une pratique immorale.

---

<sup>302</sup> J. R. Prakken, « Hygienisten en moralisten bij de geslachtsziektenbestrijding in de negentiende eeuw », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1973, p. 1043.

<sup>303</sup> *Ibid.*, p. 1044.

<sup>304</sup> *Ibid.*, p. 1047.

<sup>305</sup> « *De staatsgeneeskunst heeft ten taak de ziekten der maatschappij te genezen niet te moraliseren over haren oorsprong* », J. Menno Huizinga, « Wettelijke bestrijding der syphilis », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1881, p. 95.

Des hygiénistes comme A. P. Fokker et G. van Overbeek de Meijer ne changent pas d'opinion et soutiennent toujours la mise en place de la réglementation. Fokker qui est professeur à Groningen explique qu'un vecteur des maladies vénériennes est connu, mais que l'abolitionniste n'y prête jamais d'attention. D'autre part, Overbeek de Meijer, professeur d'Utrecht, a une grande expérience sur le traitement des maladies vénériennes, qu'il a acquise quand il travaillait comme officier de santé de marine. Il connaît donc l'importance de la réglementation. Selon lui, laisser des prostituées sans contrôle médical, comme le veut l'abolitionniste, signifie accepter la propagation des maladies vénériennes. Dans un courrier aux lecteurs il s'oppose au « Vereeniging tegen Prostitutie » (la Société contre la Prostitution), et refuse l'invitation d'assister au congrès de cette Société. Pour exprimer son refus en critiquant le travail de la Société il écrit en 1889 : « l'activité de La Société des Hollandais contre la Prostitution, dans la mesure où elle vise l'abolition du diagnostic des prostituées infectées (des maladies vénériennes), porte atteinte à la santé publique. Sur ce point, la Société ne fait qu'encourager la propagation de la syphilis aux Pays-Bas [...] A présent, ses membres sèment la maladie et la mort<sup>306</sup> ».

Le débat sur la réglementation et son efficacité pour préserver la santé publique aux Pays-Bas à la fin du XIXe siècle n'a pas d'échos aux Indes Néerlandaises jusqu'au début du vingtième siècle. Haga, le Directeur du Département de la santé écrit en 1901 un article critiquant la mise en place de la réglementation. Dans cet article, il souligne l'impossibilité d'appliquer les mesures de contrôle médical, qui, selon lui, fait que , la réglementation de la prostitution est irréalisable<sup>307</sup>. Un autre médecin raconte son expérience en tant que médecin aux Indes Néerlandaises. Il décrit sa vie quotidienne qui consiste à se déplacer d'un endroit à l'autre pour traiter des prostituées. A la fin de son récit, il écrit qu'il a l'impression que sa profession se réduit à être un gardien de bordel<sup>308</sup>.

---

<sup>306</sup> « *Het streven der Nederlandsche Vereeniging tegen de prostitutie, voor zooverre het de afschaffing beoogt van het opsporen van besmette (venerische) publieke vrouwen, acht ik verderfelijk voor de volksgezondheid. De Vereeniging heeft tot dusverre nog niets anders gedaan dan de verspreiding van syphilis in Nederland bevorderd [...] Thans zaait zij ziekte en dood* », G. van Overbeek De Meijer, « Ingezonden: Het "Nationaal Congres tegen de prostitutie" », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1889, p. 121-122 ; J.R. Prakken, « Hygienisten en moralisten bij de geslachtsziektenbestrijding in de negentiende eeuw », art cit, p. 1047.

<sup>307</sup> J. Haga, « De Schaduwzijden van het reglement op de prostitutie in Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1901, n° 41, p. 531-538.

<sup>308</sup> J. F. H. Kohlbrugge, « Ervaringen van een Indisch geneesheer », *Vragen des Tijds*, 1903, vol. 2, n° 29, p. 306-346.

Les changements d'opinion qui se font jour à la colonie reflètent ceux qui se sont déjà produits en Métropole. Mais nous pouvons également dire qu'au changement de siècle, de nombreux Européens sont arrivés aux Indes-Néerlandaises avec des idées qui, ont cours aux Pays-Bas, et qui font que la pratique de la réglementation de la prostitution n'est plus acceptable.

Contrôler les prostituées signifie leur interdire de circuler. Leur circulation est dangereuse, étant donné qu'elles apportent le mal. Les enfermer dans le bordel est une tentative pour limiter cette circulation. Bien que la question de la circulation ne s'intègre pas au projet de la santé publique aux Indes Néerlandaises, par manque de médecins qui la conceptualise, la mise en place de la loi sur la prostitution peut être vue e comme une tentative de répondre à la question de la santé publique de manière directe.

### ***Enfermer les fous dans l'asile d'aliéné***

Le 5 septembre 1855, le *wedono*<sup>309</sup> de Selokaton reçoit la nouvelle de l'assassinat d'un Indigène s'appelant Wirokerto. Il a été trouvé poignardé profondément au ventre et blessé au pied. Il est rapporté que la victime a été attaquée par un sabre. Un autre indigène s'appelant Kerto a également été blessé au côté droit du dos lors de la même attaque. Celui-ci raconte que la nuit d'avant, alors qu'il était allongé sous la véranda avec Wirokerto, un certain Soero, une de leurs connaissances communes, est venue s'asseoir avec eux muni de kris<sup>310</sup> et de sabre. Après environ une heure, alors que les deux hommes n'étaient pas encore endormis, Soero s'est levé tout d'un coup et a planté son sabre dans le corps de Wirokerto et sur le pied de Kerto. L'auteur de l'attaque s'est ensuite enfui vers le quartier, alors que Kerto essayait de le rattraper, mais n'y parvenant pas, il a préféré revenir vers son ami qui souffrait et gémissait avant de mourir quelque temps plus tard.

Le *Wedono* demande de rechercher l'auteur de ce crime. Soero est retrouvé et arrêté chez son frère à Dliwang. Accusé d'être responsable de la mort de Wirokerto, il ne se sent pas coupable, car pour lui les deux personnes qu'il a attaquées sont des cochons. Du moins il les considère comme tels. D'après son frère, Soero a une maladie mentale et habite toujours à Dliwang en raison de cette maladie. L'explication donnée

---

<sup>309</sup> Chef traditionnel de district à Java.

<sup>310</sup> Un sorte d'arme traditionnel à double tranchant

est i que l'âme du coupable est malade; autrement dit que la culpabilité est hors de sa conscience. « Que Soero l'indigent ait été entraîné à commettre un acte sous le coup d'une hallucination empêche de porter un jugement. Les facultés mentales de Soero, l'indigent, doivent être prise en compte dans le meurtre qu'il a commis<sup>311</sup> », écrit Vogler.

Soero est un des cas de maladie mentale discutés dans la revue *Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*, au début de la deuxième moitié du XIXe siècle. Ce que lui est arrivé est une sorte de folie dangereuse causant la mort d'un de ses proches. Le motif de l'attaque n'est jamais clair. Les médecins appellent ce type de folie « *mata glap* », « une expression qui indique que quelqu'un commet un crime sans se souvenir de ce qu'il a fait<sup>312</sup> », écrit Van der Burg. Le symptôme de « *mata glap* » ressemble à celui d'« amok »<sup>313</sup>. Jusqu'à la première moitié du XIXe siècle, « *mata glap* », tout comme « amok », était considéré comme un phénomène culturel<sup>314</sup>. L'existence de cette maladie est une menace pour la société, car l'auteur de l'attaque ne peut pas être arrêté en raison de sa maladie, mais il peut toujours se promener au village, en raison du manque d'institution traitant ce type de maladie.

---

<sup>311</sup> « *Dat de Inlander Soero het door hem bedrevene feit uitgevoerd heeft in eenen toestand van zinsbegoocheling, en daardoor ontstane misleiding van oordeel, dus in eenen onvrijen zielstoestand, welke toestand ontstaan is in den loop van reeds lang bestaan hebbende zwaarmoedigheid; dat de geestvermogens van den Inlander Soero op het oogenblik helder genoeg zijn, om aangaande het door hem bedreven feit te regt te staan* », W. Vogler, « Bijdrage tot de leer der zielsziekten », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1855, p. 616.

<sup>312</sup> Cité dans Pieter Antonie Lith, A. J Spaan et F Fokkens, *Encyclopaedie van Nederlandsch-Indië*, 's-Gravenhage [u.a.], Nijhoff [u.a.], 1897, vol. 4/2, p. 469.

<sup>313</sup> Galloway explique qu'Amok ou running amuck est « *a species or murder madness peculiar to the Malays. Inflamed by some real or fancied injury or, in some cases, insane, the amok-runnes rushes through the streets cutting down with his sword or parang every one he can* ». Voir David J. Galloway, « On Amok » dans A. L. Hoops et J. W. Scharff (eds.), *Far Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the fifth biennial congress Singapore, 1923*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1924, p. 162 ; Van Loon explique que amok est « *a sudden attack of made rage of the Malay man, the cause of which is not known. In this state the 'amok-runner' blindly attacks everybody he comes across, very often injuring and killing a good many people before he is 'laid low', as the saying goes* ». Voir F. H. G. Van Loon, « Amok and Lattah », *Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 1926, vol. 21, n° 4, p. 435 ; Mata glap et Amok sont deux phénomènes psychiques différents étant présent dans le monde de Malais. Cependant, sur le plan de symptôme, les deux phénomènes ressemblent beaucoup. Pour cette effet, Van Loon explique qu'au fait le mata-glap est un étape avant l'arrivée à Amok. Voir F. H. G. Van Loon, « Protopathic-Instinctive Phenomena in Normal and Pathological Malay Life », *British Journal of Medical Psychology*, 1928, vol. 8, n° 4, p. 273.

<sup>314</sup> Dans une chapitre où il décrit les habitant de Java, Olivier a mit en avant le caractère violent de ces habitants manifesté dans amok et mata glap. Voir J. Olivier, *Tafereel van Oost-Indië, voor jonge lieden van beiderlei kunne*, s.l., Joh. Noman en Zoon, 1841, p. 70-71 ; Pour les informations sur l'histoire de l'amok aux Indes orientale à partir des yeux des européens depuis le XVIe siècle, voir John C. Spores, *Running amok: an historical inquiry*, Athens, Ohio, Ohio Univ., Center for Internat. Studies, 1988, 179 p.

Dans un article écrit en 1852, Verwij raconte le cas de Sabidin accusé d'être l'auteur de l'assassinat de sa mère et de sa grand-mère. Le procureur général indigène indique que l'acte de Sabidin est une sorte de confusion mentale connue comme « *mata gelap* ». C'est à la demande de l'Assistant Résident qu'il doit, en tant que médecin, expliquer cet assassinat. Si le cas de Sabidin peut être expliqué par son état d'inconscience au cours de son acte, l'auteur de ce crime ne peut être reconnu coupable<sup>315</sup>.

Verwij montre également d'autres cas de confusions mentales. Un certain serveur nommé Zaturdag, marié à une serveuse nommée Naurissa, a poignardé à la poitrine sa femme qui est enceinte de huit mois. Étant poursuivi par un garde de nuit, il s'enfuit au champ de canne à sucre, où il se défend vigoureusement et il est blessé lorsqu'il est enfin arrêté. Sa femme a accouché quelques jours après d'un enfant mort. D'après l'explication de Zaturdag, son acte est provoqué par la colère, du fait que l'enfant dans le ventre de sa femme n'est pas le sien, mais celui d'un *suikerkoker* Chinois. « Tout d'un coup, mes yeux deviennent sombres, et je ne me souviens de rien (*lantas saja poenja mata gelap, tiada ingat lagi*) », explique-t-il. Sa femme explique ensuite que l'acte de son mari est provoqué par l'utilisation d'*arak* ; c'est cette boisson alcoolisée qui le rend fou. L'explication de sa femme est confirmée par le vendeur d'*arak* qui confirme que Zaturdag a acheté la boisson avant l'agression<sup>316</sup>.

Dans cet article, Verwij veut en fait interroger la question du « *mata gelap* » comme une sorte de folie ou de confusion mentale. Cependant, « *mata gelap* » n'est pas toujours une question de folie, dans certains cas, l'auteur d'un crime fait seulement semblant de souffrir de cette maladie. C'est la raison pour laquelle dans cet article il décrit deux autres cas qui ne peuvent pas être tout à fait définis comme une sorte de « *mata gelap* ». C'est le cas d'un orfèvre indigène qui perd le diamant de son maître, que son enfant de trois ans considérait comme un jouet, et qui, par peur de la colère de son maître, a tué l'enfant avant de se suicider. Les médecins éprouvent de la difficulté à classer ce cas comme un acte de « *mata gelap* », selon Verwij<sup>317</sup>.

C'est peut-être le docteur Swaving qui essaye le premier de définir ce qu'on appelle « *mata gelap* » dans son article « *Geregtelijk-Geneeskundige Stellingen over*

---

<sup>315</sup> W. Verweij, « Eenige gevallen van ware en van voorgewende of twijfelachtige Mata Glap (Furor Transitorius) », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1852, p. 489-492.

<sup>316</sup> *Ibid.*, p. 492-493.

<sup>317</sup> *Ibid.*, p. 495.

den Moordlust of Mata Glap bij den Inlander », publié dans *Het Regt in Nederlandsch Indie* en 1852<sup>318</sup>. En se référant à la revue où est publié cet article, il semble évident qu'il s'agit non seulement d'une question médicale, mais aussi de justice, du fait que le trouble psychique se termine toujours avec la mort de quelqu'un, ou du moins la blessure d'une victime. C'est là qu'intervient la justice.

Selon Swaving, les Indigènes nomment « *mata gelap* » « l'émergence soudaine d'une émotion intense, avec laquelle toute pensée cohérente cesse, la vue s'obscurcit et cela provoque un besoin de tuer<sup>319</sup> ». Les symptômes ressemblent soit à ceux de la *furor transitorius*, de l'*excandescencia furibunda*, du *raptus melancholicus*, de la *mania sine delirio*, de la *monomania homicida* (délire homicide), soit de la rage sans aliénation mentale, et de l'envie de tuer. La cause de cette maladie est inconnue. Swaving ajoute que « le *mata gelap* est surtout observé parmi les travailleurs non civilisés des rizières ou les habitants des montagnes, et existe très rarement chez les femmes. Le faible d'esprit, la faiblesse du développement de la raison et de la morale, les travailleurs sous le soleil passeront par une maladie cérébrale idiopathique dans lequel la capacité intellectuelle est supprimée. Jusqu'à alors l'anatomie pathologique et la théorie de la nature ne donnent pas pas encore de clarification sur le « *mata gelap* »<sup>320</sup> ». Dans cet article, Swaving met l'accent sur le fait que les actes des personnes touchées par le « *mata gelap* » sont inconscients, ce qui fait qu'ils ne peuvent pas être jugés par la justice. Il a également souligné que l'intervention d'un médecin pour déclarer si l'auteur du crime est malade ou pas est très important.

L'explication conceptuelle de cette aliénation mentale par Swaving devient ensuite un modèle pour la recherche des cas de « *mata gelap* ». Il s'agit d'une recherche biographique sur le malade afin de connaître s'il lui est déjà arrivé dans le passé une sorte de « *mata gelap* », mais aussi de savoir si le malade a des antécédents de maladie mentale ou pas. Le médecin examine en outre la physionomie que du malade comme la forme de la tête, la taille de la poitrine, mais aussi le ventre. Le niveau d'éducation

---

<sup>318</sup> C. Swaving, « Geregtelijk-geneeskundige stellingen over den moordlust of Mata Glap bij den Inlander », *Het Regt in Nederlandsch Indie*, 1853, vol. 7, n° 4, p. 125-130.

<sup>319</sup> « een schielijk opkomende hevige gemoedsbeweging, waarin het zamenghangend denken ophoudt, het gezigt verduistert, eene neiging tot dooden bestaat en meestal ten uitvoer wordt gebragt », *Ibid.*, p. 125.

<sup>320</sup> « Mata gelap wordt meestal bij de onbeschaafde sawabebouwers of berg-bewoners, hoogst zelden bij de vrouwen, waargenomen. Geestzwakte, lage ontwikkeling der redelijkheid en zedelijkheid, bij arbeid onder eene brandende zon, zullen aanleiding tot een idiopathisch hersenlijden, waarin het denkvermogen onderdrukt is, geven. Tot nu toe hebben de ziektekundige ontleedkunde en leer der vochten natuur en het wezen van mata gelap niet opgehelderd », *Ibid.*, p. 126 ; Voir aussi W. Vogler, « Wenken omtrent mata-glap », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1853, p. 95-113.



est également noté. Cela a pour but de savoir : « est ce que l'acte d'assassinat a été réalisé en état de liberté ou de non liberté psychique ?<sup>321</sup> ».

Nous pouvons dire que le « *mata gelap* » est le sujet de psychologie le plus discuté de la seconde moitié du XIXe siècle. L'apparition des revues scientifiques sur les questions médicales sous les tropiques rend la discussion possible. Le danger que le sujet représente, comme la mort donnée au hasard suscite la peur, en particulier auprès du gouvernement colonial. L'intervention de médecins sur question est par conséquent indispensable<sup>322</sup>.

Cependant, le « *mata gelap* » n'est pas la seule maladie mentale. Dans son article, Greiner raconte qu'il lui a été demandé d'effectuer une enquête sur la condition psychopathologique des indigènes. « Lorsqu'au début de l'année 1859, le Résident de Pasoeroean m'a demandé des renseignements, j'ai décidé de les lui donner et de présenter également au Chef du Département de la Santé des Indes-Néerlandaises des matériaux sur l'état psychopathologie de la population indigène<sup>323</sup> ». A partir de ses observations, il constate que « la folie se propage surtout chez hommes, dont l'âge est entre 20 et 36 ans, et que la classe non éduquée ainsi que les agriculteurs ont été souvent touchés (de cette maladie)<sup>324</sup> ». En ce qui concerne la forme de la maladie mentale, il en donne au moins quatre types : Dolheid, Rasernij (mania) ; versdandszwakte (moria) ; droefgeestigheid (melacholia) ; zinneloosheid (dementia).<sup>325</sup> Il faut noter que Greiner ne travaille que sur une région se trouvant à l'est de Java, mais cela indique que la question de la maladie mentale semble être très

---

<sup>321</sup> « *Is de door hem gepleegde moord in eenen toestand van psijchische vrijheid of onvrijheid ten uitvoer geleegd ?* », W. Vogler, « Bijdrage tot de leer der zielsziekten », art cit, p. 604.

<sup>322</sup> J. A. James, « Bijdrage tot de geregtelijke geneeskunde », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1860, p. 668-673 ; C. F. W. Hunnius, « Bijdrage tot de geregtelijke geneeskunde, zielsziekte », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1864, p. 307-324 ; W. L. Terné van der Heul, « Visum repertum », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1867, p. 397-404 ; J. J. de Wilde, « Visum repertum benevens eene gerechtelijk geneeskundige verklaring », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1867, p. 405-417.

<sup>323</sup> « *Toen in den beginne van het jaar 1859 de resident van Pasoeroean mij dien aangaande inlichtingen verzocht besloot ik die te geven en haar tevens aan te bieden aan den chef over de geneeskundige dienst in Nederlandsch Indie om zoo doende misschien eenige bouwstoffen te leveren voor de psychopathologie onder de inlandsche bevolking* », C. F. C. G. Greiner, « Beschouwingen over het voorkomen van krankzinnigen op de Hoogvlakte te Malang », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1859, n° 6, p. 274.

<sup>324</sup> « *de krankzinnigheid domineert onder het mannelijke geslacht, dat ze het meest voorkomt op een leeftijd tusschen de 20 en 36 jaren, dat de onbeschaafde en landbouwende klasse het meest met die ziekte behebt is* », *Ibid.*, p. 275.

<sup>325</sup> *Ibid.*, p. 277.

répandue, ou au moins que les médecins européens commencent à s'y intéresser au cours de leurs visites.

La mise en asile des fous existe déjà depuis le début du XIXe siècle. Des rapports de Résidents montrent que les Indigènes qui sont fous sont traités à l'hôpital chinois de Batavia. Avec la création de l'hôpital militaire à Batavia et Semarang, entre les années 1832 et 1850, est en outre créée une section pour traiter les fous. Certes, celle-ci s'adresse plutôt aux soldats qui sont malades mentaux. D'ailleurs, les Européens de l'époque se rendent compte de l'importance de séparer les fous de la société, du monde extérieur, en créant une institution particulière ; ils se sont également mis d'accord sur le fait que les Indigènes fous sont très dangereux et que la plupart sont des tueurs<sup>326</sup>.

En 1852, le docteur Bosch rapporte que la section pour les fous à l'hôpital chinois de Batavia s'est beaucoup améliorée depuis trois ans. Il reconnaît que les salles sont un peu petites, mais la présence de véranda autour les rend plus agréables. Bosch préfère pourtant que les fous soient traités dans des salles séparées<sup>327</sup>. Le nombre de fous traités dans cette institution est de 215 personnes. Il a constaté que la folie était surtout due à un excès d'opium, d'arak, de jeux de hasard, mais aussi à la prostitution<sup>328</sup>. Comparée à l'hôpital militaire de Semarang, cette institution est meilleure, car dans le premier, il y a généralement onze personnes par salle<sup>329</sup>.

Le rapport du docteur Bosch sur l'état de la section pour les fous reste indiscuté jusqu'en 1863. L'idée de création d'un asile est venue de Surabaya ; c'est un asile pour les Européens, à part de la création de l'hôpital militaire. Répondant à ce projet, le docteur Wassink, qui est le Directeur du Département de Santé militaire, a effectué une enquête sur la situation des fous aux Indes-Néerlandaises. Dans la section de l'hôpital chinois de Batavia, le nombre de patients traités est de 192 (en 1858), 210 (en 1859), 197 (en 1860) et 205 (en 1861). Il a également reçu les réponses de la part de 22 résidents à Java avec des chiffres divers, mais aussi des

---

<sup>326</sup> D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 165.

<sup>327</sup> *Ibid.*

<sup>328</sup> W. Bosch, « Summier Rapport der Behandelde Zieken bij de Civiele Geneeskundige Dienst in de Onderscheidene Residentien van de Eilanden Java en Madura over het jaar 1846 », art cit, p. 444.

<sup>329</sup> D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 165.

opinions diverses sur la question de la folie dans leurs régions. A partir de ces réponses, il arrive à la conclusion qu'il suffirait que le Gouvernement intervienne dans le cas de folie dangereuse, dont le nombre estimé sur Java est de 586. Dans le cas de folie non dangereuse, l'intervention du gouvernement n'est pas nécessaire ; enlever les fous de leur environnement habituel n'est pas une décision intéressante, du fait que la population indigène tolère leur présence parmi eux. Dans le cas où ils ne sont pas bien traités, l'intervention du gouvernement devient nécessaire. Ce médecin condamne également le fait que les fous soient mis dans des prisons<sup>330</sup>.

En 1862, le Gouverneur Général des Indes-Néerlandaises a demandé une enquête sur la condition des asiles dans la colonie, afin de les améliorer. Cette demande est liée à l'intérêt croissant porté à la folie en Métropole. Influencé par d'autres pays européens, surtout la France et l'Angleterre, le supporter de la réforme de l'asile aux Pays-Bas affirme que les fous ne sont pas violents ni dangereux pour être enfermés dans une prison, mais que ce sont plutôt des malades qui ont besoin d'être traités et guidés pour retourner à une vie normale<sup>331</sup>. Le premier rapport, publié en 1862 et écrit par le Chef du Département de la santé, n'est pas satisfaisant. Ce n'est qu'au deuxième rapport, publié en 1868, que l'idée moderne de traitement des fous est formulée. Les auteurs de ce rapport sont F. H. Bauer, ancien médecin de la maison d'aliéné de Meerenberg, et W. M. Smit, un officier de la santé de marine. Leur volonté de réformer le traitement des fous aux Indes-Néerlandaises, par l'établissement d'une institution adaptée est inspirée influencée par leurs visites de plusieurs institutions en Europe, mais aussi dans certains pays tropicaux<sup>332</sup>.

Après une longue correspondance avec la Métropole, le décret royal autorisant l'établissement de l'Asile à Buitenzorg et de départements spéciaux dans deux hôpitaux à Semarang et Surabaya est promulgué en 1875. Cette date n'est que le

---

<sup>330</sup> *Ibid.*, p. 165-166.

<sup>331</sup> Claire Edington et Hans Pols, « Building Psychiatric Expertise across Southeast Asia: Study Trips, Site Visits, and Therapeutic Labor in French Indochina and the Dutch East Indies, 1898–1937 », *Comparative Studies in Society and History*, juillet 2016, vol. 58, n° 03, p. 641.

<sup>332</sup> Franciscus Henricus Bauer, *Verslag van het onderzoek naar den tegenwoordigen toestand van het krankzinnigenwezen in het algemeen en van de gestichten en verblijven der krankzinnigen in Nederlandsch-Indië in het bijzonder, met aanwijzing der middelen welke tot verbetering kunnen worden aangewend, op last der regering ingediend*, Batavia, Ter Landsdrukkerij, 1868, p. 1-51 ; C. Edington et H. Pols, « Building Psychiatric Expertise across Southeast Asia », art cit, p. 643.

début des constructions. L'asile d'aliénés se trouvant à Buitenzorg n'a été ouvert qu'en juin 1882<sup>333</sup>.

Le débat sur la question de la folie, particulièrement la question du *mata gelap*, révèle la menace qu'elle est pour la société. Il est évident que cette question n'est pas apparue dans la seconde moitié du XIXe siècle. La question de la folie s'avère être banale dans la population indigène, étant donné que les malades se promènent librement. On les regarde comme une menace dans la mesure où ils peuvent attaquer, causant la mort de quelqu'un.

La création d'une institution pour rassembler les fous est un besoin pour une société qui recherche la sécurité. Cette institution a au moins deux fonctions : d'une part, éloigner le danger de la rue en mettant les malades dans un établissement et, d'autre part, soigner les malades pour qu'ils puissent retourner en société. Laisser circuler ces malades en ville est une menace pour la société. Les tentatives de fuite sont discutées par Ankersmit dans son rapport sur la section de la folie à l'hôpital militaire de Semarang. Le responsable de l'établissement essaye toujours de renforcer le système sécuritaire pour les empêcher<sup>334</sup>.

Porter un regard sur les fous comme s'il s'agissait d'une menace pour la population est nouveau, et ne peut pas être séparé d'un changement de paradigme social. L'intervention des médecins sur la folie montre qu'elle est devenue leur affaire. L'enfermement à l'asile peut être considéré comme la mise en place d'une mesure d'hygiène publique, en ce sens que c'est un acte d'éloignement du mal pour préserver la santé de la population.

### ***La quarantaine***

Mettre les prostituées dans des maisons closes, les malades à l'hôpital et les fous à l'asile d'aliénés sont des mesures pour faire obstacle à la circulation d'un danger intérieur. Le danger ne provient pas pourtant seulement de l'intérieur ; il vient parfois du dehors, véhiculé par voie de mer ou de terre. Après son entrée dans le pays, le risque est qu'il se propage parmi la population. C'est à l'autorité de l'Etat de

---

<sup>333</sup> D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 167.

<sup>334</sup> P. Kok Ankersmit, « Jaarverslag van hetgeen op het gebied der krankzinnigenverpleging in de afdeeling voor krankzinnigen binnen het Groot Militair Hospitaal te Semarang is voorgevallen gedurende 1875 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1878, p. 96-97.

prendre des mesures pour empêcher ce type de transmission. L'instauration de la quarantaine est la principale mesure pour bloquer le danger venant de l'extérieur.

La proposition d'une mise en place de la quarantaine par le gouvernement colonial date de 1865. Le projet est soumis au Directeur des Forces Navales, au Procureur Général, et au Directeur du Département de la Santé, représentant les trois institutions en rapport direct avec la quarantaine. Le Directeur des Force Navales qui s'occupe par du monde maritime entourant les Indes Néerlandaises, joue un rôle important, puisque c'est par voie de mer que se fait la relation avec l'extérieur, source de maladies. Le rôle du département de la santé est, évidemment, de lutter contre une éventuelle épidémie.

Néanmoins, l'avis donné par les autorités médicales, qui considèrent que prendre des mesures sans le support de la science et de l'expérience est inutile, est négative. L'instauration de mesures de quarantaine n'est pas jugée nécessaire. Le Commandant de Marine pense, au contraire, qu'il faut prendre des mesures pour prévenir l'arrivée éventuelle des maladies et leur transmission. Le procureur Général estime également qu'il faut prendre des mesures, plutôt que de laisser cette question à l'autorité locale. Les arguments de ces deux derniers décideurs sont néanmoins battus en brèche par la raison scientifique. Ainsi, on renonce à l'instauration de quarantaines.

Toutefois, un an plus tard, survient un événement imprévu : la fièvre jaune est apparue sur l'île Maurice. A l'époque, le nombre de navires arrivant aux Indes Néerlandaises venant de cette île n'est pas insignifiant. Cette épidémie lointaine ranime, par conséquent, le débat sur l'instauration de la quarantaine. Le Chef du Département de la santé pense toujours qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer des mesures de quarantaine (*afsluitingsmaatregelen*), qui dans le monde savant (*de deskundige wereld*) ne sont jamais pratiquées contre la peste et le choléra. Oudenhoven, un officier de santé conseiller du Directeur de la Marine, écrit dans une lettre datée du 18 juillet 1867 qu'une épidémie de fièvre jaune est apparue à Rio de Janeiro et a fait de nombreuses victimes, alors qu'à St Nazaire la maladie ne provoque pas d'inquiétude, car les habitants de là-bas ont pris les mesures nécessaires pour la combattre. « Il est donc nécessaire, conseille-t-il, d'être prudent avec les navires en provenance de l'endroit contaminé. On a suffisamment compris toute l'ampleur que pouvait prendre la maladie; chaque navire est un foyer d'infection Nous l'avons

appris du Surinam et de Curaçao<sup>335</sup> ». Le même mois, le Directeur de l'Éducation, dans un courrier recommande également de prendre des mesures contre cette maladie qui vient de l'étranger.

Une commission est créée l'année suivante pour étudier la question. Dès le début, elle rencontre des difficultés. D'une part, l'absence d'accord entre les savants européens sur l'utilité de la quarantaine et, de l'autre, le manque d'expérience sur sa mise en place. L'examen de la question aux Indes-Néerlandaises se fonde toujours sur l'état de la science en Europe et prend la Métropole comme modèle, avant chaque décision. Malgré le manque de références, la Commission continue son travail pour tenter d'inventer un mode de réglementation. Jusqu'à la création de cette Commission, la quarantaine avait toujours été considérée comme inutile.

Au début de l'année 1868, la fièvre jaune réapparaît à l'Île Maurice, mais cette fois-ci elle est beaucoup plus sévère. Le gouvernement promulgue en conséquence un décret sur la nécessité d'examiner tous les navires provenant des ports où l'épidémie a éclaté, à leur arrivée à Batavia, Soerabaja et Makassar. Sur chaque navire dont un des membres a été contaminé par la maladie, il faut monter un drapeau jaune. Cependant les mesures à appliquer selon ce décret ne sont pas claires. Le contrôle médical n'est parfois pas mis en oeuvre, du fait de l'absence de décret sur la quarantaine *stricto sensu*. Face à toute cette confusion, le gouvernement promulgue finalement un premier décret sur la quarantaine en 1871<sup>336</sup>.

Le lendemain de la mise en application du décret, alors que le choléra est apparu dans des pays voisins, comme à Bangkok et Singapore, mais aussi sur l'archipel même des Indes Néerlandaises, le Directeur de Département de l'éducation, des affaires religieuses et de l'industrie (DOEN) demande aux Résidences comment se passe la mise en œuvre des mesures. Douze d'entre eux reconnaissent que tant qu'il n'y a pas de mise à l'isolement des cas suspects, le décret sur la quarantaine est inopérant et que sa promulgation n'est que de pure forme. Sept Résidences estiment que la mise en œuvre de mesures est défailante par insuffisance d'officiers de santé

---

<sup>335</sup> « *Het is daarom noodzakelijk voorzichtig te zijn met schepen, die van besmette plaatsen komen, wijl het contagium van gele korts zich voornamelijk hecht in de ruimen der schepen. Men heeft dikwijls genoeg ondervonden, dat de ziekte uitbrak, als men het ruim opbrak; zulke schepen worden menigmaal het brandpunt van besmetting. Dit leerde men genoeg te Suriname en te Curaçao* », P. H. van der Kemp, *De quarantaine- en epidemie-voorschriften in Nederlandsch-Indië (Staatsblad 1892 Nos. 44 en 45)*, Batavia, Landsdrukkerij, 1892, p. 50.

<sup>336</sup> *Ibid.*, p. 53.

assignés au contrôle médical. Dans le cas de Semarang, la mise en œuvre du décret ne produit pas beaucoup de changements. Un autre résident fait savoir que les mesures de quarantaine ne s'appliquent pas aux navires provenant de et arrivant à des foyers choléra. A l'époque où le choléra éclate à Bangkok, les autorités de Palembang, ont mis en place des mesures de contrôle en recourant à des médecins indigènes, sur une île désignée lieu de quarantaine. Certains décident de ne pas mettre en œuvre de mesures, car il n'y a pas de sanctions prévues par la loi.

Les réponses sont donc très variées, et la mise en œuvre du décret varie d'une région à l'autre. La question principale reste toujours l'efficacité de la mise en quarantaine. Dans le cas de Batavia, Surabaya et Semarang, malgré des mesures énergiques, le choléra finit par apparaître. On se demande alors à quoi peut servir la quarantaine. La question du choléra et de l'intérêt de la quarantaine est un sujet discuté lors de la conférence de 1866 à Constantinople. On y évoque notamment le temps d'incubation des germes et de la durée des périodes d'isolement.

Le débat sur la quarantaine ne s'arrête jamais. Référence est faite à ce qui se passe dans d'autres pays. Mais, par le fait que les Indes-Néerlandaises sont un archipel, les modalités de fonctionnement ne sont pas faciles à définir<sup>337</sup>. Ce qui est important est la présence d'un officier de la santé qui certifie l'état de la santé du navire. Mais, il arrive parfois qu'à bord il n'y ait aucun médecin disponible, ce qui rend la mise en quarantaine impossible. Ailleurs, des médecins sont là, mais il arrive souvent qu'ils ne soient pas à temps sur place pour faire l'inspection, ce qui revient au même. Le Chef du Département de la santé et le Chef des officiers de santé de la Marine finissent par envisager de renoncer à la Quarantaine, à cause de l'étendue de l'espace côtier et de la rareté du personnel. En effet, ils jugent que si les mesures sont mal appliquées, la situation est pire, du fait d'une fausse assurance quant à l'état sanitaire. Un nouveau décret est promulgué en 1879. Il n'y a pas beaucoup de changements dans ce nouveau décret par rapport au premier, en dehors de quelques explications plus détaillées sur les mesures à prendre.

Le débat sur la quarantaine aux Indes-Néerlandaises reflète le débat qui a lieu en Europe. Les scientifiques européens ont également continué à débattre de la question. Les différences d'opinion entre eux ont dépendu des paradigmes sur l'étiologie des maladies. C'est aussi le résultat de différences idéologiques liées,

---

<sup>337</sup> *Ibid.*, p. 61.

souvent, aux régimes politiques. Les différences d'opinions ont ainsi conduit à un débat entre les pays.

Il est évident que les mesures prophylactiques sont liées au savoir étiologique d'une maladie. Il existe au moins deux tendances concernant cette question. D'une part, la tendance à voir la maladie comme provoquée par l'environnement. L'éradication de la maladie se fait par la suppression de la cause provenant de l'environnement. Dans ce cas, il s'agira plutôt de faire circuler l'eau stagnante, d'isoler les excréments, de bâtir une bonne maison, d'aménager la ville, de fournir une bonne alimentation et d'encourager les gens à vivre avec des règles d'hygiène. D'autre part, la tendance à voir la maladie comme véhiculée par les humains. Empêcher le porteur de la maladie de circuler est le moyen de combattre la transmission. Pour cette tendance, la mesure prophylactique est donc la construction des centres pour rassembler tous ceux qui sont considérés comme cause de la maladie. Nous pouvons dire, selon la terminologie de Baldwin, que la première tendance correspond au *localisme* et la seconde au *contagionisme*<sup>338</sup>.

Les mesures prophylactiques sont également liées au système politique et à la culture d'approche envers les maladies contagieuses, autrement dit la prophylaxie est liée à la politique. Erwin Ackernecht montre que le cordon sanitaire, la quarantaine et d'autres mesures traditionnelles pour combattre les maladies contagieuses, qui restreignent les libertés individuelles, en donnant la priorité à l'intérêt commun et à celui de l'Etat, sont les mesures préférées des régimes absolus, autocrates ou conservateurs. Par contre, les régime libéraux, avec leur système démocratique, s'efforcent plutôt de réduire l'intervention de l'Etat, et cherchent à titre préventif à améliorer les conditions environnementales. Au niveau économique, le contraste est plutôt entre les intérêts commerciaux, en défaveur des mesures de quarantaine, et l'Etat pour qui le marché libéral et le profit de l'entreprise privée ne sont qu'une considération secondaire par rapport à la population, et la santé publique. Dans le schéma d'Ackernecht, l'étiologie, la prophylaxie et la politique sont en parfaite adéquation<sup>339</sup>.

Le Congrès international des médecins des colonies, qui a eu lieu en 1883 à Amsterdam, est un bon exemple de cette adéquation. Le congrès a réuni des pays

---

<sup>338</sup> Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, p. 4.

<sup>339</sup> *Ibid.*, p. 12.



dont les politiques scientifiques, économiques et coloniales diffèrent. La question de la quarantaine a été débattue lors de la séance de lundi 7 septembre à deux heures.

C'est le docteur F. de Chaumont, professeur d'hygiène à l'École médicale militaire de Netley (près de Southampton) qui a ouvert la séance en à présentant une communication intitulée « Les Quarantaines »<sup>340</sup>. Il commence par donner la définition du mot *quarantaine* ainsi : « comme l'indique son nom, [il s'agit d'] un séjour dans un lazaret ou à bord d'un vaisseau pendant quarante jours, à la fin duquel séjour *on croyait* que le poison de la maladie serait inoffensif. *Il n'y avait là point de base scientifique ; c'était plus probablement une idée se rattachant aux quarante jours du carême*<sup>341</sup> ». Il montre ainsi d'emblée qu'il n'est pas d'accord avec la quarantaine, en soulignant son absence de bases qui la justifierait scientifiques.

Il parle ensuite des maladies auxquelles les mesures de quarantaine sont appliquées, telles que la peste bubonique, la fièvre jaune et le choléra. Il explique que la quarantaine ne peut pas être appliquée contre toutes les maladies, en particulier les maladies ubiquitaires, ou même des maladies endémiques dans certains pays. La variole est, par exemple, mieux combattue par la vaccination. La mesure de quarantaine est totalement inutile.

F. de Chaumont montre que la peste a disparu de l'Europe depuis longtemps. La dernière grande épidémie en Angleterre a eu lieu en 1665. Après cette date l'apparition de la peste a été sporadique jusqu'en 1890 et, selon lui, en 1704 la maladie disparaît des statistiques. Il est vrai qu'en l'Europe méridionale la peste reste présente plus longtemps, mais depuis le début du XIXe siècle on n'en entend plus parler. D'après ce médecin, sa disparition n'est pas due à des mesures de quarantaine, « car plus nous avons eu de commerce avec l'Orient, plus la peste a diminué ». Pour lui ce résultat « il faut l'attribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène qui se sont développées, en proportion différente, mais un peu partout ». En ce qui concerne la fièvre jaune, l'histoire des quarantaines est toujours « une histoire de l'insuccès ». Des mesures ont été souvent mises en œuvre en Amérique, mais elles sont restés sans résultat. « De l'autre côté, une bonne hygiène a réussi admirablement bien », explique-t-il. A propos du choléra il montre la même chose : « nous avons l'expérience de l'Angleterre, où les quarantaines furent mises en œuvre contre l'invasion de 1832 ;

---

<sup>340</sup> Congrès international de médecins des colonies (Amsterdam ; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883, op. cit.*, p. 129.

<sup>341</sup> *Ibid.*

mais cela n'empêcha pas la maladie d'éclater et de produire une nombreuse mortalité. Mais depuis ce temps là, sous la direction et à l'instance des célèbres Chadwick, Simon et autres, on a commencé ces travaux sanitaires gigantesques qui ont changé tout à fait la condition du pays<sup>342</sup> ». Ce supporteur de la disparition de la quarantaine est tout à fait certain que les pays dans lesquels elle est mise en œuvre ne sont pas plus chanceux, mais qu'au contraire, « c'est à l'hygiène seule que l'on doit se fier pour empêcher ces épidémies<sup>343</sup> ».

Ce médecin parle en outre du fondement scientifique des quarantaines. Pour cela, il en vient à l'étiologie, et prend comme exemple le choléra « vu que c'est la maladie la plus à redouter, parce qu'elle se répand partout, tandis que la fièvre jaune est bornée entre certaines limites de latitude et que la peste n'existe plus dans une forme menaçante ». Il explique alors qu'en ce qui concerne son étiologie, il existe au moins quatre écoles. D'abord, une école qui considère le choléra comme dépendant de forces météorologiques ou bien cosmiques, et non causé par des germes ou des poisons spéciaux. Ensuite, une école qui considère que c'est une maladie propagée « par des germes, ou par un poison spécifique, mais que la propagation se fait presque entièrement par l'action de l'air atmosphérique, et principalement par les mouvements des vents, qui transportent le poison beaucoup plus vite que ne le pourra le commerce des hommes ». Il y a également une école qui « soutient l'existence d'un germe spécial, qui est transporté depuis les localités infectées par la voie des hommes principalement, mais qu'ils ne se passent que lorsque le germe est déposé dans le sol sous des conditions favorables. Enfin, une école qui partage son modèle causal avec celui des deux dernières écoles, mais pour qui « le poison demande en général un temps avant qu'il ne soit capable d'exciter la maladie dans un individu susceptible, mais il peut être ingéré non seulement par la voie de l'air atmosphérique ou tellurique, mais aussi par la voie de l'eau potable<sup>344</sup> ».

Pour lui, la quarantaine ne se justifie qu'avec l'explication scientifique donnée par la dernière école. « Mais chose étrange, le quartier général de cette école se trouve en Angleterre, justement dans le pays qui a renoncé aux quarantaines », dit-il. F. de Chaument est très convaincu « que plus on augmente les rigueurs des quarantaines, plus on fait souffrir les pauvres victimes, pour atteindre une réussite

---

<sup>342</sup> *Ibid.*, p. 130.

<sup>343</sup> *Ibid.*, p. 131.

<sup>344</sup> *Ibid.*, p. 133.

qui est tout à fait illusoire. Mais on fait encore plus, on augmente même le danger dans le pays que l'on cherche à protéger, car la concentration des malades est un moyen puissant pour propager les maladies<sup>345</sup> ». Il se rend compte qu'à cause de son opinion il sera accusé (mais aussi son pays l'Angleterre) d'être un égoïste et de ne penser qu'aux intérêts commerciaux. Pour un pays qui a de grandes ambitions commerciales, les mesures de restriction causées par la quarantaine entraînent un problème de circulation des personnes et des biens. « Mais j'ose dire, dit-il, que ce n'est pas tout à fait une affaire d'égoïsme de notre part, mais au moins en partie une conviction des résultats tout à fait illusoires obtenus par les quarantaines. Je crois que c'est une bonne chose pour le monde entier, que l'Angleterre ait renoncé aux quarantaines, puisque cette démarche de sa part a donné un essor aux efforts hygiéniques, qui auraient peut-être manqué au progrès de la science sanitaire<sup>346</sup> ». Pour empêcher la propagation de l'épidémie, ce médecin est tout à fait certain qu'il n'a qu'un seul moyen : « l'hygiène rigoureuse et continuelle<sup>347</sup> ».

Répondant à l'idée de ce médecin anglais, le Docteur F. J. Van Leent, médecin en chef de la Marine Royale néerlandaise, dit que « *la question des quarantaines est une des plus urgentes, intéresse, dans l'acceptation la plus large du mot, le monde entier, touche aux intérêts les plus sacrés de l'humanité, à la santé publique et privée, aux rapports internationaux, à la navigation, au commerce à l'industrie* <sup>348</sup> ». Ce constat montre clairement la position prise par ce médecin: il est pour la quarantaine. Et ce qu'il dit reflète l'opinion d'autres supporters : quarantaine signifie civilisation. « Chez les peuples qui marchent en tête de la civilisation, jusque chez ceux qui vivent encore à l'état sauvage, l'isolement préventif de personnes atteintes de la maladie infectieuse ou réputée telle, est maintenu, quoique le mode d'isolement chez les divers peuples porte le cachet du degré de civilisation auquel ils sont arrivés<sup>349</sup> ».

Se référant à un Inspecteur-Général du Service sanitaire de France, il constate que le choléra ne s'est pas développé en Europe dans un port, avant que ce port ait été abordé par un navire provenant d'un endroit ou d'une région contaminé. Il conteste également l'état endémique du choléra dans l'Archipel malais, notamment à Java. Selon lui « les premiers cas de choléra se sont *toujours* produits dans les ports

---

<sup>345</sup> *Ibid.*, p. 134.

<sup>346</sup> *Ibid.*

<sup>347</sup> *Ibid.*, p. 135.

<sup>348</sup> *Ibid.*

<sup>349</sup> *Ibid.*, p. 136.

maritimes, spécialement dans les grands ports de Java, ou dans les ports d'autres îles de l'archipel malais, en communication directe avec un port contaminé<sup>350</sup> ». Pour lui la quarantaine est donc une mesure indispensable pour empêcher la propagation des maladies.

Van Leent est conscient du fait que le commerce est le grand ennemi des mesures des quarantaine, qui restreint autant que possible la liberté et la facilité de la circulation. Il rappelle toutefois que « les communications internationales et le commerce, ayant, en général, pour but de contribuer au bien-être des populations, qui sont source d'opulence pour quelques-uns, de travail et de pain quotidien pour une grande majorité, ne doivent pas outrepasser ce but, ne doivent pas tourner en *malédiction* !<sup>351</sup> ». Quant à la menace qui pèse sur la liberté individuelle produite par les quarantaines, il soutient qu'elle est exagérée. En se référant aux Etats Unis, il dit que ce pays est connu comme le défenseur de la liberté individuelle, mais qu'en même temps il met en œuvre des mesures de quarantaine. « La manière dont on fait fléchir les intérêts individuels devant l'intérêt commun, la *vraie liberté*, est démontrée suffisamment par le fait fréquent de l'arrêt d'un train de chemin de fer avec quelques centaines d'immigrants, soumis à l'inspection sanitaire et à la *vaccination, forcée* au besoin<sup>352</sup> ». Le principe de la liberté s'appuie donc sur le fait que l'intérêt de la communauté, de la société, ne doit pas être dépassé par l'intérêt de l'individu. Autrement dit, on ne peut pas parler de liberté individuelle en mettant en danger la société en général.

Pour la mise en œuvre de la quarantaine, il doit y avoir un lazaret bien organisé et qui soit placé sous une direction médicale. En outre, les quarantaines longues et passives du passé doivent être remplacées par des quarantaines actives beaucoup plus courtes. Van Leent ajoute également qu'il est mieux d'introduire une police de l'hygiène publique rigoureuse dans les ports de mer, « tant pour les départs que pour les arrivées des bâtiments au long cours, et cela aussi bien dans l'intérêt de l'équipage que pour prévenir l'importation de maladies contagieuses<sup>353</sup> ». Van Leent reconnaît qu'aux Indes Orientales Néerlandaises, même s'il y a un règlement sur la

---

<sup>350</sup> *Ibid.*, p. 138.

<sup>351</sup> *Ibid.*, p. 143.

<sup>352</sup> *Ibid.*, p. 143-144.

<sup>353</sup> *Ibid.*, p. 145.

quarantaine, il n'y a pas d'établissements de quarantaine<sup>354</sup>. Cet état de choses rend les mesures de quarantaine ineffectives et inutiles, comme les débats après la promulgation de la loi sur la quarantaine l'ont montré. La situation est cependant meilleure aujourd'hui : « Les règlements de quarantaine, en vigueur à la Guyane (Paramaribo), à Curaçao et aux îles des Caraïbes, datant du 13 janvier 1880, sont très complets, et appliqués avec sévérité<sup>355</sup> ».

A la fin de son discours, pour renforcer ses arguments, il déclare : « Montons la garde ! Faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour protéger ceux dont nous sommes proclamés les protecteurs, les tuteurs, les maîtres. Par cela nous sauvegarderons nos propres intérêts, la santé et la vie de ceux qui nous sont chers à tant de titres ! Sauvons, protégeons nos frères ! C'est un *vœu*, plus que cela, c'est une *prière*, que mon humble voix adresse aux *Puissances* qui tiennent dans leurs mains le sort, ou qui décident des destins des peuples !<sup>356</sup> ».

L'importance de la quarantaine est également soulignée par le troisième intervenant, M. J. A. Kruijt, Consul-Général des Pays-Bas à Djeddah, qui présente un rapport sur les mesures appliquées autour de la mer Rouge. L'importance des quarantaines instaurées dans les ports de la mer Rouge vient du fait qu'ils sont considérés comme certains des principaux foyers d'infection, en raison des pèlerinages musulmans. L'arrivée de maladies venant des quatre coins du monde y est hautement envisageable. Après avoir présenté ses données sur la situation, Kruijt, exprime sa conviction que la quarantaine est un moyen essentiel pour empêcher la propagation des maladies.

Au cours de la séance, d'autres participants continuent à discuter de la question. Mais, il n'y a aucun argument nouveau, et pour résumer le débat, il y a deux opinions qui s'opposent, qui ont déjà représentées par les intervenants cités : il y a ceux qui soutiennent la quarantaine et ceux qui sont contre. Parmi ces derniers, il y a quelques attaques un peu virulentes. M. J. Boissevain, Directeur de la Compagnie transatlantique '*Nederland*', par exemple, demande que « les partisans des quarantaines doivent contribuer à faire disparaître tous ces abus et ces actes arbitraires, qui occasionnent de nombreuses infractions<sup>357</sup> ». Le Professeur Da Silva

---

<sup>354</sup> *Ibid.*, p. 149.

<sup>355</sup> *Ibid.*, p. 150.

<sup>356</sup> *Ibid.*, p. 161.

<sup>357</sup> *Ibid.*, p. 189.

Amado conclut que ces deux opinions sont « l'écho de l'état actuel des esprits sur cette question. On peut dire qu'il y a deux partis organisés, celui des défenseurs des quarantaines, et celui des ennemis de cette mesure prophylactique ». Il déclare que lui-même n'appartient à aucun de ces deux groupes, car il pense qu'aucune solution n'est parfaite. Supprimer les mesures de quarantaine, d'après lui, n'est pas une bonne solution, mais les mesures pratiquées ne sont souvent que de pure formalité. En conséquence, il ajoute « que l'amélioration des conditions hygiéniques des villes est de la plus grande importance, mais que, dans l'état actuel, il faut aussi d'autres mesures prophylactiques<sup>358</sup> ». Cette opinion ne signifie pas qu'il défend les quarantaines, surtout, « comme elles sont établies *maintenant* ». Il pense que les mesures de prophylaxie doivent être réformées en fonction des connaissances scientifiques actuelles. « Je crois qu'on peut parfaitement tenir les quarantaines, comme l'exigent les données scientifiques et les intérêts sociaux, en réduisant la période d'observation à 24 heures, et en faisant une désinfection générale et bien efficace de toutes les choses susceptibles d'être sources de contamination<sup>359</sup> ». Revenant sur le constat du premier intervenant qui pense que l'histoire des quarantaines est l'histoire d'un échec, Le Roy de Méricourt, médecin délégué du Gouvernement français, fait une critique sévère. « En le faisant, dit-il, je pense être l'interprète de la très grande majorité des médecins français<sup>360</sup> ».

Le résultat de ce débat est la promulgation d'une nouvelle réglementation, dans la colonie le 11 février 1892. Cette réglementation qui est une révision des deux précédentes et est directement inspirée par le débat qui a eu lieu au Congrès d'Amsterdam.

Notamment, elle mentionne clairement les maladies concernées : « *De bepalingen dezer ordonnantie gelden alleen voor gevallen van pest, gele koorts, Aziatische cholera en pokken (variola en variolis)* », les maladies telles que la peste, la fièvre jaune, le choléra asiatique et la variole. En comparaison de la réglementation précédente, qui ne mentionnait pas spécifiquement de maladies mais employait le terme de « maladies contagieuses qui menace la santé publique », celle de 1892 ne

---

<sup>358</sup> *Ibid.*, p. 190.

<sup>359</sup> *Ibid.*, p. 191.

<sup>360</sup> *Ibid.*, p. 192.

s'applique donc qu'aux maladies citées<sup>361</sup>. En dehors de ces quatre maladies, la quarantaine ne peut donc plus être appliquée. Pour les agents de contrôle aux ports, le travail se trouve ainsi facilité..

Le commandant de navire doit se faire délivrer un papier indiquant l'état sanitaire, par le Capitaine du Port. Ce document mentionne les ports où le navire a fait escale et y signale les éventuelles maladies en cours, ainsi que les membres du navire atteints par ces maladies. Il a donc pour objectif de renseigner sur une possible propagation d'une des maladies citées dans la réglementation avant que le navire arrive à sa destination<sup>362</sup>.

Le contrôle médical suit également un processus plus détaillé qu'auparavant. Le commandant de navire est interrogé si un des membres de l'équipage ou un des passagers a été contaminé. Cela se fait au travers d'une interrogation écrite. Au cas où il n'y a aucune réponse écrite ou si la réponse est jugée insuffisante un examen médical doit être effectué<sup>363</sup>. Lorsque l'officier de santé trouve un (des) sujet(s) contaminé(s) de la à bord du navire, la désinfection est indispensable. Il s'agit non seulement des vêtements et des biens des passagers, mais aussi du navire lui-même. En ce qui concerne les personnes contaminées, ils doivent être emmenés au lazaret, et en cas d'absence de cet établissement, ils doivent être soignées dans l'hôpital le plus proche.

La mise en œuvre de mesures de quarantaine, comme il est dit dans le règlement de 1892, correspond à une démarche de l'Etat qui a pour but de préserver la santé de la population en empêchant l'entrée de tout danger provenant de l'extérieur. L'intervention du Directeur du Département de la santé fait apparaître la réglementation comme un sujet éminemment politique. On ne trouve aucun débat sur ce sujet dans la revue *Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*. Néanmoins, cela ne signifie pas que ce n'est pas une question de santé publique. Les mesures prophylactiques sont un des moyens effectués par l'Etat colonial pour assurer la santé de la population. Leur mise en œuvre signifie que l'Etat a certains intérêts pour se porter garant la santé de la population.

---

<sup>361</sup> P. H. van der Kemp, *De quarantaine- en epidemie-voorschriften in Nederlandsch-Indië (Staatsblad 1892 Nos. 44 en 45)*, op. cit., p. 79.

<sup>362</sup> *Ibid.*, p. 90-92.

<sup>363</sup> *Ibid.*, p. 152.

## CONCLUSION

L'intérêt des Européens pour la question de l'hygiène sous les tropiques a eu pour point de départ une interrogation sur la possibilité, pour eux, de vivre dans un pays chaud. Des enquêtes qui ont notamment permis de tracer une carte médicale du pays et d'obtenir des statistiques de maladies selon les régions ont leur ont assuré qu'ils ne courraient aucun danger. Toutefois, l'extension des terres agricoles à grande échelle par l'autorité coloniale a incité les médecins à étendre leur attention à la population indigène, pour éviter un risque de décroissance démographique. La circulation, prise au sens large, s'est avérée être un moteur pour le développement de l'hygiène; il s'est agi de contrôler la circulation des éléments, d'assigner les prostituées à la maison closes et les fous à l'asile d'aliénés, mais aussi de faire face aux dangers provenant de l'extérieur en instituant la quarantaine. Dans un premier temps, le travail sur l'hygiène s'est effectué sans aucune organisation. Nous allons donc étudier comment se sont développés les services de santé publique à la fin du XIXe siècle dans le chapitre suivant.



## **DEUXIÈME PARTIE**

### **Assurer la santé de la population**

L'ouverture du Canal de Suez en 1869 a raccourci la distance entre l'Europe et l'Asie. La durée du voyage entre l'Europe et les Indes orientales a été réduite, la circulation a augmenté et les Européens ont été de plus en plus nombreux à faire le voyage vers les Indes-Néerlandaises. L'accroissement de la migration des Européens a été aussi encouragé par l'idée qu'un pays colonisé comme les Indes orientales est une source de richesse pour eux.

Certes, cette vision n'était pas tout à fait nouvelle. Depuis le début du XIXe siècle, et surtout après la rétrocession des Indes-Néerlandaises aux Pays-Bas, un débat était apparu sur le thème : Comment tirer profit des pays colonisés ? Le recours à la *Staatbedrijf*, ou entreprise d'État, était une idée partagée par les architectes du colonialisme comme Muntinghe, Du Bus et Van den Bosch. Muntinghe avait réalisé son projet de création de la *Nederlandsche Handel-Maatschappij* (N. H. M., la Société de commerce néerlandaise) en 1825<sup>1</sup> ; Du Bus encourageait une production de type capitaliste ; Van den Bosch vantait la mise en place du *culturstelsel* (système de culture). De ces trois programmes, le dernier a remporté le plus grand succès. Mais ce succès n'a pas empêché l'apparition de critiques, comme nous l'avons constaté en première partie de cette étude. Cette critique a conduit à l'apparition du libéralisme. Le libéralisme regarde également la colonie comme une entreprise, mais il reconnaît

---

<sup>1</sup>Robert Cribb et Audrey Kahin, *Historical Dictionary of Indonesia*, 2nd Revised edition., s.l., Scarecrow Press, 2004, p. 293.

la nécessité de l'actionnariat. L'idée principale du libéralisme est de supprimer toutes les limites qui font obstacle à l'entreprise privée afin de développer Java et de laisser l'intérêt des Pays-Bas dépendre des enjeux des forces économiques<sup>2</sup>. Concrètement, cette politique libérale a été introduite par la promulgation du droit agraire (*agrarische wet*) en 1870.

Le développement économique, marqué par la création de grandes plantations, nécessitait la disponibilité d'un grand nombre de travailleurs. Malgré une arrivée importante d'Européens à cette époque, le niveau de la demande en main d'œuvre restait plus élevé que celui du nombre de travailleurs disponibles. Et selon certaines sources, la réticence des Européens à effectuer un travail physiquement pénible aggravait encore l'insuffisance de main d'œuvre. Pour assurer le travail dans les grandes exploitations, il restait donc les Indigènes, ainsi que les Chinois que l'autorité coloniale avait faits venir. Cependant, ces travailleurs qui sont déplacés dans les plantations, ne sont pas toujours en bonne santé ; il faut souvent les remplacer. La création d'un service d'hygiène publique destiné à ces travailleurs devenait indispensable. Conjointement, de nouvelles recherches pouvaient être entreprises : à l'essor de la microbiologie née des découvertes de Koch et de Pasteur, allait succéder la naissance d'une nouvelle discipline, la médecine tropicale. Ce chapitre concerne donc le début du combat contre les maladies tropicales dans les Indes Néerlandaises, qui a débouché, dans certains cas, à la mise en place de mesures pratiques pour améliorer la santé des travailleurs.

---

<sup>2</sup>John Sydenham Furnivall, *Netherlands India: a study of plural economy*, Cambridge, The University Press, 1967, p. 174-175.

## **Chapitre 4**

### **NAISSANCE DE LA MÉDECINE TROPICALE**

L'intérêt des médecins européens pour l'état de santé des populations dans les régions tropicales s'est accru à la fin du XIXe siècle. Il a d'abord été rendu possible par l'extension et l'intensification de la colonisation. Dans le même temps, l'étude des maladies des pays chauds s'est érigée en spécialité. La révolution médicale, qui a fait des agents infectieux la causalité universelle des maladies, a été suivie par des travaux hors d'Occident donnant lieu à de nouvelles découvertes, en particulier celles du Britannique, Patrick Manson, qui introduit la notion de vecteurs des parasites. Si la médecine tropicale est considérée comme destinée à comprendre la spécificité des maladies sévissant dans les pays chauds, elle est supposée néanmoins s'être dessaisie du déterminisme climatique et des miasmes. En réalité, les débats sur l'origine des maladies ont continué. En outre, le terme de médecine tropicale est resté longtemps confondu avec celui de « médecine coloniale ». Cette première dénomination est apparue plus tôt, lorsque la santé des colons et des membres de l'administration coloniale, était en jeu. L'apparition du terme « médecine tropicale » marque un début de changement vers la prise en charge de l'ensemble de la population.

#### **I - DE LA MÉDECINE COLONIALE À LA MÉDECINE TROPICALE**

La pratique de la médecine occidentale en pays tropical date de l'arrivée des Européens dans ces régions aux XVe et XVIe siècles. Jacobus de Bondt (ou Bontius) est le personnage le plus célèbre des débuts de l'histoire de la médecine européenne dans l'archipel. Sa célébrité vient, d'une part, au fait que les travaux effectués pendant

son très court séjour ont constitué une référence importante au XVIIe siècle sur le monde tropical et, d'autre part, au fait que de nombreux travaux de médecins hollandais au XIXe siècle ont repris son travail, jusqu'alors oublié<sup>3</sup>.

Né à Leyde en 1592, il est le fils de Geraerd Bontius, le premier professeur de médecine de l'Université de Leyde. Son père décède quand il n'a que sept ans. Son frère aîné, Reiner, est également professeur de médecine à l'université de Leyde. Un autre frère, Jan, fait également ses études de médecine dans cette même université, alors que William, un troisième frère, est un membre du Sénat de l'université. Bontius lui-même commence des études de philosophie à douze ans et il obtint le titre de médecin à vingt-deux ans<sup>4</sup>.

Le Conseil des Dix-Sept, *de Heeren Zeventien*, nomme Bontius pour occuper un nouveau poste au sein de la Compagnie Néerlandaise des Indes Orientales, *Vereenigde Oost-Indische Compagnie* (VOC)<sup>5</sup>. Il doit assurer à la fois des fonctions de médecin, pharmacien et chirurgien dans l'ensemble des territoires de la VOC. C'est le premier poste créé dans ce domaine<sup>6</sup>. C'est sur les conseils de son frère, Willem Bontius, qu'il a décidé de s'engager à la VOC. L'une des motivations de Bontius est la vie médiocre qui lui est promise aux Pays-Bas avec son titre de médecin<sup>7</sup>. Le poste occupé à la VOC est bien plus important, car il doit « diriger l'hôpital de Batavia, surveiller les chargements des navires en matériel chirurgical et médical correct, inspecter le personnel médical de la compagnie, et veiller aux besoins médicaux des employés de haut rang de la VOC » (*to run the hospital at Batavia, to supervise the supplying of ships calling there with proper surgical and medical chests, to inspect the medical personnel of the company, and to see to the medical needs of the higher-ranking employees of the VOC*<sup>8</sup>). Grâce à ce poste, Bontius peut ainsi utiliser ses compétences de médecin bien davantage qu'il ne le faisait jusqu'alors.

---

<sup>3</sup>C. Swaving, « Ter Gedachtenis van Jacobus Bontius, M. D., geboren in 1592 te Leiden; Archiater der Stad Batavia van 1627 tot 1632 », *Natuurkundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*, 1868, n° 30, p. 285-342 ; G. F. Pop, « Nog iets Over Jacobus Bontius », *Natuurkundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*, 1870, n° 31, p. 281-286.

<sup>4</sup>C. Swaving, « Ter Gedachtenis van Jacobus Bontius, M. D., geboren in 1592 te Leiden; Archiater der Stad Batavia van 1627 tot 1632 », art cit, p. 293-294.

<sup>5</sup>Information sur la VOC, voir la note en bas pas 3 de la première partie

<sup>6</sup>C. Swaving, « Ter Gedachtenis van Jacobus Bontius, M. D., geboren in 1592 te Leiden; Archiater der Stad Batavia van 1627 tot 1632 », art cit, p. 298.

<sup>7</sup>*Ibid.*, p. 296.

<sup>8</sup>Harold J. Cook, *Matters of exchange commerce, medicine, and science in the Dutch Golden Age*, New Haven, Yale University Press, 2007, p. 192.

Bontius part pour les Indes orientales avec sa femme et ses deux enfants le 19 mars 1627 sur le même navire que le Gouverneur Général Jan Pietersz Coen<sup>9</sup>. Pendant le voyage, les chirurgiens des autres navires le consultent souvent sur le traitement des maladies qui sont alors fréquentes au cours des traversées. Sa femme décède pendant ce voyage avant même l'arrivée au Cap. Au bout de six mois, il débarque finalement à Batavia le 13 septembre 1627<sup>10</sup>.

À son arrivée, il se met immédiatement au travail. Il consacre la plupart de son temps à observer la nature, les maladies les plus fréquentes, ainsi qu'à soigner les malades, surtout des Européens. « *From the observation which appeared to me the most important, I have compiled this method of cure, and described the diseases to be popular and endemic*<sup>11</sup> », écrit-il. Il admet toutefois qu'il ne peut pas présenter sa méthode de traitement en détail. « *Let others who please write of miracle on hearsay ; I shall only propose to your attention what I have seen with my eyes and what my judgment, such as it is, has been repeatedly convinced to be true*<sup>12</sup> », dit-il.

*An Account of the Diseases, Natural History and Medicines of the East Indies*, publié en 1769, est la traduction anglaise du traité médical qu'il a laissé, *De Medicina Indorum* (en latin). Le titre de la version anglaise laisse entrevoir que le sujet traité est vaste. Selon Swaving, cette version anglaise indique aussi l'importance qu'a eu le travail de Bontius dans le monde anglophone, contrairement à son influence dans son pays natal<sup>13</sup>.

Bontius ne fait pas que de l'observation théorique, mais fait aussi de la pratique ; ce qu'il faut surtout souligner est qu'il ne pratique qu'à partir de son observation personnelle. Il commence son livre par une description de maladies sévissant partout dans les Indes-Néerlandaises. La description de la maladie est suivie de l'énumération des symptômes et parfois il indique également le remède. Dans le cas du bérubéri, il explique par exemple que « *the disease has, probably, received this denomination on account that those who are seized with it, from a*

---

<sup>9</sup>Jan Pietersz. Coen est un officier de la Compagnie néerlandaise des Indes orientales, nommé en 1618 gouverneur général des Indes-Néerlandaises.

<sup>10</sup>Harold J. Cook, *Matters of exchange commerce, medicine, and science in the Dutch Golden Age*, op. cit., p. 191-192.

<sup>11</sup>J. Bontius, *An account of the diseases, natural history and medicines of the East Indies*, s.l., printed for T. Noteman, 1769, p. vii-viii.

<sup>12</sup>*Ibid.*, p. viii.

<sup>13</sup>C. Swaving, « Ter Gedachtenis van Jacobus Bontius, M. D., geboren in 1627 te Leiden; Archiater der Stad Batavia van 1627 tot 1632 », art cit, p. 291.

*tottering of the knees, and a peculiar manner of walking, exhibit to the fancy a presentation of the gait of that animal (sheep) ». Selon lui « the principal cause of this disease is a thick, viscid, pituitous humour, which seizes the nerves in the night, when people, after being fatigued by the heat of the day, unwarily throw of their bed-clothes<sup>14</sup> ». Bontius a constaté également que la maladie était endémique aux Indes-Orientales.*

Dans son ouvrage, il parle aussi de la propagation de la dysenterie. « *In the year 1628, while we were besieged by the people of Java* », raconte-t-il « *the honourable Mr. Jeremiah de Meester, a member of the Indian council, fell into a continual fever, and a dysentery, which was then epidemical<sup>15</sup>* ». Quelques jours après, cet homme décède. Bontius croit que la maladie est contagieuse. Il pense que les causes principales de sa propagation sont la contamination de l'eau et de l'air, ainsi que la saison chaude. Bontius lui-même a été atteint par la maladie. « *By these various causes, I myself was also bed-ridden four months, in the most imminent danger. At first I was seized with an ardent fever, then a dysentery which increased, and for a month past I have been afflicted with the species of palsy called the barbiers : all which, by blessing of God I have survived, while my wife and sons are still labouring under the disorder<sup>16</sup>* ».

Outre l'observation, Bontius pratique aussi la dissection. Pendant l'année 1629, il effectue au moins sept dissections de cadavres. Il pense ainsi être en mesure de découvrir la cause des maladies. Les dissections sont effectuées sur des personnes décédées à la suite de différentes maladies : spasmes, dysenterie, empyème ou inflammation du cœur.

L'ouvrage de Bontius peut également être considéré comme un guide pour vivre dans les pays chauds. Il y donne des conseils pour vivre aux Indes-Néerlandaises. Il explique par exemple le danger du vent, surtout celui qui vient de la montagne. Selon Bontius « *when the winds blow from the mountains, they bring to us gross and fetid vapours, not to say poisonous, on account of the multitude of infects, and so infect our air<sup>17</sup>* ». Il indique en conséquence l'heure la plus convenable pour travailler : « *In regard to the qualities of each of these, the morning and evening are the*

---

<sup>14</sup>J. Bontius, *An account of the diseases, natural history and medicines of the East Indies*, op. cit., p. 2.

<sup>15</sup>*Ibid.*, p. 101.

<sup>16</sup>*Ibid.*, p. 106.

<sup>17</sup>*Ibid.*, p. 110.

*most wholesome parts of the day, and most proper for exercise or labour. Because then the winds blowing from the sea and mountains, ventilate and cool the air*<sup>18</sup> ».

Bontius ne parle pas seulement de l'influence de l'environnement sur la santé, mais aussi des nourritures et des boissons qui permettent de maintenir le corps en bonne santé. Il commence par les animaux présents sur l'île dont on peut consommer la chair : « *and in the first place talk of flesh. The most wholesome of that kind is the flesh of hens, with which this island abounds ; birds of the woods and mountains, as turtles, pigeons, quails ; of the smaller sort, sparrows, chaffinches, fig-peckers, and thrushes, with all which the woods and fields plentifully supply us. The ducks, geese, and other water fowls of this country are likewise excellent*<sup>19</sup> ». Il mentionne ensuite les chèvres, mais suggère d'éviter de manger du mouton car celui-ci est rare. « *The flesh of the buffalo is not at all contemptible ; young ones I mean : for the flesh of the old is so hard as not to be chewed even with the iron teeth of the parasite Plautinus*<sup>20</sup> ».

Concernant les céréales, Bontius préfère encore le pain au riz : « *If, as usual, a sufficient quantity of wheat was imported to us from Japan and Surat, I would very readily dispense with rice ; because the bread made here of wheat flour is nothing inferior to that in our own country, and in my opinion, affords better nourishment than rice* », écrit-il. Cependant, comme le blé est rare, il n'a pas d'autre choix que de manger du riz. Il n'est pas conseillé de manger ce dernier chaud, car « *hot rice is not only hurtful to the stomach, but also to the brain and whole nervous system : and from the gross and dry vapours rising to the head from this aliment, the optic nerves are frequently so much obstructed as to induce a total blindness ; of which disorder I have treated in my method of curing diseases in India*<sup>21</sup> ».

Bien que le séjour de Bontius aux Indes soit très bref, son témoignage autant sur les maladies que sur la nature qu'il a découverte aux Indes est très riche. Sa description du pays est si détaillée qu'il parvient à faire découvrir au lecteur une part du monde oriental. Dans la droite ligne d'Hippocrate pour son sens de l'observation, il semble, par son œuvre, avoir inspiré d'autres médecins travaillant sous les tropiques. Barend Joseph Stokvis<sup>22</sup>, dans son discours d'ouverture de la Conférence des

---

<sup>18</sup>*Ibid.*, p. 115.

<sup>19</sup>*Ibid.*, p. 120.

<sup>20</sup>*Ibid.*, p. 121.

<sup>21</sup>*Ibid.*, p. 129.

<sup>22</sup>Né à Amsterdam le 16 août 1834, il est diplômé de MD à l'Université d'Utrecht le 12 juin 1856. Après avoir obtenu son diplôme il a réalisé un voyage d'études à Paris et Vienne. Il a été président de

Médecins des Colonies à Amsterdam en 1883, a mis en avant le rôle important de Bontius. Selon lui, Bontius est un fondateur de ce qu'il appelle la « médecine coloniale »: « L'honneur des premiers travaux de médecine coloniale est réservé aux Hollandais du XVII<sup>e</sup> siècle. C'est ce siècle, dont le souvenir fait battre nos cœurs plus vite<sup>23</sup> », dit-il.

Par le terme de « médecine coloniale » Stokvis entend : toutes les activités des médecins européens dans les pays colonisés, dont la plupart se situent en zone tropicale. La conférence de 1883 à Amsterdam est l'occasion d'une rencontre entre médecins des colonies et de discussions sur des problèmes communs. Le partage d'expériences a bien évidemment pour but de trouver le moyen le plus efficace de combattre les problèmes de santé dans ces pays chauds.

Le congrès en lui-même peut être considéré comme une institutionnalisation de la médecine coloniale. Les progrès des sciences et de la technologie en Europe pourraient bénéficier aux pays colonisés. « Puis nous nous réunissons à un moment, où tout le monde instruit et civilisé s'occupe plus que jamais de tout ce qui a rapport aux colonies et aux pays d'outre-mer, et notre Congrès tient ses séances dans les salles d'une société, toujours prête à ouvrir ses portes à la science, avec cette hospitalité parfaite et superbe, dont nous ne saurions trop apprécier le mérite et le charme, et qui, grâce à tout ce qu'elle fait dans l'intérêt des sciences et des beaux-arts se peut nommer avec fierté : Heureuse par ses mérites<sup>24</sup> », explique Stokvis.

Dans son discours d'ouverture, il souligne l'importance que revêt ce congrès : « Vous avez compris tout de suite, sans aucune intervention de notre part, toute l'importance d'un tel congrès, tant au point de vue de la science pure, qu'au point de vue des intérêts les plus graves et les plus chers du monde civilisé. Au point de vue de la science pure, parce que la partie la plus palpitante, la plus pleine de sève, la plus intéressante de la science médicale se trouve dans l'étiologie, c. à d. dans la doctrine des conditions extérieures et intérieures, auxquelles l'organisme vivant est soumis, et parce que les médecins ayant exercé dans les colonies et dans les pays intertropicaux

---

Nederlandsche Maatschappij to bevordering der Geneeskunst (NMG, La Société Néerlandaise pour l'avancement de la médecine) en 1870, '76, '84, '92 et '99. Intéressé à l'histoire de la médecine, il est plutôt connu comme un pathologiste. Il est mort à Amsterdam le 29 septembre 1902.

<sup>23</sup>Congrès international de médecins des colonies (Amsterdam ; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883 : compte-rendu publié par M. Van Leent, secrétaire général, et MM. Guye, de Perrot et Zeeman*, Amsterdam, F. Van Rossen, 1884, vol. 1/, p. 61.

<sup>24</sup>*Ibid.*, p. 59-60.



sauront contribuer plus que d'autres à élargir le cadre de nos connaissances à ce sujet. Au point de vue des intérêts hygiéniques et pratiques, parce que le bien-être de notre vieille Europe est rattaché par les liens les plus intimes au bien-être des colonies et des pays d'outre-mer, et parce que chaque rayon de lumière, qui se fait autour des questions de médecine et d'hygiène coloniale, ne pourra que servir au bien-être de la mère patrie et de l'humanité<sup>25</sup> ».

L'idée que les maladies des pays chauds sont différentes de celles d'Europe prédomine. Le congrès aborde donc la question de la formation des médecins qui iront travailler dans les pays tropicaux. Sont bien sûr évoquées la propagation des maladies et les moyens pour la freiner.

Ce congrès amène quelques remarques sur la « médecine coloniale »<sup>26</sup>. D'abord, sa pratique est principalement le fait de médecins militaires. Elle sert exclusivement à soigner les soldats, les administrateurs coloniaux, les commerçants et les planteurs. Autrement dit, elle n'a que très peu de contacts avec les Indigènes. Ensuite, l'approche dominante est basée sur la mise en pratique des principes européens, avec des thèmes de prévention comme la recherche de l'endroit sain où habiter, l'amélioration de la qualité de l'eau potable, ainsi que l'élimination des risques importants et le contrôle de la propagation des maladies. Enfin, il n'existe pas d'institutions propres, indépendantes de la Métropole, pour la pratique de la médecine et, encore moins pour l'organisation de la santé publique, dans la colonie<sup>27</sup>.

### ***La médecine tropicale***

Bien que « médecine des colonies » soit le terme officiel pour la pratique de la médecine dans la colonie, l'expression « hygiène tropicale » est le plus souvent utilisée dans le discours. A l'évidence, cet usage n'a aucun rapport avec le concept de médecine à la fin du XIXe siècle ; cette dénomination fait davantage référence à la géographie qu'au concept lui-même.

La médecine tropicale en tant que « spécialité médicale » n'apparaît qu'à la fin du XIXe siècle. Une série de conférences, dont la première est organisée par Patrick Manson à l'hôpital de St George a lieu en octobre 1897, met en avant « *The Necessity*

---

<sup>25</sup>*Ibid.*, p. 45.

<sup>26</sup>Michael Worboys, « British colonial medicine and tropical imperialism: A comparative perspective » dans *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 153-167.

<sup>27</sup>*Ibid.*, p. 154.

*of Special Education in Tropical Medicine* ». Ce serait à cette date que le terme « *tropical medicine* » aurait été employé pour la première fois. Manson regrette qu'il n'y ait aucune formation en médecine tropicale dans les facultés de médecine en Europe et que les médecins débutants travaillant sous les tropiques doivent apprendre eux-mêmes ce qui concerne les maladies telles que le paludisme, le bériberi et la filariose<sup>28</sup>. Manson proclame: « *[Tropical medicine] strikes, and strikes effectively, at the root of the principal difficulty of most of [our tropical] Colonies – diseases. It will cheapen government and make it more efficient. It will encourage and cheapen commercial enterprise. It will conciliate and foster the native*<sup>29</sup> ».

La médecine tropicale est précédée par l'émergence de la théorie des germes. Cette théorie a bouleversé les croyances traditionnelles concernant les causes des maladies. Manson peut encore affirmer que « *I now firmly believe in the possibility of tropical colonisation by the white races. Heat and moisture are not in themselves the direct causes of any important tropical disease. The direct causes of 99% of these are germs... To kill them is simply a matter of knowledge and the application of this knowledge*<sup>30</sup> ».

Patrick Manson est donc considéré comme le fondateur de la médecine tropicale. Il crée cette spécialité pour au moins deux raisons : d'une part, les pays européens ont désormais constitué de véritables empires sous les tropiques, où le soin donné aux populations devient une affaire d'Etat ; de l'autre, Manson pense réellement que les maladies rencontrées dans les régions tropicales sont différentes de celles d'Europe. Cette nouvelle spécialité est officialisée par la publication de son livre *Tropical Disease* en 1898<sup>31</sup>.

Le terme de « médecine tropicale » semble cependant inapproprié, voire erroné, car c'est la seule spécialité médicale qui se définit par rapport à une aire géographique spécifique. Plusieurs maladies dénommées « tropicales » sont, ou étaient auparavant, présentes hors des zones tropicales, en Europe par exemple<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup>Michael Worboys, « The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Specialty » dans *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, The Hague; Chicago, Mouton ; Aldine, 1976, p. 85.

<sup>29</sup>Cité dans *Ibid.*, p. 85-86.

<sup>30</sup>Cité dans *Ibid.*, p. 85.

<sup>31</sup>David Arnold, « Introduction: Tropical Medicine before Manson » dans David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Amsterdam, Rodopi, 1996, p. 2-3.

<sup>32</sup>*Ibid.*, p. 3-4.

Van der Burg<sup>33</sup> explique ce qu'il entend par 'maladie tropicale' : « Il est d'abord nécessaire de comprendre ce qu'on appelle 'la maladie des pays chauds', pour être bref, on l'appelle 'la maladie tropicale'<sup>34</sup> ». Il utilise donc d'abord deux termes pour répondre à la question. La notion de climat, « le pays chaud », semble importante pour définir les maladies tropicales. Il explique ensuite que le mot « tropique » ne fait pas référence à la géographie, mais plutôt à la météorologie. Le monde tropical est par conséquent, chez Van der Burg, caractérisé par l'élévation de température et c'est cette chaleur ambiante qui provoque ces maladies particulières.

Van der Burg met en avant l'influence du climat sur l'environnement dans les régions tropicales. Selon lui, les fortes chaleurs suscitent l'apparition d'une flore et d'une faune particulières. Et c'est ce monde végétal et animal qui est considéré comme la cause des maladies dans les pays tropicaux. « Nous voyons alors qu'une partie de la faune et de la flore tropicales joue un rôle causal provoquant l'apparition d'une maladie qui peut naître dans toutes ces régions<sup>35</sup> ».

Concernant la faune, Van der Burg veut montrer que certaines maladies présentes sous les tropiques sont causées par des parasites hébergés par des animaux des pays chauds. C'est la raison pour laquelle là où ces porteurs se trouvent, le danger de la maladie continue à exister. «Étant donné que tout cela a lieu sous un climat chaud, c'est donc la forme de la maladie tropicale<sup>36</sup> ».

Van der Burg admet que l'influence de la chaleur sur l'apparition des maladies est directe ou indirecte : « comme cause principale de maladies, la chaleur est très importante, car celle-ci a une influence directe, mais aussi indirecte par l'intermédiaire de la faune et de la flore, parfois même par l'intermédiaire d'un organisme unicellulaire. Celui-ci peut être considéré comme un agent de transmission

---

<sup>33</sup>Cornelis Leendert van der Burg, né à Gorinchem le 25 février 1840 et mort à Utrecht le 10 décembre 1905, est un médecin spécialiste de la médecine tropicale. Il a obtenu son titre MD à Utrecht et était connu pour son ouvrage de trois volumes : *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië* (1882-1887).

<sup>34</sup>« *het is noodzakelijk eerst te omschrijven wat onder de ziekten van het heete klimaat moet verstaan worden. Korthedshalve nomen wij die tropische ziekten* », C. L. van der Burg, « Wat Zijn "Tropische" Ziekten?: Eene aetiologische studie », *Geneeskundige Bladen uit Kliniek en Laboratorium voor de praktijk*, 1904, n° 10, p. 284.

<sup>35</sup>« *Zoo zien wij een gedeelte der tropische fauna en flora optreden als ziekte-oorzaken en dus aandoeningen te voorschijn roepen, welke alleen in die streken kunnen ontstaan* », *Ibid.*, p. 295.

<sup>36</sup>« *Tevens komen de ziekten alleen voor op de plaatsen, waar de overbrengers kunnen leven. Als die tot het warme klimaat behooren, zijn de ziektevormen tropische* », *Ibid.*, p. 296.

spécifiquement tropical<sup>37</sup> ». C'est ainsi qu'il caractérise les maladies dans les pays tropicaux.

Toutefois, dans le cas du choléra, de la peste et de la lèpre, maladies non causées par le climat, Van der Burg se confronte à une difficulté. Le choléra apparaît, par exemple, autour du Gange et il est plutôt causé par la contamination de l'eau. Van der Burg se reporte donc sur des explications plus sociologiques et politiques. Il fait état des conditions socio-économiques parmi les pauvres, même s'il défend toujours son argument sur le climat. Il écrit : « Dans de nombreux ouvrages sur les maladies, nous sommes tombés sur le choléra, la peste et la lèpre. Nous savons alors que, par rapport à l'apparition de la première de ces maladies, le climat n'a pas beaucoup d'influence. La première chose à analyser, c'est la découverte de sa source dans le delta du Gange, et toutes les pratiques qui lui sont associées, pratiques qui sont actuellement très courantes dans les pays chauds, qui sont des pratiques sociales liées à une hygiène arriérée qui domine dans le pays. Ces facteurs d'ailleurs se combinent aussi avec le climat<sup>38</sup> ». Ce médecin invite donc tout d'abord à observer les conditions sociales et économiques des habitants, en précisant par la suite que le climat aggrave la propagation des épidémies.

Bien qu'il parle de maladies tropicales, Van der Burg ne mentionne pas la spécialité médicale à laquelle il se rattache qu'elle soit coloniale ou bien tropicale. Il cite plusieurs fois Manson, le fondateur de la médecine tropicale, mais il semble que la question de cette nouvelle spécialité n'attire pas beaucoup son attention. Ce qui est important pour lui c'est le diagnostic des maladies se propageant aux Indes-Néerlandaises et les mesures qui peuvent être apportées pour les freiner.

Concernant l'étiologie de la maladie, la découverte des microbes a déjà une très large audience. Lorsque Van der Burg parle des vecteurs de parasites, il utilise le travail de Manson comme référence. Le paradigme de climat reste pourtant chez lui essentiel.

---

<sup>37</sup>« *De warmte heeft dus, als ziekteoorzaak, somtijds een belangrijken, rechtstreekschen invloed, maar veel meer een indirekten door hare gevolgen in de ontwikkeling der fauna en der flora, meer bepaald van de lagere organismen. Onder die laatste verdienen er nog een paar vermelding als specifiek tropisch* », *Ibid.*, p. 298.

<sup>38</sup>« *In verreweg de meeste boeken over die ziekten treffen wij bovendienn aan cholera, pest en lepra. Toch weten wij, dat het klimaat met deze aandoeningen niet veel te maken heeft. De eerste wordt daarin besproken, omdat haar bakermat in de delta van den Ganges moet gezocht worden, en alle drie vinden er eene plaats uit het praktische oogpunt, dat zij tegenwoordig het meest voorkomen in heete landen, omdat daar nog achterlijke sociale en hygienische toestanden heerschen, die voor hare ontwikkeling voordeelig zijn. Die toestanden hangen trouwens in vele opzichten toch samen met het klimaat* », *Ibid.*, p. 299.

Il s'avère que la différence entre médecine coloniale et médecine tropicale ne provoque pas de grand débat parmi les médecins hollandais à la fin du XIXe siècle. Stokvis préfère toujours utiliser « médecine coloniale » au lieu de « médecine tropicale ». Pour lui « après tout, si l'on exclut quelques maladies dues aux parasites, qui sévissent seulement sous les tropiques, les maladies tropicales ne montrent aucune maladie 'sui generis', mais se trouvent également sous notre climat tempéré<sup>39</sup> ». Il ajoute également que « contre l'apparition des maladies sous les tropiques, les mesures qu'il faut employer sont les mêmes que les mesures employées contre l'apparition des maladies dans nos régions pendant l'été. Les maladies se trouvant sous les tropiques, regardées comme typiquement des maladies parasitaires ou toxiques, ressemblent aux maladies dans nos régions pendant la saison d'été<sup>40</sup> ». Pour cette raison, il pense que la création d'une spécialité à l'université est inutile<sup>41</sup>. Son idée est que la médecine coloniale doit suivre trois axes : 1. L'organisation du service de santé et l'enseignement médical ; 2. Les soins de santé publique ; 3. Le traitement des malades.<sup>42</sup>

Bien qu'un célèbre médecin comme Stokvis ignore l'existence de la médecine tropicale, au début du XXe siècle, le débat sur le besoin de formation à l'hygiène tropicale dans la colonie voit le jour. La création d'une école pour former des médecins est précédée par la création d'une société de médecine tropicale.

## II – INSTAURATION DE LA MEDECINE TROPICALE AUX INDES-NEERLANDAISES

À la fin du XIXe siècle, le terme « médecine tropicale » est apparu dans le vocabulaire du monde de la médecine. L'extension de la colonisation en est une des raisons. Le statut épistémologique et le niveau institutionnel de cette nouvelle spécialité

---

<sup>39</sup>« Immers, als wij de enkele ziekten uitzonderen, die aan bepaalde slechts in de keerklingen levende parasieten te wijten zijn, dan blijken de tropische ziekten geen ziekten 'sui generis', maar ziekten, wier wedergan, telkens en telkens in onze gemagtigde luchtstreken gevonden wordt », B. J. Stokvis, *Het Koloniaal-geneeskundig Museum te Amsterdam*, S.l., s.n., 1891, p. 247.

<sup>40</sup>« Tegen de in de tropen voorkomende ziekten dienen geheel dezelfde maatregelen genomen te worden als tegen in den zomer in onze gewesten zich openbarende ziekelijke afwijkingen. De ziekten der tropen zijn toch, afgezien van enkele door speciaal in de tropen voorkomende parasieten of vergiften verwekte, geheel gelijk aan de in den zomer veelvuldig in onze gewesten voorkomende ziekten », B. J. Stokvis, *De invloed van tropische gewesten op den mensch*, Haarlem, H. Zeehuisen, 1894, p. 81.

<sup>41</sup>A. de Knecht-van Eekelen, « Tropische geneeskunde in Nederland en koloniale geneeskunde in Nederlands-Indie », *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 1992, vol. 3, p. 408.

<sup>42</sup>*Ibid.*

médicale relance les discussions parmi les médecins provenant de pays colonisateurs. .

Au nombre de ces derniers, les Pays-Bas ne sont pas exclus du débat. Du fait même de l'étendue de la colonie qu'ils gouvernent, la responsabilité des médecins et l'attente d'initiatives de leur part se trouvent renforcées.

Dans une lettre adressée au rédacteur de *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTVG, La revue néerlandaise de la médecine), J. A. Voorthuis<sup>43</sup> exprime sa joie en apprenant la création d'un cours de formation à la médecine tropicale à Batavia. Il pose pourtant une question : « pourquoi ce type de formation ne se fait-il pas aux Pays-Bas ? » Il regrette que les Pays-Bas, qui sont un grand pays colonisateur, n'aient pas créé une institution médicale essentielle de ce type. Il reconnaît, qu'il y a une école de médecine, à Utrecht, préparant les officiers de santé qui s'orientent vers le travail dans la colonie. Mais il lui semble que cela ne soit pas suffisant, car l'enseignement qui y est dispensé est trop général et n'aborde pas tous les aspects de ce qu'on appelle la médecine tropicale. Pour lui, la formation en médecine tropicale doit être instaurée également aux Pays-Bas, notamment à Amsterdam<sup>44</sup>.

Une école pour la médecine tropicale a été déjà instaurée par décret à Batavia. Le programme a été élaboré par le *Geneeskundig Laboratorium* (le laboratoire de la médecine à Weltevreden, – nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant). Le cours dure trois mois, et les professeurs sont : Johannes de Haan (Directeur du *Geneeskundig Laboratorium*), Gerrit Grijns, (vice-directeur de *Geneeskundig Laboratorium*) et G. W. Kiewiet de Jonge (professeur de médecine tropicale). Les cours délivrés dans cette école incluent l'étude clinique de diverses maladies, comme le paludisme, la peste, le choléra, etc., mais il y a aussi un cours de bactériologie ainsi qu'un cours d'hygiène tropicale. Ce dernier aborde les questions de l'acclimatation, de l'eau potable, de l'habitation et de l'évacuation des matières fécales. Quant au cours de bactériologie, il est destiné à identifier les bactéries sous le microscope, en mettant en avant la recherche de la bactérie du choléra, de la lèpre et de la peste<sup>45</sup>. Dans le

---

<sup>43</sup>Né à Loenen en 1860, Johannes Abram Voorthuis est diplômé de MD à l'Université de Utrecht en 1884. D. de Moulin et M. J. van Lieburg, *'s-Rijkskweekschool voor militaire geneeskundigen te Utrecht (1822-1865) : verslag van een symposium gehouden te Nijmegen op 26 september 1987*, Amsterdam, Rodopi, 1988, p. 187.

<sup>44</sup>J. A. Voorthuis, « Ingezonden », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1900, p. 710.

<sup>45</sup>J. De Haan, « Programma van den Cursus in Tropische Ziekten », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1901, p. 337-339.

discours inaugural de ce cours, De Jonge explique qu' « on ne peut pas devenir un médecin spécialiste du monde tropical en trois mois ». Pour cela, une période d'étude longue est nécessaire. Le professeur souhaite, néanmoins, que cette première formation à la médecine tropicale très brève puisse servir à suivre un enseignement plus approfondi ultérieurement.

Un certain mécontentement s'est répandu parmi les médecins lors de la création de cette école. Un médecin, Hendrik Fredrik August Pyepers<sup>46</sup>, écrit par exemple en 1902, qu'en tant que grand pays colonisateur, il est indispensable pour les Pays-Bas de créer ce type de formation en métropole<sup>47</sup>. Ce propos est ensuite défendu par Van der Burg, célèbre médecin qui a travaillé des années aux Indes-Néerlandaises<sup>48</sup>. La résolution adoptée lors de la réunion de médecins hollandais, publiée dans *NTVG* en 1902, soutient également cette idée<sup>49</sup>.

Pour De Haan, le fondateur de la formation médicale à Batavia, ces propos constituent une attaque, à laquelle il doit répondre immédiatement. Il explique que le lieu idéal pour un cours de médecine tropicale se trouve sous les tropiques. Pour lui « avec la création d'une chaire en médecine tropicale dans l'une des universités des Pays-Bas, on pourrait n'atteindre rien d'autre que ce cancer qui ronge notre éducation médicale entière : les têtes de nos futurs médecins tropicaux seront uniquement remplies par des connaissances théoriques, tandis que pour tous, sans exception, l'indispensable sens pratique risque d'être encore davantage mis au second plan<sup>50</sup> ».

Le problème principal est alors de trouver quel enseignement donner. Cette question est liée à l'impossibilité de définir les matières qui intéressent la médecine

---

<sup>46</sup>Né à De Rijp, le 2 janvier 1853, il a fait ses études de médecine à Amsterdam, diplômé de MD le 3 mai 1895. Il est décédé à Amsterdam le 15 janvier 1904.

<sup>47</sup>H. F. A. Peypers, « Het Onderwijs In De Tropen-Geneeskunde: Dankbaar Maar Niet Voldaan », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1902, p. 32-35.

<sup>48</sup>C. L. van der Burg, « Leerstoel voor tropische geneeskunde », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1902, p. 1046-1047.

<sup>49</sup>Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, « Rapport omtrent den leerstoel voor tropische geneeskunde », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1902, p. 1143-1145.

<sup>50</sup>« Met het oprichten van een leerstoel in tropische ziekten aan een der universiteiten in Nederlands zou men niets anders bereiken, dan dat de kanker, die aan ons geheele medische onderwijs knaagt, nog groter omvang zou aannemen en dat nog meer dan thans reeds het geval is, de hoofden onzer aanstaande tropenartsen met theoretische kennis worden vol gestampt, terwijl de voor allen zonder onderscheid zoo broodnodige oefening in praktische richting nog meer op den achtergrond dreigt te geraken », J. De Haan, « Een leerstoel in tropische ziekten gewenscht ? », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1902, p. 1012.

tropicale. Si l'on se réfère à Cornelis Adrianus Pekelharing<sup>51</sup>, professeur de pathologie à l'Université d'Utrecht, les Pays-Bas sont différents des autres pays colonisateurs tels que la France, l'Angleterre ou l'Allemagne. « *Tropische geneeskunde leert men alleen in de tropen!*<sup>52</sup> », la médecine tropicale s'apprend sous les tropiques! Le lieu de formation en médecine tropicale est aussi un grand sujet de débat.

Van der Burg publie sa réponse à l'article de De Haan dans la même revue, *NTVG*. D'après lui, « M. De Haan s'est vraiment trompé lorsqu'il exprime sa conviction que je ne fais que commencer à appliquer 'le frappez fort'. Déjà en 1889, j'ai utilisé d'autres expressions similaires et déclaré que la mise en place d'une chaire est un devoir des Pays-Bas. Et je ne vais pas citer de nombreux écrits, dont j'ai honte pour les Pays-Bas, comme lorsque des collègues étrangers m'ont demandé dans quelle université la médecine indienne devait être représentée et la réponse a été : nulle part!<sup>53</sup> ». Van der Burg est en principe d'accord avec un enseignement de la médecine tropicale sous les tropiques. Pour cette raison, il a soutenu la création de l'école de Batavia. Mais cette création lui paraît insuffisante, quand il compare la situation avec celles d'autres pays colonisateurs qui possèdent déjà une formation à la médecine tropicale dans leur métropole. Il plaide en faveur de l'importance de la création d'un enseignement spécifique aux Pays-Bas pour, par exemple, transmettre les connaissances théoriques, insuffisamment enseignées à Batavia, où les connaissances pratiques sont privilégiées. En créant une nouvelle institution aux Pays-Bas, il veut aussi améliorer la formation : « l'éducation dans ses éléments essentiels (connaissance du climat, de la terre, des populations, de l'hygiène, des médecines indigènes, de la toxicologie, de la médecine d'état) peut être réalisée aussi bien aux Pays-Bas que dans les Indes orientales<sup>54</sup> », conclut-il.

---

<sup>51</sup>Né à Zaandam le 9 juillet 1848, il est diplômé de MD de l'Université de Leyde. Il est mort à Utrecht, le 18 septembre 1922. À propos de ce médecin, nous allons discuter plus loin, de quand il a été nommé pour réaliser une enquête sur la propagation du bérubéri aux Indes-Néerlandaises à la fin du XIXe siècle. Ce sera traité dans le chapitre suivant.

<sup>52</sup>*Ibid.*, p. 1013.

<sup>53</sup>« *Collega De Haan vergist zich werkelijk in de meening, dat ik nu eerst begonnen ben het frappez fort toe te passen. Reeds in 1889 heb ik ongeveer dezelfde uitdrukkingen gebruikt en de oprichting van zulk een leerstoel groote plicht van Nederland genoemd (Opleiding van geneeskundigen voor Ned. Indie, Leiden, Blankenberg & Co., blz 2). En ik zal niet de vele geschriften aanhalen, waarin ik mededeelde schaamte te hebben gevoeld voor Nederland, als mij door buitenlandsche collega's gevraagd werd aan welke universiteit de Indische geneeskunde was vertegenwoordigd en het antwoord moest luiden : nergens!* », C.L. van der Burg, « Leerstoel voor tropische geneeskunde », art cit, p. 1046.

<sup>54</sup>« *Het onderwijs in de hoofdzaken (kennis van klimaat, land en volk, de hygiene, de inlandsche genees- en verbandmiddelen, de vergiften, de staatsgeneeskunde) kan in Nederland even goed plaats vinden als in Indie* », *Ibid.*, p. 1047.



C'est à la demande du Directeur de l'école de Batavia que A. J. Salm, alors en congé en Europe, est invité à assister à une formation sur les maladies tropicales, organisée par l'Université de Bordeaux, en 1901 et en 1902, et destinée à des médecins français et étrangers. Salm raconte son expérience dans un article publié par *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, en 1903. Le cours, dit-il, se divise généralement en trois parties :

Clinique : une ou deux fois par semaine par la visite de patients atteints d'une maladie tropicale ;

Pratique : un travail en laboratoire de 14h au 17h heures chaque après-midi ;

Théorique : chaque après-midi de 17h à 18h<sup>55</sup>.

Pour Salm, le récit de son expérience, est destiné à donner plus de poids aux arguments de Van der Burg en faveur de la création de ce type de cours aux Pays-Bas. « Le cours était très intéressant et instructif. Il est vraiment très recommandé pour les Néerlandais qui partent dans un pays tropical en tant qu'officier de santé publique ou médecin privé, ou qui ont l'intention de voyager dans les Indes (Orientales), qu'il s'agisse aussi bien d'officiers de santé de la marine ou de médecins à bord des navires voguant vers les Indes(orientales), car un tel cours n'existe pas jusqu'à présent aux Pays-Bas<sup>56</sup> ».

La demande faite à Salm d'assister au cours de Bordeaux visait à comprendre comment celui-ci était organisé dans l'intérêt de l'école de Batavia. Ce but n'est pas vraiment atteint. En effet, après avoir participé à cette formation, Salm prétend qu'un cours de médecine tropicale serait plus bénéfique s'il était dispensé aux Pays-Bas. Tout d'abord, les étudiants n'y seraient pas préparés seulement à la situation dans les Indes orientales, mais aussi dans les Indes occidentales. Ensuite, la plupart des médecins, dès leur arrivée sous les tropiques, se mettent à travailler immédiatement, de sorte qu'ils n'ont pas beaucoup de temps pour suivre un cours. La préparation aux Pays-Bas, avant leur départ, sera donc beaucoup plus efficace. En outre, le climat

---

<sup>55</sup>A. J. Salm, « De cursus in tropische geneeskunde te Bordeaux », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1903, p. 1019.

<sup>56</sup>« De cursus was zeer interessant en leerrijk. Zeer aanbevelenswaardig is het voor Nederlanders, die naar de tropen gaan, hetzij als Officier van Gezondheid, hetzij als particulier geneesheer, of die van plan zijn reizen naar Indie te ondernemen, dus zoowel voor Officieren van Genzondheid der Marine als voor geneesheeren aan boord van op Indie varende schepen, dezen cursus te volgen, omdat een dergelijke cursus in Nederland tot dus ver niet bestaat », *Ibid.*, p. 1022.

européen est beaucoup plus confortable pour étudier. Cette institution aurait également pour fonction de rafraîchir les connaissances des médecins travaillant sous les tropiques à leur retour en Europe pour un congé. Enfin, il est convaincu, comme Van der Burg, que la théorie est mieux enseignée en Europe<sup>57</sup>.

Salm ajoute que l'argument principal en faveur de la mise en place de l'école dans les Indes orientales réside dans le fait que les patients touchés par des maladies tropicales dans les colonies sont plus nombreux qu'en métropole<sup>58</sup>. L'écart, selon Salm, n'est pas si important qu'on le pense souvent. Il se trouve, en effet, que des maladies sont considérées à tort comme maladies tropicales. Le choléra, par exemple, est une maladie endémique en Europe, et la lèpre, l'ankylostomiase, la malaria et la dysenterie ne sont pas des maladies réservées aux zones tropicales. Des laboratoires existent déjà en Europe pour analyser ces maladies et, pour le bérubéri, il existe même une clinique spécialisée aux Pays-Bas.

Salm souligne donc l'importance d'une préparation à l'exercice de la médecine aux Indes-Néerlandaises. Comme à leur arrivée sous les tropiques les médecins devront affronter des maladies tropicales, il serait préférable pour eux de connaître la nature et les caractéristiques générales de ces maladies avant leur départ de métropole. Il a en effet constaté que les nouveaux arrivants ne connaissaient rien à la nature de ces maladies, pas plus qu'à la langue utilisée par les habitants. Cela rend leur travail difficile ; au lieu de traiter ou de soigner les malades, ils doivent d'abord s'adapter. Pour cette raison, Salm dit encore qu' « un cours sur les maladies tropicales est plus efficace en Europe qu'aux Indes (orientales) et qu'il est nécessaire pour les Pays-Bas avec ses belles colonies d'instaurer ce cours dans la mère patrie, comme l'ont fait la France, l'Allemagne et l'Angleterre<sup>59</sup> ».

Face à ces derniers arguments, De Haan répond à Salm dans un article publié la même année. Concernant l'argument de Salm selon lequel les maladies tropicales se rencontrent également en Europe, De Haan fait observer que ce n'est pas exact. Les mêmes maladies peuvent se développer aussi bien en Europe que dans les pays tropicaux, mais leur intensité est fortement influencée par les conditions climatiques.

---

<sup>57</sup>A. J. Salm, « Moet de cursus voor tropische ziekten in Europa of in Indie gegeven worden », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1905, p. 97-98.

<sup>58</sup>*Ibid.*, p. 99.

<sup>59</sup>« een cursus in tropische ziekten beter in Europa dan in Indie kan gegeven worden en dat het dus voor Nederland met zijne mooie kolonien noodzakelijk is, een cursus in het moederland te openen, zoals Frankrijk, Duitschland en Engeland ook gedaan hebben », *Ibid.*, p. 101.

Selon lui, même M. Treille, bien que lui-même professeur de médecine tropicale à l'École de Médecine de Marseille, dit que « les maladies tropicales sont mieux étudiées sous les tropiques » (*tropische ziekten leert men alleen in de tropen*). « C'est dans les pays chauds, parmi les Indigènes, que le médecin colonial apprendra à connaître leurs maladies<sup>60</sup> ».

Pour accentuer son propos et remettre en cause la soi-disant supériorité des apprentissages en médecine tropicale organisés en Europe, De Haan se réfère au discours de Stokvis devant les sociétés de médecins hollandais, en 1902. Lors d'une réunion qui a eu lieu du 7 au 8 juillet, Stokvis a affirmé : « une bonne formation spécifique aux maladies tropicales n'est pas possible aux Pays-Bas en raison du manque de matériel d'observation<sup>61</sup> ». Bien que des matériaux soient disponibles en Europe, ils restent incomplets. Il cite ensuite un grand expert sur ce sujet : « mais pour les maladies générales exotiques, il y a véritablement une grosse lacune ».

La formation à Batavia selon De Haan n'est pas une réplique de l'enseignement qui se fait en Europe. Il assure aussi que le curriculum n'est pas dénué de cours théoriques. « Dans le cours qui se tient à Weltevreden, l'enseignement théorique n'est pas complètement effacé, on le retrouve dans des conférences quotidiennes sur la pathologie, l'épidémiologie, l'immunité, l'hygiène, la préparation du vaccin Jennérien, l'élevage et la sélection de viandes, etc.<sup>62</sup> ». De Haan conclut son article en disant : « plus un médecin se prépare bien à sa tâche, moins il affronte de dangers au début de sa carrière<sup>63</sup> », et cela n'est possible qu'en permettant aux médecins de se mettre directement au cœur des maladies tropicales. La formation de la médecine tropicale sur place est donc la meilleure solution.

Le débat sur la création d'une école de médecine tropicale entre les médecins hollandais de la Métropole reste en suspens à la fin du XIXe siècle. De retour de Berlin, après avoir assisté au Congrès international d'hygiène et de démographie,

---

<sup>60</sup>J. De Haan, « Moet de cursus in tropische ziekten in Europa of in indie gegeven worden », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1905, p. 107.

<sup>61</sup>« dat een goede speciale opleiding in tropische ziekten in Nederland niet mogelijk is, daar wegens het ontbreken van voldoende materiaal de tropische geneeskunde niet compleet kan gedoceerd worden », cité dans *Ibid.*, p. 107-108.

<sup>62</sup>« Dat aan den cursus te Weltevreden het belang van theoretisch onderwijs niet geheel wordt weggecijferd, blijkt voldoende uit de reeks van voordrachten, die dagelijks gehouden worden over pathologie, epidemiologie, immuniteit, hygiene, bereiding van vaccine, lyssa, vee- en vleeschkeur etc. », *Ibid.*, p. 111.

<sup>63</sup>« hoe beter voorbereid de arts zijn taak aanvaardt, hoe minder gevaar er van zijn optreden in den aanvang valt te duchten. Dit wordt het beste bereikt door alle in Indie tot de praktijk toe te laten geneesheeren te verplichten zich aldaar op de hoogte te stellen van de tropische ziekten », *Ibid.*, p. 112.

Willem Thomas de Vogel<sup>64</sup>, un médecin de ville de Semarang (à Java), s'adresse au docteur A. W. Nieuwenhuis<sup>65</sup>, qui est également connu comme ethnologue. Lors de cette rencontre, De Vogel fait part de l'intérêt que pourrait avoir une association de médecins travaillant sur les maladies tropicales. Le fait que d'autres pays colonisateurs tels que l'Allemagne, la France et l'Angleterre possèdent déjà des associations de médecine tropicale fait passer les Pays-Bas comme un peu arriérés. Certes, le Congrès de Berlin s'est engagé pour la création d'une association internationale pour la recherche sur la médecine tropicale, mais, pour de Vogel, l'existence d'une association à l'échelle nationale permettrait de faciliter le travail de collaboration entre différentes régions tropicales<sup>66</sup>. Convaincu par les arguments de De Vogel, Nieuwenhuis diffuse ensuite cette idée auprès de médecins travaillant sous les tropiques ou de médecins ayant de l'intérêt pour la médecine tropicale, et propose une réunion pour discuter d'un projet. En conséquence, au 8 décembre 1907, 37 médecins s'intéressant à la question se rassemblent à La Haye<sup>67</sup>.

Dans son discours d'ouverture, Allerd van der Scheer<sup>68</sup> signale que des associations nationales de médecine tropicale ont été déjà créées dans d'autres pays, ce qui amène à réfléchir à la création d'une association internationale. Il cherche à souligner ainsi le retard des Pays-Bas dans ce domaine. De Vogel, inspirateur de la réunion, formule, à son tour, qu'en tant que grand pays colonisateur, les Pays-Bas doivent apporter plus de contributions scientifiques à la médecine tropicale. La création d'une association permettrait de réaliser des progrès dans le traitement des médecines tropicales. Il explique en outre que l'existence d'une association nationale aux Pays-Bas faciliterait la communication et la coopération avec l'association

---

<sup>64</sup>Né à Tuban (Java-est), De Vogel est une figure importante de la santé publique aux Indes-Néerlandaises et est connu également comme un expert en médecine tropicale. Il obtient son diplôme de MD à l'Université de Leyde le 19 janvier 1893. Étant médecin, il a assisté également au cours de bactériologie à Berlin. Il est mort à Hilversum, le 10 mars 1955.

<sup>65</sup>Né à Pependrecht le 22 mai 1864, il a été diplômé de MD à Freiburg en 1890. Son expérience professionnelle à Sambas, Ouest-Bornéo, l'engage à devenir ethnologue. Il est mort à Leyde le 21 septembre 1953.

<sup>66</sup>A. Van Der Scheer, « De Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1909, p. 826-828.

<sup>67</sup>Leo van, Bergen, *Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg: een geschiedenis van honderd jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde*, Amsterdam; Wageningen, KIT Publishers ; Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG), 2007, p. 29.

<sup>68</sup>Né à Assen le 9 avril 1864, il était pathologiste en médecine tropicale. Il a fait ses études de médecine à Groningen en 1881, avant de partir pour les Indes-Néerlandaise en tant qu'officier de la santé. Il est mort à La Haye le 13 mai 1938.

internationale. C'est sur la nécessité de renforcer la médecine tropicale au niveau national, mais aussi international, que cette réunion décide finalement de la création d'une association. La date de la réunion est choisie comme date de fondation. Nous pouvons donc dire que la naissance de cette association est liée à la pression internationale. Son existence est aussi considérée comme un honneur national « *Zij was een uiting van nationaal eergevoel!*<sup>69</sup> » (C'est une expression de la fierté nationale), rapporte la réunion mensuelle de l'association. La *Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde* (la Société Néerlandaise pour la Médecine Tropicale, NVTG) n'est pas née seulement pour raison scientifique, mais aussi politique, elle est une expression du nationalisme hollandais.

La création de cette association relance le débat sur la nécessité d'un laboratoire et d'un enseignement de médecine tropicale aux Pays-Bas. Elle relance aussi les critiques. Alors que les Pays-Bas ont des colonies depuis plus de trois siècles, le pays n'a aucun centre de recherche en médecine tropicale. Par rapport à l'Allemagne, pays nouveau dans le monde colonial, les Pays-Bas sont donc en retard, puisqu'un institut a déjà été créé à Hambourg, Celui-ci envoie souvent ses scientifiques rassembler des matériaux, qui sont ensuite traités dans ses laboratoires. En somme, que « les dernières découvertes dans le domaine des médecines tropicales ne soient pas hollandaises<sup>70</sup> » déshonore les Pays-Bas.

Il est vrai que les Pays-Bas possèdent déjà un laboratoire et une école pour la médecine tropicale à Batavia. Manson, fondateur de la médecine tropicale, dit aux médecins hollandais : « *you have the school on the right spot* ». Les Hollandais ne sont cependant pas satisfaits, car ce qu'ils veulent est une institution aux Pays-Bas. Ils donnent toujours le même argument : pour bien préparer les médecins souhaitant partir sous les tropiques, il faut une école en métropole<sup>71</sup>.

Lors de la réunion du 8 mai 1910<sup>72</sup>, la question est à l'ordre du jour. Elle est ainsi posée : « *is de oprichting van een tropische instituut in Nederland noodzakelijk ?* », (la création d'un institut tropical aux Pays-Bas est-elle nécessaire?). La parole est

---

<sup>69</sup>Nederlandsche Vereeniging Voor Tropische Geneeskunde, « NVTG Vergadering 23-5-1909 », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1909, p. 435.

<sup>70</sup>« dat de laatste ontdekkingen op tropische-medisch gebied niet door nederlanders zijn gedaan », *Ibid.*

<sup>71</sup>*Ibid.*, p. 433.

<sup>72</sup>Nederlandsche Vereeniging Voor Tropische Geneeskunde, « NVTG Vergadering 8-5-1910 », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1910, p. 1931-1964.

d'abord donnée à M. G. W. Kiewit de Jonge<sup>73</sup>. Celui-ci entame son discours par une critique envers ceux qui sont en faveur d'une telle création, uniquement parce que les instituts de médecine tropicale sont à la mode en Europe et qu'on en parle sans cesse partout. « Ce n'est pas parce que d'autres pays colonisateurs possèdent de tels instituts dans leurs pays, que l'on doit faire la même chose », fait-il remarquer.

Son opposition à la création d'un institut n'est cependant pas sans raison. Kiewit de Jonge pose, par exemple, une question primordiale : « Qu'est-ce que la médecine tropicale ? ». Cette question, selon lui, touche le cœur du débat, car revient à se demander où se trouvent les matériaux pour l'étude de la médecine tropicale. Pour lui la réponse est claire : les maladies tropicales. Et ces maladies se retrouvent principalement dans les régions tropicales.

Kiewit de Jonge rappelle que la formation en médecine tropicale comporte deux types d'enseignement. D'une part, un enseignement théorique pour les médecins souhaitant partir et, d'autre part, un enseignement pratique, nécessaire lorsqu'on travaille sous les tropiques. Les deux types de connaissances à acquérir sont très différents, tout en se complétant. La première met en avant l'importance de la science fondamentale, alors que la seconde se focalise sur des savoirs pratiques.

Il s'arrête ensuite sur les trois lieux où existe une formation à la médecine tropicale en Europe : Bordeaux, Londres et Hambourg. D'après son expérience dans ces trois villes - où il a exercé en tant que médecin - il estime que la formation clinique dans chacune de ces institutions est insuffisante, d'où leur manque de qualité scientifique.

La formation à Batavia dispose d'un vaste échantillon de sujets pour la pratique clinique, ce qui est un avantage pour la formation en médecine tropicale. Kiewit de Jonge s'oppose fermement à la critique envers l'enseignement théorique souvent jugé comme lacunaire. Selon lui, l'enseignement théorique à Batavia n'est pas moins développé qu'en Europe. En conclusion, il pense que les conditions sont idéales sous les tropiques et que la formation en médecine tropicale y est bien meilleure que celles qui existent en Europe. Dans ce cas, quelle raison, demande-t-il, avons-nous donc toujours d'avoir besoin d'instaurer une formation identique en Europe ?

---

<sup>73</sup>Né à Groningen le 25 août 1862, Gerard Willem Kiewiet de Jonge est un spécialiste de médecine tropicale. Il a obtenu son diplôme à Groningen en 1886. Ce médecin est également à l'origine de la création de l'école de médecine tropicale à Batavia. Il est mort à la Haye le 24 mai 1941.

Aux yeux de Kiewit de Jonge, la création des écoles de médecine tropicale en Europe est liée à deux facteurs. D'abord, les pays colonisateurs tels que le Royaume-Uni, la France et l'Allemagne ont des possessions dans divers points du monde. La création de leur école en Métropole avait pour but de préparer les médecins qui vont travailler dans l'une ou l'autre de leurs colonies. Ce choix est très logique. D'autre part, les peuples de ces colonies, selon Kiewit de Jonge, sont moins civilisés que les peuples des Indes orientales, ce qui fait que l'organisation d'une école n'y est pas possible.

Au terme de sa communication, Kiewit de Jonge renforce ainsi sa position en faveur d'une école de médecine tropicale dans les Indes néerlandaises. D'une part, les territoires colonisés par les Pays-Bas ne sont pas aussi dispersés que ceux des autres colonisateurs européens, et donc le choix d'une institution métropolitaine est un choix rationnel. De l'autre, il présume que les peuples de la colonie néerlandaise sont plus civilisés, ce qui fait que l'organisation de l'école y est possible. L'école de médecine tropicale à Batavia est donc un choix correct.

L'exposé de Kiewit de Jonge est ensuite suivi par celui de H. J. Kessler. Ce dernier pose la même question sur la nécessité de créer un institut aux Pays-Bas. Il commence son exposé en contestant l'argument de Kiewit de Jonge, en ce qui concerne la disponibilité en matériaux d'étude. Pour lui ce n'est pas un problème déterminant pour décider de la création d'une formation en médecine tropicale.

Pour étayer sa thèse, Kessler utilise les statistiques. Il commence par évoquer le nombre de patients atteints de maladies tropicales à Hambourg. Bien qu'à son avis peu nombreux, ils représentent des sujets pour la pratique clinique. Invitant alors à imaginer le nombre de personnes touchées par une maladie tropicale aux Pays-Bas, il est convaincu que ce nombre est beaucoup plus élevé, du fait de la circulation des hommes entre la Métropole et les Indes-Néerlandaises, des marins, des soldats, des fonctionnaires, ainsi que des marchands.

Pour convaincre son public, Kessler se sert de données chiffrées. De 1903 à 1908, dit-il, environ 40 officiers militaires travaillant aux Indes-Néerlandaises sont rentrés en Europe pour raison de santé ; ils étaient atteints d'une maladie tropicale. De là, il conclut qu'en six ans, en moyenne, au moins 3 personnes par an sont touchées par la malaria et 2 personnes par le bérubéri. Du côté des fonctionnaires, 82

sont rentrés en Europe en deux ans, dont, chaque année, 10 personnes touchées par la malaria et une par le bériberi<sup>74</sup>.

Comment Kessler voit la médecine tropicale. Ses arguments repose sur l'idée qu'elle est une branche indépendante de la science. Elle suppose une préparation assez sérieuse pour ceux qui veulent se former, surtout en ce qui concerne la partie théorique. La création d'une école de médecine tropicale aux Pays-Bas est par conséquent indispensable, pour le progrès de la science, d'une part, mais aussi dans l'intérêt politique du gouvernement colonial, de l'autre. Kessler reconnaît toutefois que l'enseignement de la médecine tropicale à Batavia doit être maintenu.

Kiewit de Jonge et Kessler, qui sont les deux principaux intervenants, ont ainsi des opinions diamétralement opposées. Une polémique est donc lancée parmi les participants à la réunion. Voortsman, par exemple, défend l'idée d'une formation assurée aux Pays-Bas, avec l'argument déjà utilisé selon lequel les médecins débarquant aux Indes-Néerlandaises doivent être immédiatement prêts à assurer les nombreux travaux qui les attendent. A l'opposé, d'autres médecins s'alignent sur de Kiewit de Jonge, en soulignant les lacunes des formations en médecine tropicale lorsqu'elles sont assurées en Métropole.

Van der Scheer, qui préside la réunion, fait le constat selon lequel l'aspect le moins développé dans l'enseignement de la médecine tropicale est la théorie. Il observe également qu'il y a beaucoup de diplômés, mais que ceux-ci ont peu d'expériences pratiques. Il donne un exemple intéressant de la complémentarité entre connaissances théoriques et pratiques, tiré de son expérience personnelle. A propos de la propagation de la malaria, il avait formulé une hypothèse sur le rapport entre la maladie et le moustique. Il ne put ni approfondir sa recherche ni prouver cette relation, à cause de son manque de connaissances fondamentales. Depuis, il est convaincu de la nécessité d'un enseignement aux Pays-Bas qui donne plus d'importance à un enseignement théorique.

Bien que le débat soit très animé, la réunion ne présente aucun nouvel argument. Son but étant de prendre une décision, le président de la réunion a demandé un vote dont le résultat s'est révélé nul (onze pour et onze contre). La prise de décision est donc repoussée, jusqu'à l'organisation d'une nouvelle réunion.

---

<sup>74</sup>*Ibid.*, p. 1943-1944.



Six mois plus tard, la question est donc à nouveau posée par un vote pour ou contre la création d'une école aux Pays-Bas. Des 54 membres présents, 26 sont en faveur de l'école, alors que 20 sont toujours contre, et 8 s'abstiennent. En ce qui concerne la demande de conseils en cas de création, 49 votants sont pour et, 5 sont contre. La décision est donc finalement prise de créer une école de médecine tropicale aux Pays-Bas.

Le débat ne s'est évidemment pas déroulé uniquement dans la salle de réunion de NVTG ; il a aussi intéressé les médecins lecteurs de la revue. Dans un article publié cette même année, Hendrik Burger<sup>75</sup>, médecin et éditeur de la revue, critique la position de Kiewit de Jonge, car pour lui, la création d'une école aux Pays-Bas est indispensable<sup>76</sup>.

Burger écrit également qu'en tant que grand pays colonisateur, les Pays-Bas sont humiliés de devoir envoyer leurs médecins étudier à l'étranger, à Bordeaux ou Londres par exemple, faute d'institution de médecine tropicale sur place. Il s'agit donc, pour lui, d'une question de dignité de la nation. Le manque de sujets d'étude n'est pour lui plus un problème, du fait de l'augmentation des échanges entre les Pays-Bas et les Indes-Néerlandaises.

Ce qui est intéressant dans la critique de Burger, c'est qu'il souligne l'importance de la maîtrise à la fois de la pratique et de la théorie. Comme Scheer, dont on a parlé plus haut à propos du rapport entre le moustique et la malaria, Burger, dans son article, donne l'exemple du typhus. Il raconte qu'avant l'arrivée des médecins hollandais aux Indes orientales, cette maladie n'était généralement pas diagnostiquée, mais que depuis, sa cause a été élucidée. Cela, d'après Burger, a été rendu possible « non pas grâce à l'observation clinique, mais grâce à la recherche en laboratoire – pour les tropiques – cependant la formation ordinaire des médecins est trop courte<sup>77</sup> ».

Alors que la décision est prise de la fondation d'une école de médecine tropicale aux Pays-Bas, une nouvelle question apparaît : où bâtir cette école ?

---

<sup>75</sup> Né à Delft le 15 novembre 1864, il est diplômé de MD à Albert-Ludwigs-Universitat à Freiburg. Il est mort à Amsterdam le 3 décembre 1957.

<sup>76</sup>H. Burger, « Een Inrichting voor Tropische Geneeskunde in Nederland I », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1910, p. 1968.

<sup>77</sup>« Het komt aan op de beheersching der onderzoekingsmethoden. Niet in het klinisch, maar in het laboratorium-onderzoek schiet – voor de tropen – het gewone geneeskundig onderwijs te kort », H. Burger, « Een Inrichting voor Tropische Geneeskunde in Nederland II », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1910, p. 2060.

Amsterdam a une longue histoire par rapport à la question tropicale. Elle remonte à la deuxième moitié du XIXe siècle, et la création du musée colonial de Harlem, conçu non seulement comme un endroit permettant de rassembler les produits coloniaux, mais aussi comme un lieu de diffusion des connaissances sur le monde tropical. À l'initiative de l'ancien ministre des colonies, J. T. Cremer (1847-1923), l'invitation est faite à cette institution de ne pas se contenter seulement d'attirer le public, mais aussi et surtout d'encourager la science. Toutefois, avec cet accroissement des objectifs fixés au musée, Heteren pense plutôt que « le besoin s'est fait sentir d'une institution à part pour l'étude de l'hygiène tropicale<sup>78</sup> ».

R. H. Saltet<sup>79</sup>, ainsi que son assistant J. J. van Loghem<sup>80</sup>, donnent vie à cette idée. Nommé professeur d'hygiène en 1897, après avoir été directeur du service de santé municipal à Amsterdam pendant quelques années, Saltet relie toujours la santé publique et l'intervention des pouvoirs politiques. Bien qu'il n'ait travaillé que peu de temps aux Indes-Néerlandaises, il s'intéresse à l'hygiène sous les tropiques, un intérêt qu'il partage avec Van Loghem. Après avoir quitté son poste de directeur du laboratoire pathologique à Medan, aux Indes-Néerlandaises, en mars 1910, ce dernier a soumis à Saltet l'idée de créer un institut de médecine tropicale<sup>81</sup>, dont le but serait « *to promote study and teaching in Amsterdam concerning diseases and hygiene in the tropics by bringing into being an institute for tropical medicine with the support of the university of Amsterdam, as well as the Amsterdam business world*<sup>82</sup> ». Saltet voit réalisé son projet de création d'un institut d'hygiène tropicale à Amsterdam cette même année. En 1912, Van Loghem est nommé directeur de la section pour l'hygiène tropicale du Koloniaal Instituut<sup>83</sup>. L'objectif principal de cet institut est, d'une part, « *tuition and instruction for medical doctors, who intended to settle either in the East-*

---

<sup>78</sup>G. M. van Heteren, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization"? » dans *Dutch medicine in the Malay archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 42.

<sup>79</sup>Né à Amsterdam le 8 mars 1853, Rudolph Hendrik Saltet est un spécialiste de l'hygiène publique. Il commence ses études en s'inscrivant en philosophie à l'Université de Leyde en 1871. Il change de centre d'intérêt, en poursuivant des études en médecine, et obtient le titre de docteur en médecine à Amsterdam en 1879. Il est mort à Montreux le 4 mai 1927.

<sup>80</sup>Né à Amsterdam le 10 avril 1878, Johannes Jacob van Loghem est un bactériologue. Il obtient son titre de MD à Amsterdam en 1903. Il est mort dans cette même ville le 31 octobre 1968.

<sup>81</sup>*Ibid.*, p. 42-43.

<sup>82</sup>cité dans *Ibid.*, p. 43.

<sup>83</sup>N. H. Swellengrebel, *De afdeeling voor tropische hygiëne van het Koloniaal Instituut te Amsterdam*, Amsterdam, De Bussy, 1916, p. 5 ; G.M. van Heteren, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization"? », art cit, p. 45.

or the West Indies » et, de l'autre, il s'agit de « *Scientific research, especially in regard of the pathology and the hygiene in the overseas territories*<sup>84</sup> ».

Saltet n'était pas le seul à proposer un emplacement pour l'institut. A. W. Nieuwenhuis, professeur d'ethnologie, a contesté, en proposant qu'il soit créé à Leyde. Entre les deux hommes, s'est produit un jeu de pouvoirs portant sur la domination de la question tropicale. Ce différend soulevé, une commission est créée pour porter conseil au directeur de la *Koloniale Vereeniging* (l'association coloniale), comptant parmi ses membres Saltet, mais aussi Nieuwenhuis. Au cours du débat, Saltet défend son projet en insistant sur les recherches en bactériologie et en protozoologie de son institut. La critique de Nieuwenhuis est dirigée sur le rapport étroit entre Saltet et l'université qui, d'après lui, ne donne pas l'orientation la plus scientifique<sup>85</sup>.

Grâce aux efforts de deux professeurs de l'université de Leyde, D. A. de Jong<sup>86</sup> et P. Th. L. Kan<sup>87</sup>, est créé le *Leidsche Vereeniging ter bevordering van de studie der tropische geneeskunde* (Société de Leyde pour la promotion de l'étude de la médecine tropicale) le 18 juin 1914. En 1915, le premier cours est donné à des médecins souhaitant partir pour les tropiques. L'étude de la médecine tropicale n'est pas cependant le seul objectif de la Société. Sa mission comprend également l'étude des maladies à bord des navires, ainsi que dans les ports. À cet effet, un hôpital avec son laboratoire a été construit dans le port de Rotterdam. La société change en conséquence son nom en 1920, pour *Instituut for Tropical Medicine Leyden-Rotterdam*<sup>88</sup>.

Cela n'empêche pas la querelle de se prolonger. La formation à Leyde est toujours moins suivie. Dans une lettre adressée au ministère des Colonies, Van Loghem raconte que les enseignants de Leyde sont des médecins qui n'ont jamais été

---

<sup>84</sup>E. P. Snijders, « Het Instituut voor Tropische Hygiene (The Institute for tropical Hygiene) » dans *Report of the scientific work done in the Netherlands on behalf of the Dutch overseas territories during the period between approximately 1918 and 1943*, Amsterdam, Pays-Bas, North-Holland Pub. Co. (Noord-Hoollandsche Uitg. Mij.), 1948, p. 295.

<sup>85</sup>G. M. van Heteren, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization" ? », art cit, p. 45.

<sup>86</sup>Dirk Aart de Jong, né à Broek le 29 avril 1865 et mort à Leyde le 30 mai 1925, est un vétérinaire. Il travaille d'abord à Utrecht, avant qu'on lui attribue le titre de professeur de pathologie comparative à Leyde en 1921.

<sup>87</sup>Pieter Thomas Leonard Kan, né à Utrecht le 19 janvier 1872 et mort à Wassenaar le 10 mai 1940, est un oto-rhino-laryngologiste. Il a obtenu le titre de MD à Amsterdam le 29 mai 1899.

<sup>88</sup>P. H. van Thiel, « Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde Rotterdam-Leiden (The society "Institute for Tropical Medicine Rotterdam-Leyden") » dans *Report of the scientific work done in the Netherlands on behalf of the Dutch overseas territories during the period between approximately 1918 and 1943*, Amsterdam, Pays-Bas, North-Holland Pub. Co. (Noord-Hoollandsche Uitg. Mij.), 1948, p. 343.

sous les tropiques et qu'ils n'ont pas non plus d'expérience sur la question de l'hygiène. Le cours n'a lieu que l'après-midi et la pratique en laboratoire seulement une fois par semaine. A Amsterdam, par contre, les enseignants sont obligés de respecter certains standards. Le cours a lieu tous les jours. Van Loghem raconte également qu'il a été approché par l'école de Leyde pour diriger le programme de médecine tropicale, mais qu'il préfère suivre le programme à Amsterdam, car il connaît bien la situation à Leyde qui ne prête pas autant d'attention à la question de l'hygiène qu'à Amsterdam<sup>89</sup>.

Le différend entre l'école d'Amsterdam et celle de Leyde se poursuit jusque dans la réunion de NVTG du 30 juin 1917. Kan, le représentant de l'école de Leyde, aborde la question, en accusant le Ministère d'avoir fermé les yeux sur le fait qu'à Leyde se trouvait déjà un programme de médecine tropicale au moment où l'école d'Amsterdam n'était qu'un simple projet. En outre, les relations entre Leyde et Rotterdam favorisent une bonne disponibilité en matériaux d'étude pour les enseignements. Par ailleurs, Kan souligne que l'hygiène et la bactériologie sont des sujets auxquels l'école prête beaucoup d'attention<sup>90</sup>.

La création des chaires de médecine tropicale à Amsterdam et à Leyde dans la seconde décennie du XXe siècle marque l'institutionnalisation de la médecine tropicale comme une branche de la science médicale. Cette institutionnalisation est rendue possible par l'existence d'établissements qui la soutiennent. Les médecins européens sont désormais amenés à analyser la question de la santé sous les tropiques dans le cadre de la médecine tropicale ou de l'hygiène tropicale. Comment ce paradigme est employé dans la pratique, pour éradiquer les maladies tropicales aux Indes-Néerlandaises ?

---

<sup>89</sup>G.M. van Heteren, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization"? », art cit, p. 48-49.

<sup>90</sup>Nederlandsche Vereeniging Voor Tropische Geneeskunde, « NVTG Vergadering 30-6-1917 (vervolg) », *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1917, p. 2221-2232 ; P.Th.L. Kan, *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland in verband met de opvatting van den Minister van Koloniën daaromtrent: voordracht gehouden in de vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde op 30 juni 1917 te 's-Gravenhage*, Leiden, IJdo, 1917 ; G.M. van Heteren, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization"? », art cit, p. 49-50.

## **Chapitre 5**

### **LE COMBAT CONTRE LES MALADIES TROPICALES**

Jusqu'alors, le gouvernement colonial des Indes-Néerlandaises n'a guère porté d'intérêt aux maladies tropicales. Les interventions du gouvernement en matière de santé ont été liées à l'apparition de menaces contre le pouvoir colonial. Ce qui signifie qu'au XIXe siècle la maladie n'a été un sujet de préoccupation qu'en cas d'atteinte des intérêts du pouvoir, comme le montrent les débats sur la dysenterie et la propagation des maladies vénériennes chez les militaires.

Fin XIXe siècle, se produit un nouvel événement : une maladie qui, sans doute, était endémique de longue date dans l'archipel est perçue comme une réelle menace. Le gouvernement est très inquiet de sa propagation, car elle a été responsable de l'échec de l'expédition militaire au nord de Sumatra, à Aceh. Il s'agit du bérubéri, qui devient une des maladies les plus étudiées de la fin du XIXe jusqu'au début du XXe siècle.

Les débats suscités par le bérubéri sont très particuliers. Il s'agit, d'une part, d'un débat sur le statut épistémologique de la maladie : débat entre ceux qui regardent la maladie comme provoquée par l'insalubrité des lieux et ceux qui regardent la maladie comme causée par un micro-organisme. Aucune de ces deux théories en présence ne peut être confortée et les recherches aboutissent finalement à attribuer au bérubéri une cause différente de celles jusqu'ici évoquées. D'autre part, l'intervention du gouvernement colonial pour mettre fin à la propagation de la maladie a une conséquence inattendue : elle permet de poursuivre et d'améliorer les recherches sur les maladies tropicales aux Indes-Néerlandaises. Nous devons donc

parler du combat contre les maladies tropicales en évoquant tout d'abord l'histoire du bériberi.

## I – LA QUESTION DU BERIBERI ET LA GUERRE DE ACEH

La guerre d'Aceh est la guerre la plus longue de l'histoire de la colonisation hollandaise des Indes orientales. Situé au nord de l'île de Sumatra, Aceh est la dernière région soumise au pouvoir hollandais. La guerre commence en 1873 et se termine en 1904. Pour les colonisateurs, cette dernière date est celle de la défaite d'Aceh, mais en réalité des escarmouches se poursuivent jusque dans la deuxième décennie du XXe siècle<sup>91</sup>.

Bien que l'attention portée au bériberi par le pouvoir colonial à la fin du XIXe siècle soit liée à la guerre d'Aceh, l'histoire de la maladie aux Indes-Néerlandaises remonte aux siècles précédents. La maladie était endémique dans l'archipel depuis très longtemps. Bontius la décrit pour la première fois au XVIIe siècle. Dans son ouvrage, il écrit « *a certain truly troublesome disorder which affects the people here and that the natives call beriberi, which is like the sound made by sheep* ». Il dit également que la marche des malades ressemble à celle d'un mouton « *because the knees first give way, and the patient raises his legs... It is a kind of paralysis, or rather tremor, indeed it impairs the movement and sensation of the hands, the feet, sometimes the whole body*<sup>92</sup> ». Sa description très précise des symptômes vient du fait qu'il a été lui-même atteint par le bériberi pendant presque cinq mois<sup>93</sup>. Un naturaliste connu, George Everhard Rumph, ou Rumphius, qui a travaillé pour la VOC, a également identifié cette maladie. Il a en outre suggéré que le *katjac idjoe* (soja vert), était est une médication prophylactique efficace contre la maladie, une hypothèse vérifiée par Gerrit Grijns plus de deux siècles plus tard. Le Gouverneur général de la VOC, Peter Both, rapporte que « *an epidemic plague prevailed, called Beriberi which make the people wholly impotent in hand and legs*<sup>94</sup> ». Ces trois témoignages datent du XVIIe siècle, mais il est probable que la maladie était présente depuis plus longtemps.

---

<sup>91</sup>Voir Ibrahim Alfian, *Perang di Jalan Allah: Perang Aceh 1873-1912*, Jakarta, Sinar Harapan, 1987, 282 p Surtout les pages 61-104 et 189-229.

<sup>92</sup>Cité dans G. W. Bruyn et Charles M. Poser, *The History of Tropical Neurology: Nutritional Disorders*, s.l., Science History Publications/USA, 2003, p. 2-3.

<sup>93</sup>*Ibid.*, p. 3.

<sup>94</sup>Cité dans *Ibid.*, p. 5.

Au XIXe siècle, la maladie est mentionnée beaucoup plus souvent. Et c'est surtout dans la deuxième moitié de ce siècle que les connaissances sur le béri-béri s'accroissent. Dans le cas des Indes-Néerlandaises, le béri-béri n'attire l'attention de l'autorité politique coloniale qu'après la défaite de la guerre d'Aceh, attribuée à la propagation de cette maladie.

Van Leent<sup>95</sup>, un médecin de la marine, a observé la propagation de la maladie parmi les soldats envoyés à Aceh de 1870 à 1878. Pendant les trois premières années, des cas de béri-béri ont été observés à la station navale de Muntok (dans l'île de Banka), puis sur celle des côtes de Bornéo<sup>96</sup>. Au cours de ces premières années, le nombre de malades parmi les soldats européens se chiffre à moins de un pour cent avec trois morts, alors que pour les Indigènes le nombre de malades s'accroît sans cesse, se chiffrant à plus de 20%, avec un nombre moyen de décès par an s'élevant à 70 personnes<sup>97</sup>.

En 1873, la poursuite de la guerre d'Aceh entraîne l'accroissement du nombre de soldats touchés par le béri-béri. Parmi les 762 soldats indigènes, 460 sont atteints, parmi lesquels 18 personnes décèdent, alors que le nombre de malades parmi les soldats européens ne dépasse pas un pour cent. C'est un coup dur pour l'autorité coloniale. Les soldats indigènes sont sous la menace du béri-béri, tandis que le pouvoir colonial reste impuissant. Celui-ci décide alors de remplacer les soldats indigènes par des soldats européens. Cela a une autre conséquence : faute d'effectifs suffisants, deux soldats indigènes sont remplacés par un soldat européen, et la guerre s'arrête faute de combattants<sup>98</sup> !

Néanmoins, l'autorité coloniale à Batavia entreprend une réorganisation qui ne mette pas les soldats européens en danger. Les soldats indigènes provenant de Java sont donc rappelés pour occuper les forteresses des côtes d'Aceh. Dès lors, leur régime alimentaire est le même que celui des Européens, ce qui produit un résultat inattendu : une diminution significative du nombre de soldats atteints par le béri-béri. Selon le rapport de 1874, parmi 722 soldats indigènes, 51 sont touchés par le béri-béri

---

<sup>95</sup>Frederik Johannes van Leent, né à Gouda le 15 janvier 1830 et mort à la Haye le 4 décembre 1895, a obtenu le titre de MD à Leyde en 1868.

<sup>96</sup>F. J. Van Leent, « Communication sur le béri-béri », *Congrès Périodique International des Sciences Médicales*, 1880, n° 6, p. 184.

<sup>97</sup>*Ibid.*, p. 185.

<sup>98</sup>*Ibid.*, p. 186.

et seulement deux décèdent. Le résultat est encourageant, sans supprimer pour autant la crainte de la maladie<sup>99</sup>.

Comme le montrent les données des années 1875, 1876 et 1877, le nombre de cas de bérubéri s'accroît de nouveau. Van Leent, qui pense que la maladie est directement liée au régime alimentaire, admet que la nourriture n'est toutefois pas la seule cause. Cependant, pour éviter la propagation du bérubéri, il insiste pour que les soldats indigènes reçoivent la même nourriture que les Européens<sup>100</sup>.

La question du bérubéri alimente abondamment une revue comme *GTNI*. Il est vrai que les événements d'Aceh stimulent le débat, mais cette revue ne se focalise pas seulement sur ce qui se passe dans cette région, elle couvre toutes les régions des Indes-Néerlandaises. L'origine et la cause de la maladie ainsi que ses symptômes se trouvent au centre du débat. De la réponse apportée, on attend à la fois un moyen plus efficace pour soigner la maladie et pour décider de mesures prophylactiques. C'est ce que fait Van Leent lorsqu'il pose comme hypothèse que cette maladie provient d'une insuffisance de nourriture.

Mais, il existe aussi des hypothèses très différentes comme celle d'Erni, qui publie un article dans *GTNI* en 1884. Cet article est destiné à donner une image générale de la maladie à Sumatra, comme le montre le titre « *Eene beri-beri epidemie op Sumatra* » (L'épidémie de bérubéri à Sumatra). Selon l'opinion générale qu'il partage, « *dat beri-beri eene miasmatische infectie ziekte is* », le bérubéri est une maladie miasmatique. Cette thèse vient du fait que le bérubéri a beaucoup de similarités avec la malaria<sup>101</sup>.

L'idée d'un rapport de causalité entre miasmes et bérubéri n'est pas tout à fait nouvelle. Nous nous rappelons que le célèbre médecin de Batavia, C. Swaving, avait publié, en 1870, une analyse historique et critique du bérubéri, où il soutenait que la maladie était causée par des miasmes<sup>102</sup>. Il était notamment convaincu que le bérubéri était provoqué par la présence d'air putride dans une salle. Le meilleur moyen de

---

<sup>99</sup>*Ibid.*

<sup>100</sup>*Ibid.*, p. 188.

<sup>101</sup>H. Erni, « *Eene beri-beri epidemie op Sumatra* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1884, p. 95.

<sup>102</sup>C. Swaving, « *Een historisch-kritisch onderzoek betreffende beriberi (paraglegia memphitica)* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1871, p. 49-192.



prévenir sa propagation était en conséquence de nettoyer la salle et de mettre en place de bonnes règles d'hygiène<sup>103</sup>.

D'après Erni, le bérubéri est une maladie endémique à Sumatra, surtout dans les régions littorales. À l'intérieur de l'île, le nombre de cas est moins important ; elle se propage donc principalement dans les régions côtières.

La plupart des personnes atteintes par la maladie sont de jeunes soldats et des prisonniers. La mesure principalement prise pour soigner la maladie est de déplacer les malades vers des régions montagneuses bénéficiant d'une température plus basse. Erni souligne également le fait que les soldats indigènes à bord des navires sont fréquemment touchés par la maladie. Les Européens et les femmes le sont moins, et aucun cas ne se rencontre chez les nourissons. Les Indigènes libres, comme les Malais habitant la campagne, sont éloignés de la menace du bérubéri. À Aceh, d'après lui, le bérubéri est une maladie inconnue des natifs de la région.

À partir de la distribution géographique et sociale de la maladie, Erni commence toutefois à douter de la similitude entre malaria et le bérubéri. D'après lui, la malaria attaque autant les régions littorales que celles de l'intérieur, alors que le bérubéri ne se rencontre que dans les régions côtières ; la malaria affecte tous les groupes sociaux, sans distinction de classes et de races, alors que le bérubéri n'affecte qu'une race et qu'un groupe social particuliers : les Indigènes et les pauvres.

Erni pense que si le bérubéri est une maladie miasmatique, il s'agit de « miasmes qui ne sont pas d'origine locale, mais qui ont été importés » (*miasma niet in het land zelf ontstaan, maar ingevoerd is*). Ses données montrent, en effet, que la propagation du bérubéri se fait toujours des régions du littoral vers l'intérieur<sup>104</sup>.

Pour mettre à l'épreuve la théorie miasmatique, Erni réalise une étude clinique sur trois malades atteints par le bérubéri. Son étude montre en effet un résultat qui dément sa première hypothèse. Sur les trois patients, il trouve un *ankylostomium modenale*, un parasite dès lors considéré comme la cause du bérubéri.

Ce qui se passe à Long-Lemoeh (Aceh) vient ensuite renforcer cette dernière thèse. Le 24 mars, ce lieu est utilisé pour héberger provisoirement des soldats. Il n'y a aucun village aux alentours; le plus proche étant environ à 100 pieds. Cela oblige les soldats à partager la même source d'eau, le même puits. Avant l'arrivée de ce groupe

---

<sup>103</sup>*Ibid.* ; A. H. Israel, « Boekaankondiging: Een historisch-critisch onderzoek betreffende de Berri-berri (paraplegia mephitica) de C. Swaving », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1871, p. 101.

<sup>104</sup>H. Erni, « Eene beri-beri epidemie op Sumatra », art cit, p. 97.

de soldats, personne n'a été touché par le béri-béri, mais la maladie se propage après leur installation. Pour Erni, cela signifie que le groupe de soldats a apporté un parasite à l'origine du béri-béri. Il écrit : « le béri-béri arrive ici en même temps que la troupe de soldats hollandais, on peut donc conclure que son origine n'est pas miasmatique, ni causé par les conditions locales, mais par un ver intestinal qui trouve là une condition favorable à son développement, de sorte que l'épidémie a été causée par celui-ci<sup>105</sup> ».

La théorie d'Erni s'avère convaincante pour expliquer l'apparition du béri-béri, parce qu'il relie l'étude clinique à la statistique. Mais Scheffer critique l'argumentation d'Erni dans un article publié dans le *GTNI* de la même année. « Intéressé, mais pas satisfait, est l'impression que nous conservons après avoir lu et relu la communication du Dr Erni<sup>106</sup> », écrit-il. L'argument clinique principal d'Erni, d'après Scheffer<sup>107</sup>, repose sur l'anémie, qui affaiblit le malade, causant ainsi souvent sa mort. Cet argument n'est pas tout à fait nouveau, quelques savants l'ont déjà proposé, mais il n'attire pas beaucoup l'attention<sup>108</sup>. Aux yeux de Scheffer « la plupart des personnes atteintes de béri-béri assimilent mal la nourriture, comme c'est le cas avec le paludisme. Dans une mesure plus ou moins grande, elles sont anémiées, je l'admets volontiers, mais je nie absolument que l'anémie pernicieuse est une *condition sine qua non* dans le cas du béri-béri<sup>109</sup> ». D'ailleurs, bien que l'anémie se retrouve toujours chez le patient atteint de béri-béri, ce n'est pas le seul symptôme de la maladie, elle précipite plutôt son évolution. Cette controverse sur l'anémie se retrouve dans quelques autres articles du *GTNI*<sup>110</sup>.

---

<sup>105</sup>« kwam dus beri-beri met de Hollandsche troepen hier naar toe, dan kan het, naar zijn wezen te oordeelen, geen miasma zijn, dat door locale oorzaken ontstaat, maar wel eene ingewandsworm die hier bijzonder gunstige voorwaarden tot ontwikkeling vond, zoodat zelfs eene epidemie het gevolg daarvan was », *Ibid.*, p. 105.

<sup>106</sup>J. C. T. Scheffer, « Eenige opmerkingen naar aanleiding van het opstel "Beri-beri, perniciose anaemie und eingeweide wurmer" van H. Erni », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1884, p. 86.

<sup>107</sup>Jan Christian Theodoor Scheffer, né à Amsterdam le 24 décembre 1855 et mort à Oegstgeest le 21 octobre 1905, est un officier de santé militaire des Indes-Néerlandaise. Il a fait ses études de médecine à Amsterdam en 1873.

<sup>108</sup>*Ibid.*, p. 91.

<sup>109</sup>« dat vele, zeer vele, ja, de meeste Beri-Berei lijdens, door slechte assimilatie van voedsel, dikwijls door malaria invloeden, in meerdere of mindere mate anaemisch zijn, geef ik gaarne toe : maar ik ontken ten sterkste dat die anaemie steeds pernicioes en als zoodanig eene conditio sine qua non voor Beri-Beri is », *Ibid.*, p. 92.

<sup>110</sup>H. Erni, « Nog eens beri-beri », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1885, p. 177-192 ; J. C. T. Scheffer, « Antwoord aan den Hr. Erni », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1885, p. 217-222.

En attendant, le bérubéri reste une menace à Aceh. Les victimes sont des soldats indigènes combattant pour les Hollandais. La perte de forces pour l'armée hollandaise qu'entraîne la maladie devient suffisamment inquiétante pour que la Métropole intervienne.

Un comité scientifique spécial est donc créé en vue de mener une enquête sur la maladie. Ce comité est dirigé par Cornelis Pekelharing, professeur de pathologie à l'Université d'Utrecht, assisté de C. Winkler<sup>111</sup>. Avant de rejoindre les Indes-Néerlandaises, Pekelharing se rend à Berlin afin d'étudier la bactériologie. À cette date, suite à la publication des travaux de Koch, la bactériologie a gagné une assez large audience. C'est pendant son séjour à Berlin que Pekelharing rencontre Eijkman, un jeune médecin en stage au laboratoire de Koch, qui l'impressionne par le travail qu'il y mène, Pekelharing lui demande de l'assister dans la recherche dont il est chargé aux Indes-Néerlandaises<sup>112</sup>.

Le travail du comité aux Indes-Néerlandaises dure six mois, de la fin du mois de novembre 1886 au début du mois d'août 1887. Les premiers temps, il s'effectue à Batavia, dans le laboratoire rattaché à l'hôpital militaire de Weltevreden. Puis, du 19 février à début mai, une enquête de terrain est menée à Aceh, complétée par des études dans un petit laboratoire de l'hôpital de Panteh Perak. Au mois de mai, les scientifiques retournent à Batavia afin de poursuivre des recherches plus poussées en laboratoire jusqu'à la fin de leur séjour aux Indes-Néerlandaises<sup>113</sup>.

La formation d'un comité et la création d'un laboratoire sont devenues des méthodes très courantes pour l'étude des maladies. Rappelons-nous comment Pasteur a construit son laboratoire pour soutenir sa recherche<sup>114</sup>. La formation du comité et la création d'un laboratoire sont ainsi la réponse donnée à la question du bérubéri aux Indes-Néerlandaises, et plus particulièrement à sa propagation à Aceh<sup>115</sup>.

---

<sup>111</sup>Cornelis Winkler, né à Vianen le 25 février 1855 et mort à Hoog Soeren le 8 mai 1941, a obtenu le titre de MD à Utrecht en octobre 1879.

<sup>112</sup>Kenneth John Carpenter, *Beriberi, white rice, and vitamin B: a disease, a cause, and a cure*, Berkeley, University of California Press, 2000, p. 32-33.

<sup>113</sup>C. A. Pekelharing et C. Winkler, *Beri-Beri: Researches concerning its nature and cause and the means of its arrest*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1893, p. v.

<sup>114</sup> Bruno Latour, « Give Me a Laboratory and I will Raise the World » dans Karin D. Knorr-Cetina et Michael Mulkay (eds.), *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*, London, Sage Publications, 1982, p. 141-170

<sup>115</sup>Yersin au Vietnam a fait la même chose. Voir Robert Peckham, « Matshed Laboratory: Colonies, Cultures, and Bacteriology » dans Robert Peckham et David M. Pomfret (eds.), *Imperial Contagions: Medicine, Hygiene, and Cultures of Planning in Asia*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2013, p. 123-147

À partir de ses enquêtes, le comité constate qu'un groupe de personnes résidant ensemble dans un bâtiment ou à bord d'un navire, est facilement exposé au bérubéri. Ce fait conduit à supposer que la proximité joue un rôle dans la propagation de la maladie. « *This influence may due to some inanimate material, a poison, which enters the lungs with the air, or the organs of digestion with the food or drink. On the other hand, it could also be due to a living organism which, developing itself outside the body, might enter and live as a parasite*<sup>116</sup> ». Ainsi, Pekelharing émet deux hypothèses sur la cause du bérubéri : poison ou infection.

Ces deux hypothèses méritent d'être analysées, car, d'après lui, toute autre possibilité est exclue. Certes, le bérubéri est souvent lié à une déficience du régime alimentaire, à la dépression ou bien à la mélancolie. Mais, aux yeux de Pekelharing, ces faits sont secondaires car, dans le cas du bérubéri, « *the destruction on a large scale of the peripheral nervous system, such as one finds in beri-beri, must be attributed to a destruction of the nervous centers, or to a generative charge immediately attacking the nerve fibers themselves. Such condition can be brought about neither by hunger nor by sorrow*<sup>117</sup> ». Cette opinion conduira à des objections faites à sa recherche par d'autres études tentant d'expliquer différemment l'apparition du bérubéri.

Pekelharing et son équipe se rendent compte cependant qu'ils doivent décider lequel parmi les deux facteurs retenus se trouve être réellement la cause principale de la maladie. En entamant la recherche à partir de l'hypothèse d'un poison, la question qui se pose est « quel type de poison et où peut-on le trouver ? ». Les premières enquêtes ont montré que la maladie se propage parmi des Indigènes dont les nourritures principales sont le riz et le poisson, ce qui permet de supposer que ces deux aliments renferment le poison. Cette idée n'est malheureusement pas soutenue par des données concrètes. En outre la même difficulté est présente si on suppose que le poison se trouve dans l'air ; la preuve que le poison se trouve dans l'air est aussi difficile à atteindre que celle qui voudrait que le poison se trouve dans la nourriture<sup>118</sup>.

Abandonnant la présence d'un poison comme cause du bérubéri, Pekelharing tente de démontrer la présence d'un organisme vivant (« *living organism* »). Pour lui

---

<sup>116</sup>C. A. Pekelharing et C. Winkler, *Beri-Beri: Researches concerning its nature and cause and the means of its arrest*, op. cit., p. 103.

<sup>117</sup>*Ibid.*

<sup>118</sup>*Ibid.*, p. 104.

cette hypothèse est beaucoup plus plausible. Sa question est la suivante : cet *organisme vivant* est-il présent uniquement dans le corps des malades atteint par le béri-béri, et donc absent dans un corps en bonne santé ? Cet organisme peut-il être cultivé en dehors du corps humain. Ce double questionnement montre à quel point sa recherche est influencée par le paradigme bactériologique dominant à l'époque. Il éclaire son processus de recherche.

Des analyses sont faites à partir de cadavres de personnes décédées suite au béri-béri. Les organes conservés dans l'alcool sont examinés<sup>119</sup>. La procédure suivie est très stricte, mais malgré cela, le résultat est toujours insatisfaisant. D'après lui « *bacteriological examination of dead bodies presents, especially in the tropics, such great difficulties, that after experimenting for some time we found we were obliged to discontinue it, because for the moment it served no useful purpose*<sup>120</sup> ».

La recherche change de focus, du cadavre vers le corps vivant de malades, dont on prélève le sang. La méthode utilisée est la suivante : un des doigts du patient est nettoyé en utilisant de l'eau et du savon, puis « *with a solution of corrosive sublimate 1-1000* » (un antiseptique). Ensuite, on utilise un alcool très fort, et on le sèche en utilisant un spray. Dès qu'il est sec, une aiguille stérilisée permet de prélever un échantillon de sang, pour y rechercher la présence de bactéries<sup>121</sup>.

Les premiers résultats sont peu clairs. Le sang d'un patient examiné à Batavia, éloigné de l'endroit où il aurait été infecté, donne un résultat différent du sang d'un patient examiné à Aceh même. Dans ce dernier cas, une bactérie est toujours présente dans le sang des malades<sup>122</sup>. Le problème est que la même bactérie est présente dans le sang de personnes non atteintes par le béri-béri, résidant à Aceh depuis quelque temps. Pekelharing pense néanmoins que cela ne veut pas dire que la bactérie n'a aucun rapport avec le béri-béri. Une personne vivant à Aceh est presque inévitablement infectée par cette bactérie, au bout d'un certain temps. En revanche, il n'a pas trouvé la bactérie dans le sang des personnes en bonne santé, venant d'endroits où le béri-béri ne se propage pas.<sup>123</sup> : « *we could only conclude from this, that at Atjeh, where beri-beri is very general, pathogenic bacteria pass through the*

---

<sup>119</sup>*Ibid.*, p. 106.

<sup>120</sup>*Ibid.*, p. 107.

<sup>121</sup>*Ibid.*, p. 107-108.

<sup>122</sup>*Ibid.*, p. 108.

<sup>123</sup>*Ibid.*, p. 109.

*circulation of all, or of almost all of those living there*<sup>124</sup> ». Et il poursuit son raisonnement en proposant plusieurs degrés d'atteinte par la maladie: « *if at Atjeh, where the cause of the disease is undoubtedly very diffused, these bacteria were also found in the blood of persons who presented no striking symptoms of the disease, it is no reason why these bacteria should not be considered the cause of beri-beri, more especially now that it appears that even, in the case of people apparently healthy, some slight variations are present which accord with the symptoms of the disease*<sup>125</sup> ».

La recherche ne s'arrête pas avec la découverte de la bactérie. La bactérie que Pekelharing a isolée est ensuite cultivée, puis injectée à des singes, des lapins et des chiens. Sur certains animaux, parfois jusqu'à vingt injections sont pratiquées pendant six semaines. Six lapins sur sept développent un symptôme de dégénérescence nerveuse, ainsi que quatre chiens sur six<sup>126</sup>.

Pekelharing arrive à la conclusion que le bérubéri est une maladie infectieuse particulière, car la bactérie ne suffit pas à elle seule à provoquer la maladie<sup>127</sup>. Cette conclusion s'appuie sur le fait que les soldats arrivant à Aceh en bonne santé ne sont atteints de la maladie qu'après un séjour plus ou moins long sur place. Pekelharing et son équipe pensent également que l'humidité joue un rôle important dans la croissance de la bactérie. En effet, des cas de bérubéri se déclarent surtout pendant la saison des pluies. Avec la pluie et les inondations, le sol à Aceh est humide, une condition qui favorise un développement de la bactérie<sup>128</sup>.

Ces déductions conduisent à proposer des mesures de prévention: « *if one wishes to prevent the disease, it is necessary to destroy the bacteria which exist in the air [...] it is necessary, therefore, to try to destroy all the bacteria that are present at any given moment*<sup>129</sup> ». Le moyen de combattre le bérubéri est donc de déployer des règles d'hygiène. Pekelharing constate bien que le taux de mortalité diminue après avoir désinfecté les bâtiments et les environs<sup>130</sup>. Il se rend compte cependant que le bérubéri reste une maladie endémique à Aceh. Pour tenter d'éradiquer la maladie, il propose

---

<sup>124</sup>*Ibid.*

<sup>125</sup>*Ibid.*, p. 110.

<sup>126</sup>K. J. Carpenter, *Beriberi, white rice, and vitamin B*, *op. cit.*, p. 34.

<sup>127</sup>*Ibid.*

<sup>128</sup>C. A. Pekelharing et C. Winkler, *Beri-Beri: Researches concerning its nature and cause and the means of its arrest*, *op. cit.*, p. 137-138.

<sup>129</sup>*Ibid.*, p. 145.

<sup>130</sup>*Ibid.*, p. 146-147.

donc de déplacer provisoirement les malades du bérubéri vers un lieu où ils recevront des soins.

Bien que ses recommandations soient parvenues à diminuer le taux de mortalité, du fait qu'elles ont conduit à un nombre trop important d'échecs, la thèse de Pekelharing n'est pas réellement convaincante. La domination du paradigme bactériologique à l'époque rend néanmoins cette recherche acceptable. Mais la question du bérubéri aux Indes-Néerlandaises est loin d'être résolue.

Après le retour de Pekelharing aux Pays-Bas, la recherche est poursuivie par Christian Eijkman, le jeune médecin qui a assisté Pekelharing dans son travail aux Indes-Néerlandaises. Eijkman continue dans la lancée de son prédécesseur, mais pour tenter d'aller plus loin, il injecte aux mêmes animaux qu'auparavant du sang prélevé d'un malade. Comme on peut le lire dans le rapport annuel du laboratoire de 1888, le résultat est la mort de certains animaux, tandis que d'autres ne montrent pas de signes cliniques importants<sup>131</sup>.

Le rapport de l'année suivante signale que les expériences sont désormais appliquées à des poules. Nous ne trouvons pas d'explication pour ce changement de sujets d'expérience, qui laisse simplement supposer que les poules sont meilleur marché. Un phénomène intéressant apparaît vingt ou trente jours après l'entrée des animaux dans la salle d'expérience. Alors qu'elles n'ont pas encore subi l'injection ni aucune autre traitement, ces poules montrent des symptômes similaires à ceux des patients atteints par le bérubéri, comme la perte de poids. Certaines poules ne tiennent plus debout, ont du mal à respirer, et finalement meurent. D'après l'autopsie ces poules montrent des signes de dégénérescence, surtout au niveau des pattes, symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux des patients atteints par le bérubéri<sup>132</sup>.

Pour expliquer ce phénomène, Eijkman, ne pouvant mettre en cause une bactérie, est amené à prêter plus d'attention au rapport entre l'alimentation donnée aux poules, et l'apparition du bérubéri. L'expérience suivante consiste à fournir différentes nourritures aux poules. Eijkman peut alors noter le rapport entre le péricarpe du grain de riz et l'apparition du bérubéri. Sa première idée est que le bérubéri est causé par un poison. L'hypothèse d'un poison, qui n'est pas nouvelle, est

---

<sup>131</sup>K. J. Carpenter, *Beriberi, white rice, and vitamin B*, op. cit., p. 35.

<sup>132</sup>*Ibid.*, p. 36-37.

d'autant plus compréhensible à ce stade des recherches, qu'elle n'éclipse pas totalement le paradigme scientifique dominant de l'époque.

Toutefois, Eijkman n'est pas certain que sa découverte sur les poulets soit transposable à l'homme. Mais, il a connaissance d'une enquête sur la nourriture des Indigènes aux Indes-Néerlandaises, qu'il décide d'approfondir. Pour cela, il rencontre, à la fin de l'année 1895, l'auteur de l'enquête, Adolphe Guillaume Vorderman<sup>133</sup>, médecin travaillant à Batavia. Eijkman lui demande d'effectuer une nouvelle enquête sur le type de nourriture fournie dans les prisons javanaises, où le bériberi se propage le plus. Le résultat est publié en 1897 sous le titre *Onderzoek naar het verband tusschen den aard der rijstvoeding in de gevangenissen op Java en Madoera en het voorkomen van beri-beri onder de geïnterneerden*<sup>134</sup> (Enquête sur le rapport entre la nature du riz dans des prisons à Java et Madoera et la prévention du bériberi parmi les prisonniers).

Pour mener cette enquête, Vorderman a envoyé aux dirigeants des prisons un questionnaire sur la situation du bériberi dans leur institution et le type de riz que consomment les prisonniers. En mars 1896, à partir des réponses obtenues, il est en mesure d'affirmer que le bériberi se propage davantage dans les prisons où le riz blanc est distribué comme nourriture principale. Vorderman et Eijkman songent à étendre encore leur recherche à d'autres prisons. Pour cela, ils demandent le soutien du gouvernement. Malheureusement, en raison de sa mauvaise santé, Eijkman ne peut poursuivre ce projet. Il rentre définitivement en Europe. Vorderman continue donc seul le travail. Pendant cinq mois il visite 101 prisons situées à Java et à Madura, où il collecte des échantillons du riz fourni à ces établissements. Il confirme ainsi les résultats précédents : dans les prisons où est fourni du riz non décortiqué, il ne trouve aucun cas de bériberi, alors que dans celles où le riz consommé est poli (sans péricarpe) les cas de bériberi sont très nombreux. Dans les prisons où les deux types de riz sont distribués, les cas sont nettement moins nombreux.

Vorderman, cependant, continue à croire à une cause infectieuse. Il explique ses résultats, par un affaiblissement de la résistance du corps du à la nourriture, favorable au développement de la bactérie du bériberi. Mais, en 1897, l'ensemble des

---

<sup>133</sup>Adolphe [Antoine] Guillaume Vorderman, né à la Haye le 12 décembre 1844 et mort à Weltevreden (Java) le 12 juillet 1902, a suivi sa formation en médecine à Utrecht.

<sup>134</sup>Adolphe Guillaume Vorderman, *Onderzoek naar het verband tusschen den aard der rijstvoeding in de gevangenissen op Java en Madoera en het voorkomen van beri-beri onder de geïnterneerden.*, Batavia, Jav. Boekh. & Drukkerij, 1897.



résultats obtenus jusqu'ici fait entrevoir la possibilité d'une autre causalité, ce qui inaugure un vaste débat.

Entre-temps, Eijkman a continué ses recherches dès son arrivée aux Pays-Bas. Il reitère ses précédentes expériences sur des poulets. Le résultat n'est pas satisfaisant : les symptômes observés à Java ne se manifestent pas. Ce résultat le conduit à l'hypothèse qu'il existe un facteur particulier aux Indes-Néerlandaises qui rend les poulets javanais malades. Ce qu'Eijkman n'a pas communiqué est qu'en fait, les poulets de son laboratoire refusent de manger du riz.

Le débat sur la question du bérubéri se poursuit. Gerrit Grijns<sup>135</sup>, le successeur d'Eijkman au laboratoire de Batavia, prend la relève de la recherche entamée par ses prédécesseurs. Grijns parvient à émettre une hypothèse intéressante : la question principale de l'origine du bérubéri se trouve dans un élément détruit pendant le polissage du riz, élément très important pour le corps humain. Cette hypothèse l'incite à rechercher cet élément dans un aliment autre que le riz. Alors qu'il n'a pas encore pu déterminer quel était cet élément, il découvre que le riz non poli peut être remplacé par une variété de haricot (*kacang ijdoe*), qu'il propose comme complément alimentaire pour les malades du bérubéri<sup>136</sup>.

Publiés en 1901, les essais de Grijns avec le haricot *kacang idjoe* inspire Roefselma, un médecin travaillant à Sabang, qui traite à son tour les patients de sa région. Les rapports sur la réussite du traitement parviennent jusqu'à Vorderman. Celui-ci présente les rapports à Hulshoff Pol, médecin de l'hôpital pour malades mentaux de Buetenzorg où se propage également le bérubéri, à qui il présente les résultats obtenus. Pol le convie à effectuer une enquête sur la nourriture fournie aux malades de l'hôpital. Bien qu'il estime qu'elle est de bonne qualité, Vorderman conseille de distribuer davantage de légumes aux malades. Il n'a pas conseillé la consommation de viande, peu consommée dans les habitudes locales.<sup>137</sup>

La découverte des propriétés du *kacang ijdoe* est loin de résoudre totalement la question du bérubéri. Le débat sur le facteur en cause dans le déclenchement de la maladie va continuer jusqu'à la seconde décennie du XXe siècle. Mais pour voir surgir ce débat, il a fallu que naisse tout un mouvement animant la recherche sur les

---

<sup>135</sup>Gerrit Grijns, né à Leerdam le 28 novembre 1865 et mort à Utrecht le 11 novembre 1944, a obtenu son titre de médecin à Utrecht en 1891.

<sup>136</sup>*Ibid.*, p. 58-60.

<sup>137</sup>*Ibid.*, p. 61-62.

maladies présentes aux Indes-Néerlandaises ; le combat contre les maladies tropicales est en passe de devenir un sujet omniprésent du discours colonial. Un rôle central dans ce combat va être tenu par le laboratoire de recherche de Batavia.

## **II – LE LABORATOIRE : *GENEESKUNDIG LABORATORIUM TE WELTEVREDEN***

Pekelharing laisse un problème non résolu lorsqu'il quitte les Indes-Néerlandaises, mais il laisse aussi un lieu pour mener des recherches. Le laboratoire qu'il laisse va devenir dans les années suivantes l'endroit où seront élaborées non seulement une grande part des connaissances sur les maladies tropicales, mais aussi les moyens pour les combattre.

Ce laboratoire se situe dans une aile du bâtiment de l'hôpital militaire de Batavia. A l'époque où Pekelharing et son équipe ont effectué les premières recherches, c'est un endroit simple où l'on effectue des expériences avec des outils simples. Il ne s'agit pas du laboratoire que l'on connaît aujourd'hui.

La création de laboratoires aux Indes néerlandaises n'est évidemment pas coupée du développement de la science médicale en Europe. Les médecins travaillant aux Indes-Néerlandaises y ont d'ailleurs été formés. Chaque nouvelle découverte médicale en Europe devient rapidement un modèle pour la colonie. Il est bien connu que la seconde moitié du XIXe siècle a été une nouvelle époque dans le monde médical. La médecine clinique a été peu à peu remplacée par la médecine expérimentale. Le laboratoire est devenu un élément essentiel.

Une des meilleures manières de rendre compte de cette transition se trouve dans le discours de Claude Bernard : « Je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer le médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale ; c'est là seulement qu'il cherche les explications de la vie à l'état normal et pathologique au moyen d'analyse expérimentale<sup>138</sup> », écrit-il en 1865.

Louis Pasteur a bien sûr, lui aussi, célébré le laboratoire. Dans un article qu'il publie en 1868, il est écrit : « les conceptions les plus hardies, les spéculations les plus légitimes, ne prennent un corps et une âme que le jour où elles sont consacrées par

---

<sup>138</sup>Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris; Londres; Madrid, J.B. Baillière et fils ; Hippolyte Baillière ; C. Bailly-Baillière, 1865, p. 199.

l'observation et l'expérience ». Pour lui, « laboratoires et découvertes sont des termes corrélatifs ». Et encore, sans laboratoires, « les sciences physiques deviendront l'image de la stérilité et de la mort <sup>139</sup> », proclame-t-il.

En tant qu'institution, le laboratoire a autorité pour produire des savoirs. Sa production doit suivre des procédures réglementées, être contrôlée par des instruments spécifiques, ce qui, en principe, rend la possibilité d'erreurs très faible.

Depuis la fin du XIXe siècle, le laboratoire est un rouage essentiel, tout particulièrement dans la gestion des grandes épidémies, telles la peste et la fièvre jaune. Yersin construit son propre laboratoire à Hong Kong et parvient à mettre en évidence, avant Kitasato envoyé par les Britanniques, le bacille de la peste. Yersin et Kitasato à Hong Kong<sup>140</sup>. Il en est de même dans le cas de la fièvre jaune. Lorsqu'elle éclate au Brésil une épidémie, la première mesure prise est la construction d'un laboratoire. Bien qu'il faille mener plusieurs expériences, les résultats ne soient pas toujours satisfaisants, et entraînent de longs débats, il est clair désormais que le laboratoire est devenu un agent de production de vérités scientifiques<sup>141</sup>.

Le schéma d'intervention lors de l'épidémie du bériberi a été assez similaire à ceux qui viennent d'être décrits. Pekelharing a été envoyé par le département des Colonies aux Pays-Bas pour mener une enquête à Aceh et pour tenter de répondre à la demande qui lui est faite, il monte un laboratoire à Batavia. Mertens et De Moor ont pu écrire à ce sujet : « la naissance du laboratoire est un des exemples de la façon dont une guerre et ses conséquences peuvent donner lieu à la création d'une institution scientifique et intensifie des études fructueuses<sup>142</sup> ».

Pekelharing est professeur de pathologie à l'Université d'Utrecht. La domination du paradigme bactériologique, à l'époque où il part aux Indes

---

<sup>139</sup>Louis Pasteur et Louis Pasteur Vallery-Radot, *Œuvres de Pasteur*, Paris, Masson, 1939, vol. VII/VII, p. 200.

<sup>140</sup>Voir Andrew Cunningham, « Transforming plague: The laboratory and the identity of infectious disease » dans Andrew Cunningham et Perry Williams (eds.), *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 209-244 ; Robert Peckham, « Matshed Laboratory: Colonies, Cultures, and Bacteriology » dans Robert Peckham et David M. Pomfret (eds.), *Imperial Contagions: Medicine, Hygiene, and Cultures of Planning in Asia*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2013, p. 123-147.

<sup>141</sup>Voir Ilana Löwy, « Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute Mission (1901–1905): The transfer of science to the periphery », *Medical History*, avril 1990, vol. 34, n° 02, p. 144-163.

<sup>142</sup>« Het ontstaan van het laboratorium is één der voorbeelden, hoe een oorlog en haar gevolgen den stoot kunnen geven tot de formatie van wetenschappelijke commissie en tot intensieve en vruchtdragende studien », W. K. Mertens et C. E. de Moor, « De medische afdeling van het Geneeskundig Laboratorium van 1888 tot 1935 » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938.*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 20.

Néerlandaises, imprègne la façon dont il mène ses recherches. Il a été recommandé par la Royal Academy of Science pour enquêter sur le bérubéri et avant son départ il est allé à Berlin se former à la bactériologie chez son maître – Robert Koch<sup>143</sup>. L'influence qu'il a reçue est manifeste dans le laboratoire qu'il a créé, et dans la façon dont il construit ses hypothèses.

Après son enquête, il demande que le laboratoire reste à sa disposition pour de futures recherches. Pour cela, il tente de convaincre le gouvernement de l'importance d'un laboratoire sur place. D'après lui, le gouvernement colonial des Indes-Néerlandaises « *should provide opportunity in a hospital for more or less careful research on the nature of pathological products and the presence of living cause of disease*<sup>144</sup> ». Il ajoute: « *that an opportunity of carrying out strictly scientific research in pathology should be provided*<sup>145</sup> ».

Nous savons déjà qu'après son départ pour les Pays-Bas, la décision du gouvernement a été de conserver cette institution. Eijkman, qui avait été l'assistant de Pekelharing devient directeur du laboratoire, et est assisté par Van Eecke. Ainsi, une institution de recherche moderne est instaurée aux Indes-Néerlandaises, dont l'objectif est de devenir le centre de recherche menant le combat contre les maladies tropicales. Cette institution, comme le dit Flu « *was formed in order that Health Officers might be attached to the laboratory. These could be trained in the modern methods of research so that later on they could work independently*<sup>146</sup> ».

Grijns raconte que les premières années qui suivent l'instauration du laboratoire, il sert principalement aux diagnostics bactériologiques et seulement par microscopie, en absence de tests sérologiques (très importante aujourd'hui). Les médecins ne sont pas encore familiarisés avec les nouveaux instruments. En dépit du fait que cet endroit est également utilisé pour le travail pratique des étudiants de l'école de médecine de « Dokter Djawa », le laboratoire permet de réaliser quelques études intéressantes<sup>147</sup>.

---

<sup>143</sup>Anne Marie Erdman, « Cornelis Adrianus Pekelharing—A Biographical Sketch (July 19, 1848–September 18, 1922) », *The Journal of nutrition*, 1964, vol. 83, n° 1, p. 5.

<sup>144</sup>Cité dans P. C. Flu, *The history and present state of scientific medical research in the Dutch East Indies*, Amsterdam, Internationale Circumpacifische Onderzoek Commissie, Koninklijke Akademie van Wetenschappen, 1923, p. 7.

<sup>145</sup>Cité dans *Ibid.*

<sup>146</sup>*Ibid.*

<sup>147</sup>Grijns écrit: « *De eerste periode van het bestaan van het laboratorium, toen de Geneeskundige Dienst, nog iet gewend aan het bezit van een dergelijke vraagbaak, slechts voor enekele vraagstukken de*

Certes, le *Geneeskundige Laboratorium te Weltevreden* n'est pas le seul laboratoire aux Indes-Néerlandaises. Quelques années après son installation est créé, en 1891, le Parc Vaccinogène. La création de cet établissement est dû au travail du Dr. Schucking Kool qui cherche à développer un vaccin. Cette recherche a débuté en 1854, entreprise par Broers, administrateur colonial de Patjinan, elle était inspirée par les chercheurs italiens Troja, Galbiato et Negri<sup>148</sup>. Le travail de Kool, et la création du Parc Vaccinogène, ont bénéficié du soutien de la Société pour l'avancement des sciences médicales aux Indes-Néerlandaises.

Outre cet établissement, un institut Pasteur a également été créé. L'histoire de cette création remonte à l'accident dont a été victime Eilerts de Haan en 1890<sup>149</sup>. Mordu par un chien enragé, il est allé se faire vacciner à l'Institut Pasteur de Paris<sup>150</sup>. Cet évènement lui permet de réaliser l'importance des cas de rage aux Indes Néerlandaises, et le bénéfice que pourrait représenter un institut de vaccination<sup>151</sup>. En 1894, De Haan retourne à l'Institut Pasteur de Paris pour se former à la préparation du vaccin contre la morsure de « chien fou » (*dolle-hondsbeet*). Parti de Batavia le 21 avril, il démarre, le 18 mai, son apprentissage à la pratique de l'inoculation du sérum contre la rage et à la préparation du vaccin. « Le 20 mai a commencé le cours de bactériologie de Dr Roux que j'ai suivi du début à la fin pendant deux semaines, il y a aussi un cours sur la pratique de la vaccination et d'autres cours que je dois suivre », écrit-il. Son idée est de créer une institution similaire aux Indes Néerlandaises. Aussi, il écrit « Lorsque j'ai pensé être suffisamment préparé à la création d'un Institut

---

*voorlichting vroeg en de microscopische en bacteriologische onderzoekingen van diagnostischen aard bij het ontbreken van serologische reacties veel minder omvangrijk waren dan nu, gaf aan de eerste functionarissen, ondanks hunne lessen aan de school voor dokter Djawa's, gelegenheid een aantal hoogst belangrijke onderzoekingen te doen », G. Grijns, « Het Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden » dans *Feestbundel uitgegeven ter gelegenheid van de opening van het nieuwe Geneeskundig laboratorium te Salemba, Weltevreden*, Batavia, [s.n.], 1917, p. 18.*

<sup>148</sup>C. D. Schuckink Kool, « Eerste Jaarverslag van Het Parc-Vaccinogène te Weltevreden », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1893, p. 189 ; P.C. Flu, *The history and present state of scientific medical research in the Dutch East Indies*, op. cit., p. 34.

<sup>149</sup>Willem Theodorus Eilerts de Haan, né à Olst en 1847, a eu sa formation de médecine à Utrecht.

<sup>150</sup>Dans son livre, D. Schoute raconte que Eilerts de Haan est allé à Paris pour se faire soigner en 1894. Mais d'après ce qu'il a écrit, De Haan était là-bas en 1890. C'est vrai qu'en 1894 il est revenu à Paris, mais plutôt pour apprendre la méthode pour soigner la rage. Voir Dirk Schoute, *De geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw.*, Batavia, Kolff, 1936, p.367 ; Dirk Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, Batavia, Netherlands Indian Public Health Service, 1937, p. 184-185.

<sup>151</sup>L. J. Eilerts De Haan, « De Behandeling van Rabies in Het Institut Pasteur », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1891, p. 228-241.

Pasteur, j'ai demandé au Directeur du laboratoire, le Dr Roux ce qu'il en pensait<sup>152</sup> ».. Une caution pour cette création lui est donc donnée par son maître à Paris, Emile Roux.

De Haan est de retour à Batavia au mois d'octobre de la même année. Il a emporté un lapin à qui a été injecté un virus de la rage inactif. Il existe alors déjà un Institut Pasteur à Saïgon, auquel il s'adresse pour obtenir un nouveau virus actif. « Ma première lettre écrite à cet effet à mon collègue de Saïgon n'avait pas reçu de réponse, du fait qu'il était en voyage. Après une seconde lettre, j'ai reçu le 5 janvier un tube avec des cerveaux de lapins morts de la rage. Avec cet envoi, le 6 janvier j'ai inoculé les virus à deux lapins, et ceux-ci sont morts respectivement 13 et 16 jours plus tard, après être passés par les symptômes typiques de la rage<sup>153</sup> », écrit-il. Il en ressort que le passage par les lapins pour obtenir un virus atténué ne fonctionne pas. Il suppose que la température tropicale en est la cause. Il consulte alors un médecin à Sukabumi qui a conservé un cadavre de chien enragé, dont le cerveau lui permettra d'obtenir un vaccin. En 1895, date qui peut être considérée comme celle de la création de l'institut, De Haan parvient à traiter 101 patients mordus par des chiens enragés.<sup>154</sup>

Du fait que l'Institut Pasteur se situe à côté du Parc Vaccinogène, les contacts entre ces deux institutions sont fréquents. En 1899, elles sont fusionnées, sous le nom « Institut Pasteur » et Nijland est alors nommé directeur<sup>155</sup>.

---

<sup>152</sup>Haan écrit: « *Den 20 Mei begon de Cours de bactériologie van Dr. Roux, die ik van het begin tot het einde mede maakte, om na afloop daarvan nog ruim twee weken uitsluitend de praktijk der inenting met alles wat daartoe behoort te volgen. Toen ik meende voldoende voorbereid te zijn om de leiding van een Institut Pasteur op mij te nemen, vroeg ik aan den Directeur van het Laboratorium, Dr. Roux, hoe hij daar over dacht* », L. J. Eilerts De Haan, « Vierde Jaarverslag van Het Parc Vaccinogène », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1895, p. 619.

<sup>153</sup>« *Mijn eerst brief, dienaangaande aan mijn ambtgenoot te Saigon geschreven, werd niet beantwoord, om dat deze autoriteit op reis was. Op eene tweede missive mocht ik den 5en Januari een fleschje met de hersenen van een aan rabies gestovern konijn onttvangen. Den 6en Januari werden daarmede eenige konijnen ingeent met het resultaat, dat zij respectievelijk na 16 en 13 dagen stierven, na de typische verschijnselen der rabies te hebben doorloopen* », L. J. Eilerts De Haan, « Eerste Jaarverslag van het Instituut-Pasteur », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1898, p. 34.

<sup>154</sup>Schoute constate la création de l'Institut Pasteur en 1896. Mais des documents de De Haan, ainsi que le rapport annuel pour le Ministère de la Colonie démontre que la création date de 1895. L.J.E.D. Haan, « Eerste Jaarverslag van het Instituut-Pasteur », art cit ; *Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1894, p. 135 ; *Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1895, p. 152 ; *Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1896, p. 129 ; D. Schoute, *De geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw., op. cit.*, p. 367 ; D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, op. cit., p. 184-185.

<sup>155</sup>A. H. Nijland, « Negende Jaarverslag van het parc Vaccinogène en Vijfde Jaarverslag van het Instituut Pasteur te Weltevreden over 1899 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1900, p. 521 ; *Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1899, p. 123 ; D. Schoute, *De geneeskunde*

Une autre institution de recherche voit le jour au début du XXe siècle, le Laboratoire de pathologie de Medan, à Sumatra nord. Ce laboratoire est destiné aux recherches sur les maladies dans les plantations. L'ouverture de grandes plantations depuis la deuxième moitié du XIXe siècle dans cette région a rendu ce type d'institution nécessaire<sup>156</sup>.

Certes, la création de laboratoires a d'abord eu pour objectif de déterminer la cause des maladies tropicales. Le cas du bérubéri, comme nous l'avons démontré dans le chapitre précédent, en est l'exemple. L'existence du laboratoire répond aussi à un autre objectif, car il se situe au cœur du combat contre les maladies. Le laboratoire est un instrument indispensable pour épauler les services de santé. Ceux-ci ne sont plus le privilège des Européens, ils sont aussi destinés aux populations locales..

« Depuis longtemps, écrit De Vogel, en mettant à part le Laboratoire Pathologique de Medan, le Laboratoire Médical de Batavia occupe une place privilégiée au sein de l'ensemble des laboratoires médicaux des Indes-Néerlandaises<sup>157</sup> ». Le laboratoire a pour fonction de servir la société, voire, comme le dit de nouveau De Vogel, de mettre en œuvre: « les recherches médicales ; et les moyens pour améliorer la santé publique<sup>158</sup> » (*het onderzoek naar den staat der volksgezondheid ; het aangeven van de middelen ter verbetering van volksgezondheid*).

Le laboratoire a donc deux fonctions essentielles Il joue d'abord un rôle actif d'observation sur la santé des populations. En cas d'épidémie le laboratoire doit lancer une enquête pour en trouver les causes et prendre des mesures pour freiner sa propagation. La tâche du laboratoire ne s'arrête pas là, il a aussi une responsabilité dans l'amélioration de la santé de la population. Le travail de laboratoire ne se fait donc pas seulement en temps de crise épidémique, mais aussi en dehors de la période de crise.

---

*in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw., op. cit., p. 364 ; D. Schoute, Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.), op. cit., p. 185.*

<sup>156</sup>Ce sujet sera étudié dans le chapitre suivant.

<sup>157</sup>« Sinds vele jaren, vervulde het Geneeskundige Laboratorium te Batavia (laten naast het Patologisch Laboratorium te Medan) op eervolle wijze de plaats van voornaamste geneeskundig Laboratoriumcentrum voor Nederlandsch-Indie », W. Th. de Vogel, « De rol van het Geneeskundig Laboratorium te Batavia, in de gezondheidszorg voor Nederlandsch-Indie » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938.*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 4.

<sup>158</sup>*Ibid.*, p. 5.

Vogel écrit que les recherches scientifiques permettent de résoudre tous les problèmes. Les résultats répondent aux besoins des populations, en particulier des populations indigènes. La recherche offre « une base fiable pour une action efficace<sup>159</sup> », précise-t-il. La phrase clé de Vogel est que la recherche effectuée dans un laboratoire est fiable et efficace.

Vogel est un ancien Chef du Département de santé publique, et il connaît bien le terrain. Pour lui, en terme de nécessité, le laboratoire se situe au même niveau que la formation des officiers de santé qui iront travailler au sein de la population. De son point de vue « le laboratoire médical participe aux soins de santé dans la population indigène<sup>160</sup> » (*het Geneeskundig Laboratorium tot dus verre in de gezondheids zorg voor de inheemsche bevolking heeft vervuld*).

Mais, le laboratoire ne sert pas qu'à améliorer la santé de la population. Au-delà, il est aussi un outil pour mener « un combat rationnel contre les maladies endémiques aux Indes-Néerlandaises<sup>161</sup> » (*de rationelle bestrijding van volksziekten in Nederlandsch-Indie*), comme dit Lonkhuijzen<sup>162</sup>. Lonkhuijzen, nommé directeur du service de santé, se fait le porte-parole du gouvernement, qui en 1928, insiste sur la nécessité de mesures scientifiques pour traiter les épidémies (moyens diagnostiques, identification des symptômes, des causes de maladie, moyens de lutte)

L'accent est encore mis ici sur l'importance des laboratoires : « Au centre de la science et de la pratique scientifique dans la lutte contre les maladies dans ce pays, comme ailleurs, on trouve le Laboratoire médical de Weltevreden<sup>163</sup> ».

### III – LES RECHERCHES BACTERIOLOGIQUES

En janvier 1891, Christian Eijkman, directeur du laboratoire de Batavia, est sollicité par le Directeur de DOEN pour effectuer une enquête sur la qualité de l'eau. Il est de

---

<sup>159</sup>*Ibid.*, p. 7.

<sup>160</sup>*Ibid.*, p. 14.

<sup>161</sup>J. van Lonkhuijzen, « Het Geneeskundig Laboratorium en de rationeele bestrijding van volksziekten in Ned.-Indie » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 15-18.

<sup>162</sup>Jan Jacobus van Lonkhuijzen, né à Arnhem le 7 mai 1877 et mort le 18 janvier 1965 à Eefde.

<sup>163</sup>« *In het centrum van deze wetenschappelijke en practische onderzoekingen die voor de bestrijding van volksziekten hier te lande en ook voor een deel ver daar buiten zooveel beteekenis zijn geweest staat het Central Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden* », Cité dans *Ibid.*, p. 15.



notoriété publique que dans les pays tropicaux de nombreuses maladies proviennent des micro-organismes présents dans l'eau consommée par les habitants<sup>164</sup>.

On importe ainsi un nouveau paradigme : la bactériologie. Certes, il n'est pas supposé remplacer totalement l'ancien paradigme basé sur la géographie et le climat. La bactériologie cherche à démontrer, c'est-à-dire visualiser, les causes des maladies sous les tropiques. Dans le cadre du paradigme bactériologique, la maladie est provoquée par une cause unique : la bactérie. Ce paradigme change également le regard porté sur les régions tropicales : il ne s'agit plus d'une région miasmatique avec une chaleur insupportable, mais aussi d'une région chargée de bactéries.

L'apparition de ce paradigme donne un nouvel espoir aux Européens expatriés, en particulier aux médecins qui travaillent sous les tropiques. Le paradigme bactériologique rend évidente la cause de la maladie tropicale. La tâche des médecins est donc plus spécifique et plus concrète : trouver la bactérie responsable de la maladie et l'éradiquer. C'est un travail d'hygiène publique à temps plein.

L'analyse de l'eau de boisson, comme le fait Eijkman est un exemple de cette recherche bactériologique. En 1895, de fin octobre à décembre, Eijkman a de nouveau analysé l'eau de la rivière de Ciliwung, une rivière assurant les besoins quotidiens en eau des habitants de Batavia. Le résultat montre qu'elle contient un vibrion ressemblant à celui du choléra. Il a utilisé un instrument comme le microscope pour détecter la présence de ce vibrion. Il était convaincu que grâce à l'analyse, on allait découvrir la bactérie<sup>165</sup>.

Pour lui, l'analyse bactériologique de l'eau de boisson est d'autant plus importante que cette eau semble propre, alors qu'en réalité elle contient de nombreux micro-organismes pathogènes. Rendre visible l'invisible est le rôle du laboratoire et de ses instruments<sup>166</sup>. L'apparition du laboratoire provoque aussi de nouvelles réactions chez les habitants. Ainsi un Chinois habitant à Surabaya qui découvre une source, n'ose pas consommer l'eau immédiatement comme il l'aurait fait auparavant. Il appelle un médecin qui travaille au laboratoire de Batavia, et

---

<sup>164</sup>Christiaan Eijkman, « Verlag over het bacteriologisch onderzoek van een paar filtersoorten », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1893, p. 447.

<sup>165</sup>Christiaan Eijkman, « Vibrionen uit het water der Tijliwong », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1895, p. 388-402.

<sup>166</sup>Christiaan Eijkman, « Iets over bacteriologisch drinkwateronderzoek », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1896, p. 179-180.

demande d'analyser l'eau pour savoir si elle est consommable ou pas<sup>167</sup>. Le paradigme bactériologique et le laboratoire influencent la perception des maladies, non seulement chez les médecins, mais aussi dans la population.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la recherche bactériologique aux Indes-Néerlandaises est indissociable de la recherche médicale pratiquée dans la Métropole. Par ailleurs, la recherche menée aux Pays-Bas est fortement influencée par ce qui se passe en Europe en général, mais surtout en Allemagne et en France. La revue *Album der Natuur* (l'Album de la Nature) donne une bonne image de cette influence<sup>168</sup>. La revue est publiée de 1852 à 1909, et renferme des articles écrits par des médecins et des hygiénistes. Douwe Lubach, qui est l'un des fondateurs de la revue, y écrit jusqu'en 1900 la plupart des rapports sur les travaux de bactériologie. Entre 1860 et 1880, il a prêté la plus grande attention à la controverse sur la génération spontanée, phénomène que lui-même réfute. Lorsqu'à la fin de la décennie 1880, la bactériologie a gagné en crédibilité, une section spéciale qui lui est consacrée est ouverte dans la revue.

Aux Pays-Bas, comme ailleurs, les savants se divisent entre ceux qui soutiennent la théorie microbienne et ceux qui sont contre. L'existence de ces derniers aux Pays-Bas montre à quel point l'influence de la pensée de Pettenkofer, représentée sur place par une figure respectée comme A. P. Fokker est encore forte.

Le débat qui se déroule aux Pays-Bas à la fin de XIXe siècle s'intéresse principalement au choléra, maladie encore très meurtrière à l'époque dans le pays. Malgré la survivance d'une opposition à la bactériologie, les recherches sur la qualité de l'eau se développent de plus en plus, et des laboratoires sont créés à cet effet au cours de l'année 1890<sup>169</sup>.

Jusqu'ici, la recherche bactériologique aux Pays-Bas s'était avérée être moins développée que dans d'autres pays d'Europe. Le manque de laboratoires, d'après Houwaart, en était la cause. L'intervention du gouvernement qui a commandé les

---

<sup>167</sup>*Ibid.*, p. 181.

<sup>168</sup>A. de Knecht-van Eekelen, « Berichten over Bacteriologie in het Album der Natuur » dans A. H. M. Kerkhoff, A. M. Luyendijk-Elshout et M. J. D. Poulissen (eds.), *De novis Inventis: Essays in the History of Medicine in Honour of Daniel de Moulin*, Amsterdam - Maarssen, Holland University Press, 1984, p. 183-194.

<sup>169</sup>J. De Haan, « Bacteriologische Laboratoria en Instituten in Nederland » dans *De ziekenverpleging en de zorg voor de openbare gezondheid in de laatste 50 jaren*, Amsterdam, F. van Rossen, 1899, p. 112-114 ; voir aussi E.S Houwaart, *De hygienisten : artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840-1890*, S.l., s.n.], 1991, p. 159.

enquêtes sur la qualité de l'eau, a donc joué un rôle important dans la création de laboratoires et le développement de la recherche<sup>170</sup>.

Un des premiers articles consacrés à la bactériologie publié dans la revue *GTNI* paraît en 1884. Beijfuss, son auteur, ne décrit pas ses propres essais, mais explique les méthodes de recherche en bactériologie. Il fait surtout référence aux méthodes employées par Robert Koch à Berlin et Louis Pasteur à Paris pour la culture de microbes. Il explique également que la culture d'agents pathogènes peut servir de base à de futurs vaccins<sup>171</sup>.

La revue *GTNI* publie un rapport détaillé sur le travail de Koch à Calcutta et sa découverte du vibriion cholérique. L'article relate que « la bactérie du choléra a des caractéristiques spécifiques qui la distingue des autres bactéries » (*de cholera-bacteriën vertoonen specifieke kenmerken, die hen van andere bacteriën onderscheiden*). Il ajoute que les caractéristiques « les plus typiques sont les suivantes : les bacilles ne sont pas aussi droits que les autres, mais sont un peu tordus, comme une virgule ; cette courbure est même parfois si forte, que la barrette courbée est étendue, formant comme un demi-cercle<sup>172</sup> ».

Au cours des années 1880, la propagation du choléra a beaucoup occupé les médecins de la colonie. C'est un sujet fréquemment discuté lors des séances mensuelles de La Société des Indes-Néerlandaises pour l'avancement de la science. En septembre 1881, M. Van Lokhorst parle de la récente apparition d'une épidémie à Semarang, dont il ne connaît pas l'origine. Le mois suivant, le choléra continue à se propager, mais les médecins restent impuissants face à l'épidémie<sup>173</sup>. Au cours de la

---

<sup>170</sup>E.. Houwaart, *De hygienisten, op. cit.*, p. 159-160.

<sup>171</sup>Beijfuss écrit : « *Bedoelde methode, welke ik later meer nauwkeurig in 't licht zal stellen, hebben wij, behalve aan den bovengenoemden Franschen natuuronderzoeker Pasteur, voornamelijk aan Robert Koch te Berlijn te danken. Zij komt hierop neer, dat men pathogene stoffen, voor zooverre zij namelijk tot het reusachtige rijk der microben behooren, op een voor hunne voeding gunstig materiaal brengt, daaruit culturen krijgt, voornamelijk zoogenoemde 'Reinzüchtungen' tracht te krijgen en dat men met materiaal van deze reiculturen inenting op bepaalde proefdieren doet, ten einde daardoor met de ware natuur van de smetstof bekend te worden* », G. Beijfuss, « Eenige Mededeelingen over de Methode van het Onderzoek van Specifieke Infectiekiemen in het Kiezerlijk Duitsche Reichsgesundheitsamt », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1884, p. 281-282.

<sup>172</sup>« *De meeste karakteristieke daarvan zijn de volgende : de bacillen zijn niet zoo recht als de andere, maar een weinig krom als een komma ; deze kromming is zelfs nu en dan zoo sterk, dat het staafje gebogen ligt alsoe en halven cirkel-omtrek* », Anonim, « Rapport van Dr. Koch over de Cholera Bacillen », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1885, p. 91.

<sup>173</sup>Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië, « Uittreksel uit de Notulen der Vergaderingen van de Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1885, p. 142.

réunion du 26 avril 1882, un autre débat sur le choléra a lieu. On cherche à déterminer si un fruit vert n'en est pas la cause, comme certains participants l'ont suggéré et conseillent même d'interdire la vente de fruits avant qu'ils soient mûrs<sup>174</sup>.

La méthode bactériologique est également discutée lors de cette réunion<sup>175</sup>. Mais il est évident que la discussion reste au niveau du discours, du fait qu'aucun participant ne réalise alors vraiment ce qu'est la recherche bactériologique.

Après la création de laboratoires en 1880, et surtout après le départ de Pekelaharing, les recherches menées sous la direction d'Eijkman s'amplifient. La revue *GTNI* non seulement reprend les débats sur la bactériologie, mais publie aussi des rapports sur les recherches effectuées dans le laboratoire.

L'intensification de la recherche en bactériologie n'est pas seulement liée à la création du laboratoire, mais aussi, et surtout, à la propagation du choléra. D'après le rapport du gouvernement colonial de 1888, il y a eu 22 966 patients traités pour le choléra, et parmi ceux-ci 9 111 sont morts. Ce chiffre augmente l'année suivante. En 1889, 30 000 patients sont traités et plus de la moitié décèdent, tout comme en 1891<sup>176</sup>.

Conscient de la gravité de cette propagation, Eijkman s'en inquiète et lance une enquête en 1893. Réaliser une recherche microscopique est désormais rendu possible par la présence du laboratoire<sup>177</sup>.

La gravité de la propagation de choléra est également évoquée dans les manuels populaires publiés en langue locale (malais), qui mettent en garde sur le danger de cette maladie. Dans sa préface, Maijer explique la raison de cette publication : « puisqu'il y a beaucoup de gens qui meurent à cause du choléra faute de recevoir de l'aide, je publie ce petit livre de mesures à connaître pour se protéger soi-même, ou bien donner un coup de main à ceux qui souffrent de cette maladie<sup>178</sup> ».

---

<sup>174</sup>*Ibid.*, p. 149.

<sup>175</sup>*Ibid.*, p. 163.

<sup>176</sup>*Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1891, p. 131 ; *Koloniaal verslag*, 's-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij, 1892, p. 120.

<sup>177</sup>Eijkman écrit : « *Het bleek ons daarbij op nieuw, dat het microscopisch onderzoek alléén in den regel weinig zekerheid verschaft, en slechts dan het recht geeft om met waarschijnlijkheid de diagnose op cholera asiatica te stellen, wanner een groote meerderheid van typisch gevormde komma's wordt aangetroffen* », Christiaan Eijkman, « Cholera Asiatica », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1893, p. 425.

<sup>178</sup>« *Dari sebab pada masa ini ada banyak orang binasa dari penyakit kolera, sebab tiada sampe katoeloengan, maka itoe kita ada engetan, mengloearken ini boekoe ketjil dengan katerangan, jang perloe di katahoei oleh sekalian orang, soepaia bisa mendjaga dirinja sendiri atau, kaloe perloe, djoega soepaia bisa menoeloeng pada orang lain, jang kena pejakit itoe* », L. Th. Maijer, *Dari Penyakit Kolera* :

L'appel à la population pour lutter contre le choléra donne aussi une idée de l'ampleur de l'épidémie.

On pense que le choléra provient de l'eau que consomment les habitants, et est dû à la présence de bactéries. « Lorsque l'eau provient des puits ou de rivières, on prête moins d'attention au fait qu'elle risque d'être contaminée par la bactérie de cette maladie, et que si on la consomme, cela risque de provoquer le choléra<sup>179</sup> », explique Maijer. Dans un manuel populaire publié en 1897, Groneman à son tour entreprend de prévenir ses lecteurs du danger représenté par le fait de boire de l'eau non bouillie, et de boire ou manger en utilisant des outils lavés avec de l'eau non bouillie<sup>180</sup>.

L'évocation de ces publications amène deux remarques. D'abord, la propagation importante de la maladie a rendu indispensable la mise en garde de la population par la publication d'un manuel populaire accessible à tous. Nous nous rendons compte évidemment qu'à la fin du XIXe siècle il n'y avait que très peu des gens sachant lire et écrire. Cette capacité n'était maîtrisée que par des aristocrates locaux. Ensuite, la mise en exergue de la relation entre l'eau et le choléra, en raison de la présence d'un micro-organisme est un signe de l'acceptation du paradigme bactériologique.

Les enquêtes sur la salubrité de l'eau sont en général faites sur instruction du gouvernement colonial. Grijns raconte que le 15 février 1906, il a reçu l'ordre du Directeur de DOEN d'aller à Semarang, Java Centre, afin d'aider un médecin de la ville, A. Stijhoff. Ce dernier projète un nouvel accès à l'eau depuis Oengaran pour alimenter la ville de Semarang<sup>181</sup>. Grijns doit donc analyser la qualité de cette nouvelle source en

---

*Keterangan pegimana mistinja mendjaga soepaia djangan sampe kena atau katoelaran penjakit itoe*, Batavia, Albrecht & Co., 1896, p. 4.

<sup>179</sup>« *Aer soemoer dan aer kali sabagainja, jang dari koerang djaganja atau dari koerang engetannja orang-orang itoe djadi kamasoekan dan penoeh djamoer penjakit itoe, kaloe di minoem atau masoek di dalem peroet dan oesoensja orang lain, lantast boleh menimboelkan penjakit kolera lagi, sebab kaloe peroet dan oesoensja orang itoe koerang koeat tentoe kalah sama djamoer itoe* », *Ibid.*, p. 5-6.

<sup>180</sup>Groenemen écrit: « *men drinke nooit ongekookt water, en drinke nooit uit-of ete nooit van of met drink-of eetgereedschappen, die niet in gekookt water reingewasschen en met sterkin de zon of bij 't vuur gedroogde zuivere doeken of servetten afgeveegd zijn. Ook 't water voor lavementen moet gekookt zijn* », J. Groneman, *Voorkoming en Bestrijding van Cholera*, Jogjakarta, H. Bunning, 1897, p. 1.

<sup>181</sup>Grijns écrit: « *den 15 Februari begaf ik mij opdracht van den Directeur van den Onderwijs Eerdienst en Nijverheid naar Semarang en van daar in gezelschap van den den 1en stadsgeneesheer en den ingeneur A. SIJTHOFF, die belast was met het opmaken van een voorloopig ontwerp eener waterleiding voor Semarang, naar Oengaran om een overzicht van het terrein te krijgen, en een en ander te bespreken over de wijze, waarop het onderzoek moest worden aangevangen* », Gerrit Grijns, « *Bacteriologisch onderzoek der bronnen Lawang en Moedal nabij Oengaran* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1906, p. 288.

eau. En 1901, Grijns, doit analyser l'eau des puits artésiens de la ville et des banlieues, suite à une demande du premier ingénieur de Batavia, qui se plaint de sa qualité.<sup>182</sup>.

En 1907, Kuenen intervient à Medan, pour s'assurer que la qualité de l'eau ne présente aucun danger pour les habitants. « Selon les termes de la concession, écrit Kuenen, la mise en service d'une nouvelle source ne peut débuter qu'après une recherche bactériologique, qui certifie que l'eau arrivant à Medan n'est pas polluée<sup>183</sup> ». La recherche bactériologique est donc réalisée, car « l'examen bactériologique doit répondre à la question de savoir si l'eau prévue restera inoffensive pour la santé<sup>184</sup> ». Loghem dans un article publié l'année suivante place la recherche de Kuenen dans le cadre du travail sur l'hygiène à Sumatra Nord. Il constate que cette recherche a été également réalisée plusieurs fois pendant l'année 1908. Au cours de cette année là, l'analyse de l'eau de puits à la plantation de tabac a également été réalisée plusieurs fois par le Dr Imhoff qui travaille sous l'autorité de Medan-Tabak-Maatschappij.<sup>185</sup>.

Dans le domaine de la recherche bactériologique, aux Indes-Néerlandaises l'analyse de l'eau a, semble-t-il, pris une grande importance. C'est ce que montrent les publications des laboratoires sous le chapitre de l'hygiène. Grijns, dans un article classe les activités d'hygiène sous quatre chapitres : l'examen des filtres, l'étude des fontaines ou autres sources destinées à l'eau potable, les moyens d'assainissement, et, enfin d'autres travaux d'hygiène tels que l'éclairage des bâtiments et les risques de pollution des rivières<sup>186</sup>. Le travail d'hygiène effectué par ce laboratoire comprend donc des analyses bactériologiques, ainsi que des mesures d'assainissement.

Certes, l'eau n'est pas le seul objet de conquête des médecins de l'époque. La recherche bactériologique concerne également d'autres domaines. De Haan a par

---

<sup>182</sup>Grijns écrit: « *Naar aanleiding van een schrijven van den Eerstaanwezenden ingenieur van Batavia, bij wien eenige malen klachten over den toestand van het water van sommige hydranten waren ingekomen, werd in Augustus van het vorige jaar met een onderzoek begonnen van de verschillende artesische putten in stad en voorsteden, ten einde vast te stellen, in hoeverre het water in deze bronnen aan de aan goed drinkwater te stellen bacteriologische eischen voldoet, en zoo niet of er bronnen van verontreiniging konden worden gevonden* », Gerrit Grijns, « *Bacteriologisch onderzoek van de artesische putten en waterleidingen te Batavia* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1902, p. 314.

<sup>183</sup>« *Volgens de concessie-voorwaarden mocht eerst met de levering van water worden aangevangen, nadat een chemisch en een bacteriologisch onderzoek hadden aangetoond, dat het water in niet verontreinigden toestand in Medan aankwam* », W. A. Kuenen, « *Onderzoek van het leidingwater van de Maatschappij "Ajer Beresih" te Medan* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1908, p. 234.

<sup>184</sup>*Ibid.*, p. 236.

<sup>185</sup>J. van Loghem, « *Hygienische onderzoekingen en adviezen* », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1909, p. 91-92.

<sup>186</sup>G. Grijns, « *Het Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden* », art cit, p. 32-33.

exemple effectué une recherche sur la conjonctivite, à partir du cas d'un Indigène souffrant de *slijmerige conjunctivitis* (inflammation des conjonctives), sur lequel un ophtalmologiste fait un prélèvement. De Haan confirme que l'élément pathogène est un bacille<sup>187</sup>.

Des recherches sont également menées sur la lèpre. Le bacille ayant été découvert, les scientifiques sont convaincus qu'ils pourraient facilement soigner la maladie et éviter l'infection. Leurs recherches commencées dès 1880 se sont poursuivies de longues années. Ils travaillent aussi sur la dysenterie, le typhus ou encore, comme De Haan, sur la peste quand elle se déclare à Java Est en 1910<sup>188</sup>.

Des vaccins sont produits dans la colonie. Le premier est le vaccin contre la variole, qui, en réalité, est apparu aux Indes Néerlandaises dès la première moitié du XIXe siècle. Avec la création d'un institut spécialement destiné à sa production, ce sont à la fois les techniques de préparation et la diffusion de la vaccination jennérienne dans la population qui s'améliorent. Selon Nijland : « En ce qui concerne les vaccins, grâce à des changements à la fois dans le mode de production et les méthodes de conservation, il y a eu une grande amélioration. Il nous est tout à fait possible maintenant de fournir les vaccins nécessaires, même pour tout l'ensemble de nos colonies<sup>189</sup> ».

Dans un article écrit pour la commémoration du *GTNI* en 1911, Nijland<sup>190</sup> raconte que le développement du Parc vaccinogène a d'abord été très lent. Mais, durant ces dernières années, la production et l'expédition de la vaccine se sont accélérées. Aux Pays-Bas, par exemple, il y a 13 *Koepokinrichtingen*, mais ils ne fournissent des vaccins que pour environ 200 000 personnes, tandis qu'en Allemagne il y a 22 instituts qui ne fournissent que 300 000 vaccins. À Weltevreden en 1910, un

---

<sup>187</sup>J. De Haan, « Bacteriologisch onderzoek van enkele gevallen van conjunctivitis », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1905, p. 412-413.

<sup>188</sup>G. Grijns, « Het Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden », art cit, p. 36.

<sup>189</sup>« Dank zij een veranderde wijze van productie en andere manier van toepassing der geconserveerde vaccine bij het inenten, die beide in de practijk bewezen hebben groote verbeteringen te zijn, zou het ons nu zeer goed mogelijk wezen, om zelfs voor een nog grooter gebied dan onze Koloniën zijn, de noodige animale entstof te leveren », A. H Nijland, « De ontwikkeling van het bedrijf der landskoepokinrichting te Weltevreden » dans *Feestbundel ter herinnering uitgegeven bij het verschijnen van het 50ste deel*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1911, p. 325.

<sup>190</sup>Albertus Hendrikus Nijland, né à Neede le 3 avril 1868 et mort à la Haye le 8 novembre 1922, est un bactériologiste et sérologiste. Il a fait ses études de médecine à Amsterdam et est qualifié en 1892. Il obtient son titre de MD à Freiburg im Breisgau en 1893.

seul institut permet d'effectuer 400 000 vaccinations<sup>191</sup>. Outre l'augmentation de la production, le pourcentage de réussite de la vaccination augmente. « L'accroissement de notre production et de l'expédition au cours des dernières années, va de pair avec l'amélioration du pourcentage de réussites<sup>192</sup> », écrit-il.

La création de l'Institut Pasteur a ensuite permis la production du vaccin contre la rage. Inspiré par l'institut de Paris, son histoire, est liée au cas de rages parmi la population. Cinq ans après sa création, en 1899, l'Institut Pasteur vaccine 387 personnes, dont 15 patients déjà vaccinés l'année précédente. Parmi ces patients, 12 personnes sont décédées (4 pendant le traitement, 3 dans les 14 jours après le traitement et 5 plus de 14 jours après le traitement)<sup>193</sup>.

Certes, les médecins qui s'occupent de produire des vaccins ont du parfois adapter les techniques, qu'ils ont apprises en Europe, au climat de la colonie. Toutefois, plus ambitieux est le programme sur la plantation de Sumatra lancé à la fin du XIXe siècle qui s'attaque surtout à des maladies proprement « tropicales ».

---

<sup>191</sup>*Ibid.*, p. 324-331.

<sup>192</sup>*Ibid.*, p. 329.

<sup>193</sup>A.H. Nijland, « Negende Jaarverslag van het parc Vaccinogène en Vijfde Jaarverslag van het Instituut Pasteur te Weltevreden over 1899 », art cit, p. 536-539.



## **Chapitre 6**

### **MAINTENIR LES RESSOURCES DU PAYS`**

L'intensification et l'extension de l'impérialisme vont de pair avec le besoin de s'assurer les ressources du pays. La mise en œuvre du droit agraire (*agrarische wet*) en 1870, qui marque le début du libéralisme aux Indes-Néerlandaises, permet à des entreprises privées d'exploiter de nouvelles terres. L'intervention du gouvernement dans la pratique économique se trouve en conséquence limitée. Cette politique est une réponse à la pratique du *culturstelsel*, critiquée par Willem Bosch, car considérée comme une autre forme d'esclavage<sup>194</sup>.

Exploiter de nouvelles terres exige un besoin supplémentaire de main-d'œuvre, un principe que connaissent les économistes de l'époque. Des Européens regardent par exemple vers l'île de Sumatra, une grande île qui n'est pas encore exploitée. Le terrain y est vaste et fertile, mais personne n'y travaille. L'arrivée de nombreux travailleurs est donc indispensable. Pour qu'ils soient productifs, les travailleurs doivent être en bonne santé. Pour cela, les entreprises font appel à des médecins.

#### **I – LA DIVISION RACIALE DU TRAVAIL**

La libéralisation de l'économie permet aux entreprises privées d'étendre leurs exploitations. Niuwenhuijs est l'exemple typique de ces nouveaux entrepreneurs : arrivé à Sumatra-Est, il demande aux autorités locales de lui céder des terres vierges et propose de distribuer les bénéfices résultant de leur exploitation. La perspective de

---

<sup>194</sup>Pour la critique de Bosch sur ce système, voir le chapitre 2 de la première partie

nouvelles terres à exploiter encouragent des Européens à émigrer aux Indes-Néerlandaises.

En 1874, la Société pour l'avancement de la science médicale aux Indes-Néerlandaises (*Vereeniging tot bevordering van geneeskundige wetenschappen in Nederlansch-Indie*) publie des conseils à observer sous les tropiques par les Européens<sup>195</sup>. Cette publication est une réponse aux résultats de la Commission d'État qui a réalisé une enquête sur les conditions de vie dans la colonie pour les Européens (discutée dans le premier chapitre) deux décennies auparavant.

Si désormais on considère qu'il est possible pour les Européens de s'installer aux Indes Néerlandaises, en revanche, on s'interroge sur la possibilité pour eux de travailler la terre. L'avis des médecins de l'époque est, en général, qu'il est préférable d'éviter un travail physique.

La Société écrit par exemple que toutes les tentatives de la colonisation sous les tropiques ont échoué par manque de précautions, concernant notamment le travail sous le soleil. Il est conseillé « que le travail à l'air libre ne soit pas autorisé, au risque de détruire la santé » (*dat het werken in de open lucht niet toelaat, zonder de gezondheid blijvend te verwoesten*)<sup>196</sup>.

Le fait que les Européens ne peuvent pas travailler la terre ne signifie pas que les travaux agricoles soient impossibles. Les médecins regroupés dans la Société distinguent les capacités physiologiques des Européens de celles d'autres populations. Le travail de la terre peut être accompli par les Chinois, par exemple, car « seuls les Chinois sont capables d'être agriculteurs [mais] pas les Européens<sup>197</sup> ». Le cosmopolitisme des Chinois est un argument supplémentaire.

En 1873, la Société *Indische Genootschap* a également organisé des réunions associant des politiciens, des entrepreneurs et des médecins pour discuter des conditions de vie des Européens aux Indes-Néerlandaises<sup>198</sup>. L'avis d'un médecin,

---

<sup>195</sup>B. E. J. H. Becking et C. L. van der Burg, « Advies van de vereeniging tot bevordering van de geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch-Indie over het onderwerp der immigratie naar Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1874, p. 757-763.

<sup>196</sup>« Al zijn de meeste kolonisatie-proeven binnen de tropen ook mislukt door gebrek aan voldoende voorzorgen, toch hebben de overblijvende emigranten voldoende bewezen, dat het klimaat het werken in de open lucht niet toelaat, zonder de gezondheid blijvend te verwoesten », *Ibid.*, p. 760.

<sup>197</sup>« Kolonisatie naar de kustlanden nomen wij absoluut onmogelijk, dit geldt dus ook voor Deli. Alleen Chineezzen, die in kosmopolitisme elk ander volk ver achter zich laten, kunnen zich daar als landbouwers vestigen, geen Europeanen », *Ibid.*, p. 763.

<sup>198</sup>Indisch Genootschap, *Indisch genootschap: vergadering van 11 Februari 1873: emigratie uit Nederland naar Nederlandsch Oost-Indie met het oog op de mogelijkheid eener kolonisatie*, 's-

Bleeker, rejoint les conseils précédents, à savoir que le travail de la terre sous le soleil est dangereux pour la santé des Européens<sup>199</sup>.

Dans un livre célèbre, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië* (*Les médecins aux Indes-Néerlandaises*), Van der Burg souligne également le danger de travailler sous le soleil : « Il y a certainement beaucoup de mesures à prendre pour éviter autant que possible des conséquences dommageables, lorsqu'on est obligé de rester continuellement sous le soleil, comme c'est le cas des travailleurs du bâtiment<sup>200</sup> ». Quant au travail dans les champs, il « doit donc être accompli par des Indigènes » déclare-t-il<sup>201</sup>.

La question n'est pas seulement discutée par les médecins hollandais. Des médecins français s'y intéressent également. Le Dr Treille écrit, par exemple, en 1888 dans son ouvrage *De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds* que pour le Blanc le labour du sol est interdit, car sa constitution n'est pas faite pour le supporter<sup>202</sup>. Navarre dans son *Manuel d'hygiène coloniale*, dit également que le travail physique doit être évité. Il précise que toutes les « professions exercées devant les feux : cuisiniers, boulangers, pâtisseries, forgerons, chauffeurs, etc », doivent plutôt être réservées aux Indigènes<sup>203</sup>.

Il n'est pas surprenant qu'au congrès international des médecins des colonies en 1883, le sujet est également discuté. Les médecins des colonies se présentent comme les gardiens de la santé des Européens. Ils fournissent la liste des activités qui ne causent pas de dommages à la santé.

Dans sa communication, Da Silva Amado divise les Européens travaillant sous les tropiques en deux catégories : ceux qui font un travail intellectuel et ceux qui font un travail physique. Selon lui, les premiers sont mieux respectés, et son activité

---

Gravenhage, Nijhoff, 1873, 34 p ; Indisch Genootschap, *Indisch genootschap : vergadering van 25 Maart 1873 : emigratie uit Nederland naar Nederlandsch Oost-Indie met het oog op de mogelijkheid eener kolonisatie*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1873, 36 p.

<sup>199</sup>Indisch Genootschap, *Indisch genootschap*, op. cit., p. 33.

<sup>200</sup>« Zeer zeker kunnen vele maatregelen genomen worden om die hoogst nadeelig gevolgen zooveel mogelijk te voorkomen, wanner het voortdurend verblijf in de zon noodzakelijk is, zooals bijv. groote bouwwerken », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië. 1 deel, Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, Batavia, Ernst and Co, 1884, vol. 1/, p. 324.

<sup>201</sup>« Vooral het bewerken van den grond voor den landbouw, voor den bouw van huizen enz. is zeer nadeelig voor den Europeaan ; dat werk moet door inlanders geschieden, en is ok voor hen somtijds nadeelig », *Ibid.*, p. 325.

<sup>202</sup>Cité dans Olivier Le Cour Grandmaison, *L'empire des hygiénistes : vivre aux colonies*, Paris, Fayard, 2014, p. 211.

<sup>203</sup>Cité dans *Ibid.*, p. 213.

convient mieux à sa santé. Il informe cependant que la chaleur tropicale peut ralentir les fonctions cérébrales<sup>204</sup>.

Etant donné que le travail sous le soleil tropical est très dangereux pour la santé, il suggère que ce travail soit effectué par des machines. Il dit que « dans le pays chaud il faut remplacer autant que possible l'homme par la machine, et choisir les cultivateurs parmi les Indigènes, les gens des races qui habitent des climats identiques ou semblables et, au besoin, parmi les individus qui, quoique provenant de climats tempérés, sont bien acclimatés aux pays chauds<sup>205</sup> ». La machine ou les Indigènes sont la solution pour exploiter la terre sous la chaleur tropicale. Pour ce médecin, semble-t-il, la machine et les Indigènes sont identiques.

En se référant à l'histoire de la colonisation des Indes-Néerlandaises, un médecin hollandais, Van Overbeek de Meijer<sup>206</sup>, admet que « le travail au grand air et par conséquent le travail des champs est nuisible à tout Européen qui voudrait s'en occuper dans les pays chauds [...] que la culture du sol sous les tropiques ne peut pas être recommandée à des Européens et que par conséquent toute tentative nouvelle de colonisation dans ces conditions doit être condamnée<sup>207</sup> ». Comme d'autres médecins hollandais, Van Overbeek de Meijer n'est pas contre à la colonisation, mais le travail d'exploitation directe du sol pour des Européens doit être évité. Cela ne signifie pas que les Européens ne peuvent rien faire sous les tropiques. D'après lui, ils peuvent s'occuper de la culture du café, des herbiers, des potagers et de l'élevage du bétail. C'est le maximum que des Européens peuvent faire. Il est évident que « La culture du riz, le déboisement, les grands remuements de terrains, explique-t-il, lui seraient sans doute nuisibles<sup>208</sup> ».

Van der Burg reprend le même discours en 1887. Au cours de la réunion de *Indisch Genootschap* du 13 décembre 1887, où il est invité, il parle du danger et de la possibilité, pour les Européens, de travailler la terre. « Rester continuellement sous les rayons du soleil extrême est mortel pour des Européens et le travail aux champs peut provoquer également des maladies comme le paludisme », dit-il. Cependant,

---

<sup>204</sup>Congrès international de médecins des colonies (Amsterdam ; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883, op. cit.*, p. 96.

<sup>205</sup>*Ibid.*, p. 100.

<sup>206</sup>Gilis van Overbeek de Meijer, né à Rotterdam le 2 mars 1831 et mort à Utrecht le 13 juillet 1918, est un hygiéniste hollandais. Il a obtenu le titre de MD à Leyde en 1864.

<sup>207</sup>*Ibid.*, p. 104.

<sup>208</sup>*Ibid.*, p. 105.

concernant les régions hautes, il ajoute « là il est possible d'effectuer les travaux des champs, à condition qu'il s'agisse de faire du jardinage, de cultiver des légumes, de faire la culture du café et de l'élevage, à l'exclusion absolue de la déforestation, la construction des routes et le recadrage des rizières<sup>209</sup> ».

Pour Van Overbeek de Meijer la différence raciale est déterminante pour travailler la terre. En développant l'argument du cosmopolitisme, il affirme que le travail au grand air convient davantage aux Indigènes et aux Chinois. Selon lui « s'il existe dans les *plaines* des pays chauds des hommes travaillant au grand air ou cultivant la terre, ce sont des Indigènes ou bien des Chinois, dont le cosmopolitisme dépasse de beaucoup les limites de tout autre peuple du monde<sup>210</sup> ».

La physiologie de certaines races est compatible avec certains travaux. Dans un sens plus positif, Stokvis explique que le Chinois est beaucoup plus motivé que le Hollandais pour le travail. Il dit « la commodité et la rapidité et en outre la sobriété des Chinois contrastent avec la grossièreté et l'intempérance des travailleurs Hollandais<sup>211</sup> ».

Pour expliquer que le nombre de décès est toujours beaucoup plus élevé parmi les Chinois que parmi les Javanais. Schüffner<sup>212</sup>, comme Kiewiet de Jonge, revient sur une cause déjà évoquée : « Le Javanais se présente ici dans un pays qui ne diffère pas énormément du sien, le Chinois, au contraire, doit d'abord s'acclimater, c'est-à-dire se faire à notre manière de vivre, s'arranger avec des maladies dominantes et avec leurs

---

<sup>209</sup>« *Het voortdurend verblijf in de brandende zoonstralen is doodend voor den Europeaan en de bewerking van den grond geeft bovendien aanleiding tot strekere ontwikkeling der toch al belangrijk heerschende malaria. [...] daar is tevens een veldarbeid zeer goed mogelijk, mits men daaronder versta tuinbouw, het teelen van groenten, de kultuur van koffie en veeteelt, met volkomen uitsluiting van het kappen van bosschen, het maken van wegen en het bebouwen van natte rijstvelden* ». Indisch Genootschap, *Indisch genootschap : vergadering van 13 December 1887 : kolonisatie van Nederlanders in Nederlandsch Oost-Indie*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1887, p. 140-141.

<sup>210</sup>Congrès international de médecins des colonies (Amsterdam ; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883, op. cit.*, p. 106.

<sup>211</sup>« *de gemakkelijkheid en radheid en daarnaast de soberheid van den Chinees steken, zooals hij zegt, gunstig af bij de plomheid botheid, ongemanierdheid en onmatigheid van Nederlandschen arbeider of kleinhandelaar* », B. J. Stokvis, *De invloed van tropische gewesten op den mensch, op. cit.*, p. 73.

<sup>212</sup>Wilhelm August Paul Schüffner, né à Gernheim (Allemagne) le 2 janvier 1867 et mort à Hilversum le 24 décembre 1949, est un hygiéniste du monde tropical. Il a obtenu le titre de MD à Leipzig en 1894. En 1897 à Deli (Sumatra) où il est devenu le médecin-chef à l'hôpital de la compagnie Senembah. C'est à ce moment-là qu'il commence à réaliser un travail sur l'hygiène dans la plantation sous les tropiques. Nous verrons plus loin les détails de son travail dans le sous-chapitre suivant.

causes<sup>213</sup> ». Il en ressort que, d'après Schüffner, le Chinois, malgré sa constitution physique apte au travail sous les tropiques, doit d'abord s'acclimater au pays.

Van der Burg publie en 1895 *Persoonlijke gezondheidsleer voor Europeanen, die naar Nederlandsch-Indië gaan of daar wonen* ("L'hygiène personnelle pour les Européens qui vont s'installer aux Indes-Néerlandaises, où il insiste à nouveau « Il faut noter en outre avec insistance (car il ne peut pas toujours répéter) que le travail en plein air de 9h du matin jusqu'à 16h provoque beaucoup de dégâts sur la santé. Cela est dû aux rayons perpendiculaires du soleil qui sont meurtriers, surtout quand on travaille dans les champs [...] En général, les Européens ne sont pas autorisés à y travailler, on laisse cette tâche aux Indigènes<sup>214</sup> », explique-t-il.

La question de l'installation des Européens s'est posée dès la première moitié du XIXe siècle, et la politique de colonisation s'est appuyée en grande partie sur les médecins. Nous avons vu également que les directives des médecins ont été conditionnées par des facteurs politiques et économiques. Willem Bosch, par exemple, a changé d'avis, d'abord dissuasif par rapport à l'établissement des Européens dans la colonie, il en est devenu un fervent défenseur.

À la fin du XIXe siècle, avec la création de nombreuses plantations, les débats ont cessé, car, semble-t-il, la majorité des médecins soutiennent les nouvelles arrivées d'Européens. Le travail est une autre question. Dans ce domaine, les médecins semblent s'accorder sur l'impossibilité pour les Européens d'effectuer un travail physique sous les tropiques. Il existe cependant quelques exceptions, des médecins autorisant l'activité physique mais dans certaines limites.

## II – MAINTENIR LA SANTE DE LA MAIN D'ŒUVRE

Le travail de la terre ne conviendrait donc pas à la nature physique des Européens. Ce type de travail doit alors être effectué par des Indigènes ou à défaut par des Chinois.

---

<sup>213</sup>W Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, Amsterdam, J.H. Bussy, 1910, p. 28.

<sup>214</sup>« Er moet nog eens met nadruk op gewezen worden, (want het kan niet te dikwijls ernstig worden herhaald) dat het werken in de open lucht van 9 ure (s morgen tot 4 ure 's middags het meeste nadeel doet. Voor een enkele maal kan het er door, maar als dat elken dag geschiedt, zijn de loodrechte zonnestrallen moordend, vooral wanneer er in den grond moet gewerk worden [...] In het algemeen moet de Europeaan geen arbeid in den grond verrichten, maar dien aan inlanders overlaten », C. L. van der Burg, *Persoonlijke gezondheidsleer voor Europeanen, die naar Nederlandsch-Indië gaan of daar wonen.*, Amsterdam, J.H. de Bussy, 1895, p. 173-174.

Néanmoins, les maladies dont sont victimes ces deux communautés - que l'on accuse de « négligences » à l'égard de l'hygiène - deviennent vite le problème principal dans les entreprises. Le besoin d'une main-d'œuvre en bonne santé est pressant, car de celle-ci dépend la productivité, point central pour l'entreprise.

La productivité exige de bonnes conditions physiques des travailleurs, et, bien entendu, une diminution des taux de mortalité. Kuenen<sup>215</sup>, un médecin travaillant à Deli, écrit à ce propos : « en outre, il est évident que lorsque la mortalité aura diminué [l'entreprise sera] aussi beaucoup moins faible et cette dernière pourra fonctionner efficacement avec seulement la moitié des ouvriers<sup>216</sup> ». L'organisation de service de santé dans les entreprises agricoles est rapidement indispensable.

A Deli, dès l'ouverture de l'exploitation agricole, la présence d'un médecin est constante. Il faut noter qu'un organisme de santé publique, au niveau gouvernemental n'a alors pas encore été créé. Depuis sa mise en place, le service de santé de Deli a évolué, comme Willem Kouwenaar<sup>217</sup> le décrit « 1. Auparavant, il y avait un centre médical très simple. Chaque entreprise agricole avait son propre hôpital. Là, tous les malades étaient enregistrés et traités par un médecin ; 2. Schüffner, qui a commencé à travailler à Deli en 1897, a mis en place un système d'hôpital centralisé financé par la compagnie de la plantation (*cultuurmaatschappij*) sur la côte Est de Sumatra (*Oostkust*)<sup>218</sup> ». Kouwenaar compare ainsi l'état de santé avant et après la mise en place de l'ordonnance sur les coolies (*koelie-ordonantie*) que nous allons étudier plus bas. Selon lui, le système (centralisé) est une grande réussite à Deli et mérite d'être défendu.

---

<sup>215</sup>Willem Abraham Kuenen, né à Leyde le 23 février 1873 et mort à Leyde en 1951, est un médecin spécialiste de médecine tropicale. Il a obtenu le titre MD à Leyde en 1901. Comme Schüffner il est aussi médecin à la compagnie Senembah à Deli, et c'est également avec lui que Kuenen réalise le travail sur l'hygiène dans les plantations.

<sup>216</sup>« *Ook behoeft het geen betoog dat, waar de sterfte zooveel is gedaald, ook veel minder zwakke en slechts half bruikbare werkkrachten op de ondernemingen rond zullen loopen* », Willem Abraham Kuenen, *De hygiënische toestanden in Deli*, [S.l.], s.n, 1920, p. 3.

<sup>217</sup>Willem Kouwenaar, né à Nieuwkoop le 28 juillet 1891 et mort à Shannon (Irlande) le 5 septembre 1954, est un hygiéniste du monde tropical. Il a fait ses études de médecine à Amsterdam en 1908. Il est parti à Deli (Sumatra) en 1918 en tant que médecin de la plantation où il a été nommé directeur de laboratoire de pathologie à Medan.

<sup>218</sup>« 1. *In de vroegere tijden bestond een veel eenvoudiger medische voorziening. Elke onderneming had een eigen, zg. ondernemingshospitaal. Daar werd ieder die zich ziek meldde zoo hij dit wenschte opgenomen, en 'behandeld' door een, door den dokter zelf opgeleiden, verpleger; 2. Schüffner, die in 1897 zijn werk in Deli begon, zag dat dan ook terstond in, en op zijn aandrang is eerst bij zijn cultuurmaatschappij, en daarna achtereenvolgens overal ter Oostkust, een centraliseering van den ziekenhuisdienst ingevoerd* », W. Kouwenaar, « De organisatie van den medischen en hygienischen dienst in het Cultuurgebied der Oostkust van Sumatra », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1929, p. 592-593.

Le service de santé décentralisé qui existe au départ à Deli est constitué de plusieurs hôpitaux appartenant à différentes entreprises, chacune disposant d'un médecin. Ce système est considéré peu efficace, du fait de l'absence de supervision par les médecins, et le nombre de décès reste important.

Ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle que ce système change, sous la direction de Schüffner. Ce dernier est un médecin allemand qui travaille pour une entreprise. Il s'intéresse à l'état de santé des travailleurs de Deli (connu pour son insalubrité), où le taux de mortalité est très élevé. Une de ses propositions est la mise en place d'un service de santé centralisé.

Ce qu'on appelle système de service de santé centralisé est, comme le décrit Kuenen, organisé ainsi : « 1. Les personnes atteintes de maladies infectieuses sont retirées de leur poste de travail et mises immédiatement en isolement dans un lieu central sous la surveillance constante d'un médecin ; 2. Les malades dont l'infection est confirmée sont immédiatement envoyés en isolement dès qu'apparaît une épidémie dans l'entreprise, de façon à ce que des mesures immédiates puissent être prises ; 3. Le médecin rend visite aux malades tous les jours et leur administre un traitement ; 4. L'énorme perte de temps pour se rendre d'un hôpital d'entreprise à un autre n'a plus lieu d'être, ce qui fait que le médecin gagne du temps pour effectuer ses recherches<sup>219</sup> ».

Schüffner et Kuenen, les responsables de cette réorganisation, disent que « le système de centralisation a de grands avantages ; on le rencontre presque partout à Deli. Nous le constaterons à notre tour en raison de notre action personnelle en faveur de cette centralisation<sup>220</sup> ». Ces deux médecins ont donc mis en place le système centralisé pour le traitement des malades, mais aussi pour l'amélioration de la santé des travailleurs.

L'ensemble du système de santé permet de lutter contre les maladies par des mesures de prophylaxie mais il met au second plan le traitement des malades. De fait,

---

<sup>219</sup>« 1. Alle lijders aan besmettelijke ziekten worden uit hun omgeving verwijderd en in een central inrichting, die voortdurend onder onmiddellijk deskundig toezicht van den dokter staat geïsoleerd ; 2. Daar iedere zieke wordt opgezonden blijkt onmiddellijk of een besmettelijke ziekte op een onderneming is uitgebroken, zoodat dadelijk maatregelen getroffen kunnen worden ; 3. De medicus is in staat iederen zieke dag aan dag te bezoeken en zelf de behandeling te leiden ; 4. Het enorme tijdverlies om van het eene ondernemingshospitaalje naar het andere te reizen vervalt, waardoor de medicus tijd krijgt voor zijn zoo noodzakelijk onderzoekingen », W.A. Kuenen, *De hygiënische toestanden in Deli*, op. cit., p. 9.

<sup>220</sup>W. Schüffner et W.A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, op. cit., p. 44.



plus la santé de la population s'améliore, plus la productivité du travail s'accroît ; plus le travailleur est sain, plus il se sent heureux (*senang*) dans l'entreprise<sup>221</sup>.

La création d'un laboratoire devient aussi indispensable. C'est le centre de combat contre les maladies. Le système centralisé qui permet aux médecins d'avoir plus de temps pour la recherche va de pair avec la création de laboratoires au début du XXe siècle. La fonction du laboratoire de Deli est de « fournir des conseils d'hygiène à la demande, d'effectuer des recherches sur l'eau, de donner des conseils sur la construction des hôpitaux, etc., mais aussi de procéder à des recherches pour le compte des autorités municipales et leur donner des avis<sup>222</sup> ». Il permet également de justifier toutes les mesures de prophylaxie pour éviter la propagation de maladies.

La mise en place de ce système a été rendue possible par l'application de « l'Ordonnance sur les Coolies » (*koelie-ordonantie*). Cette ordonnance oblige l'entreprise à loger et à prendre soin de ses travailleurs. Elle a également le pouvoir d'obliger les malades à se faire soigner à l'hôpital, de procéder à l'isolement quand éclate une épidémie.

La loi rend donc désormais l'entrepreneur responsable du bien-être des travailleurs. « L'entrepreneur, qui travaille avec des contractuels, doit veiller à ce que ceux-ci bénéficient de l'eau potable et soient nourris ; il doit veiller à ce que leurs hébergements répondent aux exigences d'hygiène et assurer la division du travail<sup>223</sup> », écrit Leopold<sup>224</sup> dans la thèse qu'il soutient à Amsterdam.

Dans les mines de Poeloe Laoet, une politique sanitaire est également mise en place, suite au système de contrat de coolies (*koelie contract*), qui lie les travailleurs à

---

<sup>221</sup>« *He geheel systeem van den geneeskundigen dienst kan dan ook het beste gekarakteriseerd worden, door te zeggen, dat niet alleen, en zelfs niet voornamelijk, ziektebehandeling geschiedt, maar dat de ziektebestrijding, de prophylaxe, op den voorgrond staat [...] hoe beter gezondheidstoestand der bevolking, hoe meer en hoe beter werkprestatie, en, hoe gezonder de arbeider zich voelt, hoe meer 'senang' hij zich op de onderneming zal gevoelen, wat minder verloop van werkvolk tot gevolg zal hebben* », W. Kouwenaar, « De organisatie van den medischen en hygienischen dienst in het Cultuurgebied der Ooskust van Sumatra », art cit, p. 594.

<sup>222</sup>« *Daarnaast geeft het Pathologisch Laboratorium op aanvraag hygienische adviezen, verricht wateronderzoek, adviseert bij den bouw van ziekenhuizen enz. enz., terwijl ook voor het Gouvernement, de Landschappen en de Gemeenten onderzoekingen worden verricht en adviezen worden gegeven* », *Ibid.*, p. 598.

<sup>223</sup>« *De ondernemer, die met contract-arbeiders werkt, moet zelf zorgen, dat zijn arbeiders goed drinkwater en goede levensmiddelen krijgen ; hij moet toezien, dat de woningen aan hygienische eischen voldoen, dat een juiste arbeidsverdeeling wordt gemaakt* », L. Leopold, *De gezondheidstoestand der arbeiders bij de steenkolenmijnen van Poeloe Laoet.*, Amsterdam, Ellerman, 1915, vol.2, p. 168.

<sup>224</sup>Lambertus Leopold, né à Groningen le 2 mai 1881 et mort à Amersfoort le 16 janvier 1954, est un médecin du monde tropical. Il a obtenu le titre MD à Amsterdam en 1915 en soutenant la thèse *De gezondheidstoestand der arbeiders bij steenkolenmijnen van Poeloe Laoet*, Amst. 1915.

leurs employeurs. Leopold souhaite que ce système qui a permis une amélioration de leur état de santé soit généralisé à l'ensemble des entreprises. Il est convaincu que « la force de ce système est due pour l'essentiel au système de contrat de l'ouvrier, qui oblige l'entreprise à une suivi médical de ses ouvriers<sup>225</sup> ».

Cette réorganisation conduit néanmoins parfois à utiliser la force sous le prétexte que les travailleurs, vivant dans des conditions différentes de chez eux, appliquent difficilement les règles d'hygiène. Selon Leopold, « on peut vérifier l'hypothèse selon laquelle les travailleurs dans leurs villages (*desa*) ont peu conscience des exigences de l'hygiène [mais] transportés dans un lieu où ils vivent dans des circonstances totalement différentes, ils sont soumis à de nouvelles obligations. Loin du village, où se pratique une vie de famille calme et tranquille, le travailleur est soudainement placé dans un environnement où, sous régime européen, le travail exige en permanence beaucoup d'efforts<sup>226</sup> ».

Le système provoque un grand débat au début du XXe siècle. Il est déclenché par J. van den Brand, un avocat hollandais, avec la publication de son livre *De millioenen uit Deli*<sup>227</sup> en 1902. Ce livre qui critique sévèrement l'ordonnance sur les coolies (*Koelie-ordonnantie*) à Deli responsable de la mort de nombreux travailleurs, due au pouvoir de punition illimité acquis par l'entreprise. Selon van den Brand, ce système ressemble beaucoup à une pratique dissimulée d'esclavage. Quant aux bénéfices du système sur la santé, Van den Brand n'y croit pas. « *[A]nd then the hospital of coffee company where a pestilent stench issued from a lattice window and derived from two Javanese men, eight Javanese women, all fatally ill and a corpse that had been lying there for 24 hours, all crushed in a space of a few square meters, without water, without a toilet bucket, where they relieved themselves on the ground, mixed it with sand and then shoved it outside through a crack*<sup>228</sup> », dit-il de l'hôpital de Deli. La

---

<sup>225</sup>« *De kracht van het systeem, waaraan deze in het hoofdzaak zijn te danken, ligt n.l. in het contract van den arbeider, waarbij deze zich verplicht, zich geneeskundig te doen behandelen. Daargelaten de juridische vraag, of in de vigeerende Koelie-Ordonnantie deze verplichting ligt opgesloten, de praktijk heeft langzamerhand de verplichte geneeskundige behandeling gesanctionneerd* », *Ibid.*, p. 222.

<sup>226</sup>« *De onderstelling mag juit zijn, dat de arbeiders in hun dessa's zich, althans bewust weinig of niets van hygienische eischen aantrekken, zij is hier mistplaats, omdat de arbeiders in geheel andere omstandigheden gebracht worden. Van uit de kampong, waar een kalm, rustig familieleven geleid werd, wordt de arbeider plotseling overgeplaatst in een milieu, waar onder Europeesch regime een regelmatige en vrij krachtige arbeid van hem wordt geeischt* », *Ibid.*, p. 169.

<sup>227</sup>J. van den Brand, *De millioenen uit Deli*, Amsterdam, Höveker & Wormser, 1902.

<sup>228</sup>Cité dans Liesbeth Hesselink, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 290 ; Voir aussi J. van den Brand, *De millioenen uit Deli*, Amsterdam, Höveker & Wormser, 1902, p. 32-33.

publication du livre provoque des protestations croissantes contre l'ordonnance sur les coolies.

Plusieurs historiens ont déjà travaillé sur ce sujet. Plusieurs d'entre eux ont souligné la sévérité de la loi dont l'application ressemble beaucoup à de l'esclavage. Ils ont aussi analysé l'indifférence de l'État colonial à cet égard, mais aussi son impuissance devant l'entreprise. Les tentatives faites par l'État colonial pour passer sous silence l'ouvrage de van den Brand sont également traitées<sup>229</sup>. Ce qui manque, dans ces analyses, est le point de vue de médecins, qui ont un point de vue particulier.

Si les politiciens critiquent la mise en place du système de *koelie-ordonnantie*, des médecins, au contraire, le soutiennent. Ils essayent de répondre aux critiques. Ils pensent au contraire que le système du contrat de coolies améliore les conditions de vie des travailleurs.

La Société des médecins pour l'avancement de la science médicale aux Indes-Néerlandaises publie en 1910 un livret qui s'oppose à l'abolition du système d'ordonnance sur les coolies (*koelie-ordonnantie*). Ce livret interroge le rapport entre la liberté du travailleur et les nécessités imposées par une politique d'hygiène. En introduction, il est écrit « Il va sans dire que ces règlements de nature restrictive sur la liberté individuelle sont des propositions au bénéfice de la communauté ainsi que pour le bien de l'individu lui-même<sup>230</sup> ». Les médecins pensent que la liberté de l'individu s'oppose aux besoins de la société. Autrement dit, que la liberté n'existe pas vraiment.

La liberté individuelle du travailleur s'oppose au développement de l'hygiène sur la plantation. L'auteur affirme que « là où sont les maladies infectieuses, la loi joue véritablement un rôle ; les individus eux-mêmes sont bien pris en compte, malgré leurs souhaits et désirs différents ; l'état de santé général, l'un des principaux problèmes que le gouvernement doit assurer pour la communauté, est extrêmement

---

<sup>229</sup>Jan Breman, *Taming the coolie beast: plantation society and the colonial order in Southeast Asia*, Delhi; Calcutta; Bombay, Oxford university press, 1989.

<sup>230</sup>« Men kan ideale eischen van vrijheid en ontwikkeling vooropstellen ; daarnaast kan men getallen noemen, die de materiele welvaart aangeven en betrekking hebben op de verdiensten in verband met uitgaven noodig voor het levensonderhoud ; verder heeft men getallen, welke het geboorte-cijfer, het sterftecijfer, het ziekte-cijfer, den gemiddelden leeftijd enz. aangeven [...] Het spreekt van zelf, dat al deze voorschriften uit den aard der zaak beperkingen van de persoonlijke vrijheid der individuen voorstellen én ten voordeele der gemeenschap én ter wille van het individu zelf », J.A Knebel et Vereniging tot bevordering der geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch-Indië. Afd. Sumatra's Oostkust, *Het ontwerp van Mr. van Blommestein en de hygienische en geneeskundige voorwaarden, waaronder de in contract werkende arbeiders in Deli leven*, Medan, De Deli Courant, 1910, p. 3.

important ; la liberté individuelle apparaît alors comme sans importance<sup>231</sup> ». Pour les médecins, la présence de cette réglementation facilite beaucoup leur tâche, qui s'accroît à chaque fois que se propage une maladie.

Dans les 20 dernières années du XIXe siècle, on constate des progrès dans la qualité de l'hygiène à Deli. Ils ont été rendus possibles par « une coopération entre l'administration, les planteurs, les médecins, et plus tard, l'inspection du travail<sup>232</sup> ».

Selon les médecins, l'amélioration de la santé des travailleurs à Deli est due à la centralisation des services de santé. Et cette centralisation ne peut être achevée que grâce au pouvoir colonial. La signature (*De ondergeteekenden*) de contrats entre les travailleurs et l'Entreprise est l'étape initiale, elle impose la mise en place d'un service médical centralisé. Néanmoins, Deli est toujours limité par l'*ordonnance sur les coolies* obligeant l'employeur à fournir un traitement médical gratuit sur le site de l'exploitation et, « conformément à cette disposition, chaque entreprise a son propre petit hôpital, où les patients sont accueillis et soignés<sup>233</sup> ». Les médecins doivent obliger les travailleurs à se faire soigner, mais l'*ordonnance sur les coolies* oblige aussi l'employeur à faciliter l'accès aux services de santé. C'est à ce dernier qu'incombe la responsabilité de mise en place de mesures d'hygiène publique dans la plantation.

Avant la loi, les services de santé rudimentaires fournis par les entreprises dans chaque plantation n'étaient pas efficaces, d'où la création d'un service centralisé. Le fait que le médecin devait circuler lors de son inspection des centres médicaux de chaque entreprise lui compliquait énormément la tâche. Avec la centralisation, le médecin n'effectue l'inspection que dans un centre de soin, et passe beaucoup moins de temps aux traitements<sup>234</sup> : « Sans aucun doute ce bénéfice revient au coolie en tant qu'individu, mais la grande force du système se trouve dans l'accord du soussigné (le

---

<sup>231</sup>« Daar, waar het besmettelijke ziekten geldt, treedt de wet zonder eenige aarzeling dwingend op (cholera, pokken, enz.); daarbij wordt wel degelijk rekening gehouden met het belang der individuen zelve, doch niet met hunne wenschen en begeerten; de algemeene gezondheid, een der hoofdzaken, waarvoor een Regering of Gemeenschap te zorgen heeft, is een te groot belang; de individueele vrijheid komt daar tegenover niet in aanmerking », *Ibid.*, p. 4.

<sup>232</sup>« in de laatste 20 jaar valt een groote vooruitgang op hygienisch gebied in Deli te constateeren [...] Het is aan een gelukkige samenwerking van Bestuur, planters, doktoren en in de latere jaren mede aan de arbeidsinspectie te danken, dat deze vooruitgang is tot stand gekomen », *Ibid.*

<sup>233</sup>« De ondergeteekenden zijn eenstemmig van oordeel, dat als een der hoofdzaken genoemd moet worden: de streng doorgevoerde centralisatie van den geneeskundigen dienst; uit hetgeen volgt zal blijken, wat daaronder moet worden verstaan. Steeds in Deli door de koelie-ordonnantie den werkgever de verplichting opgelegd om voor kosteloze geneeskundige behandeling zijkere contractkoelies te zorgen. Ingevolge dit voorschrift had iedere onderneming haar eigen hospitaaltje, waarin de zieken werden opgenomen en verpleegd », *Ibid.*, p. 6.

<sup>234</sup>*Ibid.*, p. 7.

coolie) qui, ainsi, infecte beaucoup moins les autres [car en cas d'infection] il est éloigné rapidement de l'entreprise et isolé à l'hôpital aussi longtemps qu'il demeure infectieux<sup>235</sup> ».

La question est pourtant « est-ce que le coolie est forcé par la loi d'aller à l'hôpital ? ». La réponse est claire : « On sait dans tout Deli que l'ordonnance sur les coolies conduit indirectement à l'obligation pour le travailleur de se faire soigner en cas de maladie ; les employeurs comme les employés bénéficient de traitements ». Néanmoins, on peut douter de l'efficacité de cette obligation pour les travailleurs d'aller à l'hôpital, car en réalité, le nombre de malades traités est identique qu'ils soient sous contrat ou hors contrat. Mais le corps médical reste convaincu que « c'est grâce à l'ordonnance sur les coolies que le travailleur va à l'hôpital<sup>236</sup> ».

L'obligation d'aller à l'hôpital en cas de maladies est un des facteurs d'amélioration de la santé des travailleurs. Contrairement à l'Europe, où l'usage de la force n'est pas nécessaire, disent les médecins, « ici, sous les tropiques, c'est totalement différent parce que l'Indigène ne ressent pas en lui-même l'envie de consulter des médecins européens, à cause de l'ignorance et d'une peur non justifiée ; un certain fatalisme et une capacité limitée de se projeter dans l'avenir, font qu'il lui semble préférable de renoncer provisoirement à sa liberté de mouvement et il préférera refuser de recevoir un traitement, si on lui laisse la liberté de choix<sup>237</sup> ». La force semble donc être la clé du succès du programme de santé publique pour les Indigènes.

Les travailleurs libres, présents dans plusieurs entreprises, certains d'entre eux tout au moins, peuvent être facilement dirigés vers l'hôpital lorsqu'ils sont

---

<sup>235</sup>« zonder twijfel bestaat dit voordeel voor den koelie als individu, doch de groote kracht van het systeem ligt naar het eenstemmig oordeel der ondergeteekenden daarin, dat de zieken geen of veel minder gelegenheid hebben hunne omgeving te infecteeren, nu zij snel van de ondernemingen worden verwijderd en in het hospitaal worden geïsoleerd, zoolang zij infectieus blijven », *Ibid.*

<sup>236</sup>« Wordt de koelie in Deli door de wet of den sterken arm gedwongen om in het hospitaal te gaan ? [...] Toch is iederen in Deli steeds overtuigd geweest, dat uit de koelie-ordonnantie indirect de verplichting van den arbeider om zich bij ziekte te laten behandelen volgde ; zoowel bestuur als werkgevers en werknemers hebben dit jaren achtereen aangenomen en hebben daarnaar gehandeld. Op de vraag of in werkelijkheid uit de de koelie-ordonnantie deze verplichting der contractanten volgt, schijnt het antwoord twijfelachtig ; voor hetgeen wij hier behandelen is dit evenwel onverschillig, daar bij alle partijen ten rechte of ten onrechte deze meening heeft bestaan. Wij moeten dus de slotsom komen : Het is aan de koelie-ordonnantie te danken, dat de koelie naar het hospitaal gaat », *Ibid.*, p. 9.

<sup>237</sup>« hier in de tropen is dit geheel anders, want de inlander voelt uit zichzelf niet den drang om den Europeeschen geneesheer te raadplegen uit onkunde en ongemotiveerde vrees ; zijn fatalisme en zijn beperkt vermogen om zoover in de toekomst te zien, dat het voor hem beter is om voor korten tijd zijn vrijheid van beweging prijs te geven terwille van herstel van gezondheid, doen hem meestal weigeren zich onder behandeling te stellen, indien men hem geheel uit zichzelf laat kiezen », *Ibid.*, p. 10.

malades. Mais pour les autres, l'application de l'ordonnance sur les coolies (*koelie-ordonnantie*) reste primordiale, l'ensemble du règlement, y compris l'envoi à l'hôpital par la force, doit être appliqué<sup>238</sup>.

Soulignant à nouveau que l'état sanitaire de Deli s'est grandement amélioré grâce au système de contrat pour des coolies, l'auteur de ce livret remarque : « Il s'agit donc finalement d'un contrat obligatoire dans la législation existante, créant à Deli la possibilité, pour l'ouvrier, de bénéficier de conditions d'hygiène très favorables et des bienfaits de la civilisation européenne ; c'est ce que nous avons réussi partout dans nos colonies<sup>239</sup> ». Le résultat du travail effectué à Deli serait ainsi beaucoup plus avancé que dans la plupart des colonies des autres nations.

On comprend mieux, de ce point de vue, la raison pour laquelle la présence de *vrije arbeiders* (travailleurs libres) est une menace pour l'hygiène dans la plantation. En ce qui les concerne, l'entreprise n'a aucun pouvoir pour les contrôler ou les forcer à aller à l'hôpital lorsqu'ils sont malades. « Nous craignons en premier lieu qu'une grande partie des coolies n'aille plus à l'hôpital en cas de maladies infectieuses, si ces maudits (les coolies malades) restent dans les entreprises et infectent leur environnement ; la dysenterie, l'ankylostomiase, le choléra et d'autres maladies se propagent et les tristes conditions du passé seront de retour<sup>240</sup> ». Ainsi, le *vrije arbeiders* est dangereux non seulement pour lui-même, mais aussi pour son entourage.

L'auteur continue : « on ne peut pas tirer d'autre conclusion, que les conditions d'hygiène déjà favorables à Deli sont indissociables de la relation de soumission entre employeurs et employés, fondées sur les principes nés de *l'Ordonnance sur les coolies*

---

<sup>238</sup>*Ibid.*

<sup>239</sup>« Van een hygienisch standpunt gezien, zijn het dus het bindend contract en de bestaande wetgeving, die in Deli de mogelijkheid scheppen om den arbeider in gunstige en zelfs zeer gunstige hygienische omstandigheden te brengen en hem deze zegeningen der Europeesche beschaving deelachtig te doen worden ; wij weten, dat dit in onze kolonien nog ergens is gelukt ; ook in de meeste kolonien van andere naties is men lang niet zoo ver als wij hier in Deli zijn, zooals aan een ieder onder de medici, die zich van de desbetreffende literatuur op de hoogte houdt, bekend is », *Ibid.*, p. 19.

<sup>240</sup>« Wij vreezen in de eerste plaats, (en de gronden voor die vrees zijn uit hetgeen gezegd werd duidelijk) dat, daar een groot deel der koelies niet meer in het hospitaal zal verschijnen, met besmettelijke ziekten behepte lieden op de ondernemingen zullen blijven en hunne omgeving zullen infecteeren ; dysenterie, ankylostomiasis, cholera en andere ziekten zullen zich uitbreiden en de treurige toestanden van vroeger zullen wederkeeren », *Ibid.*, p. 10.

et, qu'abolir ou amender l'ordonnance, aurait comme conséquence de faire s'écrouler ce qui a été déjà accompli ici<sup>241</sup> ».

Faut-il expliquer aux Indigènes les préjudices qu'ils subissent ? D'après les Européens, leur liberté individuelle s'oppose à leur bien-être. L'Indigène non européenisé est par conséquent difficile à instruire dans le domaine des règles d'hygiène. Accorder aux médecins le recours à la force est le moyen de mettre en place une politique de santé efficace. En absence de réglementation, l'état sanitaire de la plantation est menacé<sup>242</sup>.

L'auteur affirme en outre que la menace ne concerne pas seulement la plantation, mais aussi le pays en général. S'il admet que la notion de liberté individuelle est très importante, mais il veut néanmoins fixer des limites, car sans ces limites un réel danger existe. Selon lui, laisser circuler librement les malades, leur donner la liberté de choisir d'être soignés ou non, risque de créer des dégâts beaucoup plus graves. C'est dans ce sens que la liberté des travailleurs, au moins du point de vue des médecins travaillant à Deli, doit être limitée<sup>243</sup>.

Dans un article publié en 1917, Hijden partage cette opinion. Pour lui également, le travailleur libre (*vrije arbeider*) est une menace pour la salubrité publique dans les plantations. « Le travailleur libre signifie en pratique, écrit-il, que l'employeur a moins d'obligations juridiques, y compris celles relatives à l'obligation du traitement médical. En découle la possibilité de soustraire ce travailleur du contrôle médical, même en cas de maladies infectieuses<sup>244</sup> ». Le manque de surveillance est considéré comme dangereux, car si une épidémie éclate, il sera difficile de forcer les travailleurs libres à se rendre dans un centre de soin.

Les Européens de l'époque ont apparemment des difficultés à croire que les Indigènes aient la capacité d'aller spontanément au centre de santé : « Au cas où le contrat de coolie est remplacé par 'le travailleur libre', il serait nécessaire de créer

---

<sup>241</sup>« er is geen andere conclusie mogelijk, dan dat de reeds veelal gunstige en nog steeds verbeterende hygienische toestanden in Deli onafscheidelijk verbonden zijn aan de alhier heerschende verhouding tusschen werkgever en werknemer, en dus berusten op de principes der zoogenaamde koelie-ordonnantie en dat het geheel of gedeeltelijk opheffen dier ordonnantie tot noodzakelijk gevolg zal hebben, dat alles wat hier bereikt is tot ondergang wordt gedoemd », *Ibid.*, p. 12.

<sup>242</sup>*Ibid.*, p. 15.

<sup>243</sup>*Ibid.*, p. 21.

<sup>244</sup>« Vrije arbeid beteekent, practisch gesproken, dat de werkgever minder wettelijke verplichtingen op zich neemt, speciaal ook met betrekking tot de geneeskundige verzorging zijner arbeiders en dat deze aan hunne z.g.n. vrijheid het recht ontleenen om zich aan het noodige dokterstoezicht te onttrekken, ook ingeval van besmettelijke bedrijfsziekten », H. N. Van Der Heijden, « De hygienische verzorging der arbeiders-immigranten in de Buitenbezittingen », *Koloniale studiën*, 1918, vol. 2, n° 1, p. 75.

une police médicale spéciale, qui s'occuperait en premier lieu de protéger le travailleur contre l'abus de sa liberté [...] L'expérience nous a appris que les opinions individuelles sur la notion de 'liberté' peuvent causer des ravages<sup>245</sup> », écrit-il.

Concernant le travailleur libre (*vrije arbeider*), un problème important est mis en avant, le fait que les Indigènes dissimulent souvent leur état de santé, à cause de leur ignorance du danger causé à leur entourage, surtout dans le cas de maladies contagieuses<sup>246</sup>.

G. Baermann fait une autre remarque: « *the abolition of the cooly contract too be to previous as far as newly imported coolies are concerned. Older coolies, which in the course of time have become accustomed to hygienic arrangements and habits and who have learned to work, can, under favourable conditions of colonisation, continue to work without contract* »<sup>247</sup>. Les anciens travailleurs se sont donc habitués à suivre les règles d'hygiène, et l'abolition la loi n'aurait aucune conséquence. Néanmoins, nouveaux travailleurs sont encore à éduquer, et par conséquent l'abolition n'est pas encore à l'ordre du jour.

Cette opinion est en outre renforcée dans le rapport qu'il publie quelques années plus tard: « *Without doubt these results have been obtained solely through the coolie contract system, as owing to this system it is possible to dispel many of the prejudices, which the native labourers have against the European Medical service, and it helps to gradually influence them in becoming accustomed to medical supervision* »<sup>248</sup>. Il pense donc vraiment que le succès de la mise en place de l'hygiène dans les plantations de Deli vient de l'application de l'*ordonnance sur les coolies (koelie-ordonnantie)*, qui a permis une supervision médicale stricte.

Il ne comprend pas la raison pour laquelle il y a de nombreuses critiques à l'égard ce système. Il écrit: « *The knowledge gained by these experiences, and experiments which have also been made by others, makes it incomprehensible why the*

---

<sup>245</sup>« *Naarmate het koeliecontract zal plaats maken voor 'vrijen arbeid' zal men eene speciale medische arbeids-politie zien ontstaan, in de eerste plaats ter bescherming van den arbeider zelf tegen zijn misbruikte vrijheid [...] De ervaring leert, dat al te individueele meeningen omtrent het begrip 'vrijheid' groote schade kunnen aanrichten* », *Ibid.*, p. 76.

<sup>246</sup>*Ibid.*, p. 77.

<sup>247</sup>Gust Baermann, *Rapport VIII-XII, 1914-1918 Serdang Doktor Fonds, Hospitaal Petoemboekan en Serbadjadi, Oostkust van Sumatra*, Diessen vor München, 1919, p. 5.

<sup>248</sup>Gust Baermann, *Rapport XIII-XX, 1919-1925 Serdang Doctor Fonds, Hospitaal Petoemboekan, Oostkust van Sumatra*, Medan, 1926, p. 3.



*contract system, as here in vogue, should be so unfavourably criticised<sup>249</sup> ». Le succès du système est pour lui évident : « When anyone has seen, as I have seen, in the course of my twenty years experience, how a whole labour force has been ravaged by infectious diseases (dysentery, syphilis, hook-worm, etc.) and how under this contract system the same diseases have lost their devastating character, how the whole population has improved both hygienically and economically, and how a race of strong healthy children has been evolved, and the general living raised to higher level, then one must become a decided and staunch supporter of the contract system, even although there should be certain disadvantages attached to it<sup>250</sup> ».*

Il admet que le système n'est pas parfait. « *It is only to be expected that in the Labour contract mistakes will occur, but these also happen in every country and in all labour regulations, and notwithstanding the fact that all incidents are given greater publicity here, certainly fewer mistakes occur than in other tropical lands, where the labourers are imported<sup>251</sup> », écrit-il, en ne faisant qu'évoquer à mi-mots la sévérité à l'égard des travailleurs. Cependant, « *the opening of plantations in Sumatra on bigger scale with proper hygienic supervision could never have been undertaken without the help of the contract system ; and when people who have no interest in the plantations, attempt to have the principles of the system changed or even abolished, they cannot be aware of what they are doing, as this would impede the development of a prosperous country and take away the livelihood of hundreds of thousands<sup>252</sup> ».**

Quant à Baerman, médecin-chef à Serdang, il écrit : « *It may perhaps be surprising that I as a doctor should interest myself with purely economic questions, but I have a certain ideal right there to, because during my twenty years here, I have seen and know all the good and bad points in connection with the contract system. My own work, and the work I do in conjunction with the estates attached to our hospital, brings me in close contact with the working of the system, and also I know and understand the nature of the coolie, his habits, his outlook on life etc. There is still much that could be written in this connection but time and space do not permit<sup>253</sup> ».*

---

<sup>249</sup>*Ibid.*, p. 3-4.

<sup>250</sup>*Ibid.*, p. 4.

<sup>251</sup>*Ibid.*

<sup>252</sup>*Ibid.*, p. 5.

<sup>253</sup>*Ibid.*

Pour Leopold, la critique du système est inacceptable, car elle va détruire les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène<sup>254</sup>. Kouwenaar, en tant que médecin, ne voit que son côté positif, l'amélioration de la santé publique<sup>255</sup>.

Heinemann, autre médecin de l'entreprise, écrit dans le *Geneeskundige Tijdschrift* en 1935 un rapport sur l'état de santé des travailleurs après l'abolition du *koelie-ordonnantie* en 1931<sup>256</sup>. La question qu'il pose porte sur les conséquences de l'abolition : y a-t-il eu une augmentation du nombre de malades et de décès ? Il constate : « si nous considérons le taux de la mortalité ces dernières années, nous voyons que l'année 1932 – la première année après l'abolition de sanction pénale (*poenal sanktie*) est plutôt favorable, que la mortalité en 1933 est légèrement supérieure à la moyenne (en raison de l'épidémie de grippe dans nos plantations), mais elle n'a pas atteint les 10 sur mille. *L'abolition de la sanction pénale (poenal-sanktie) n'a pas changé la discipline hygiénique et médicale*<sup>257</sup> ».

D'après ce médecin, le recrutement de nouveaux travailleurs n'est plus nécessaire, car les anciens travailleurs et leurs descendants continuent à travailler sur la plantation, grâce à son excellente salubrité. Le système du *pondok* est très efficace pour assurer la salubrité de la communauté<sup>258</sup>.

À partir de ses observations, Heinemann conclut que, d'une part, il n'est plus nécessaire de mettre en place de sanction pénale (*poenal sanktie*) et que, d'autre part, l'entreprise doit arrêter de faire venir des travailleurs extérieurs<sup>259</sup>. Il a confiance dans l'Entreprise pour faire naître une nouvelle génération de travailleurs qui bénéficieront de bonnes conditions physiques et d'une bonne santé. Ils ne serviront pas uniquement l'entreprise, mais aussi l'avenir des Indes-Néerlandaises. « Dans nos entreprises la qualité de l'hygiène permet d'assurer une descendance robuste au travailleur. Les enfants qui sont élevés dans une famille mise au contact de l'hygiène

---

<sup>254</sup>L. Leopold, *De gezondheidstoestand der arbeiders bij de steenkolenmijnen van Poeloe Laoet.*, op. cit., p. 222.

<sup>255</sup>W. Kouwenaar, « De organisatie van den medischen en hygienischen dienst in het Cultuurgebied der Ooskust van Sumatra », art cit, p. 592.

<sup>256</sup>H. Heinemann, « Het hygienische werk der Senembah-Maatschappij gedurende de laatste jaren », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1935, p. 524.

<sup>257</sup>« *Beschouwen wij nog eens de mortaliteitscijfers der laatste jaren, zoo zien wij, dat het jaar 1932 – dus het eerste jaar na afschaffing der poenale sanktie-bijzonder gunstig was, verder dat de mortaliteit in 1933 iets boven het gemiddelde steeg (als gevolg van influenza-epidemieën op enkele onzer ondernemingen) maar eveneens de 10 pro mille niet bereikte. De afschaffing der poenale sanktie heeft de medische en hygienische discipline niet kunnen veranderen* », *Ibid.*, p. 526.

<sup>258</sup>*Ibid.*

<sup>259</sup>*Ibid.*, p. 533.

occidentale ne sont pas seulement utiles pour notre Entreprise, mais aussi pour l'ensemble des Indes-Néerlandaises<sup>260</sup> ».

### III – ASSAINIR LA PLANTATIONS

Dans son discours d'introduction au film « *Jeugd en kolonisatie op ondernemingen in Deli* » (La jeunesse et la colonisation de l'entreprise à Deli), le 15 décembre 1939, Heinemann déclare devant les membres de Oost-Kust van Sumatra-Instituut que la réussite de l'application des normes d'hygiène dans la plantation a été obtenue grâce à « la qualité des logements, à la sélection des colons, mais davantage encore à l'idée d'y intégrer des structures familiales existantes ainsi que d'y construire de nouveaux foyers<sup>261</sup> ». On était à la fin de la colonisation, à une époque où l'Entreprise avait déjà eu un grand développement économique.

Le débat sur la main d'œuvre et sa force de travail a démarré à la fin du XIXe siècle. À cette date, on pense que le succès des plantations dépend en grande partie de la disponibilité de travailleurs en bonne santé. Avec cette certitude, les médecins ignorent les critiques à l'égard du système de l'ordonnance de coolie (*koelie-ordonnatie*) qui ressemble beaucoup à la pratique de l'esclavage.

La question de l'hygiène est toujours liée aux bénéfices économiques que l'on peut en tirer. Si l'entreprise prête attention à la santé des travailleurs, c'est parce que leur état de santé détermine le profit économique. Dans un petit livret publié en 1921, Kuenen montre que l'hygiène est un des fondements de la prospérité des entreprises, bien qu'elle ne soit pas encore partout entrée dans la pratique. Il sait « combien d'entreprises ont échoué parce que la maladie et la mort ont compromis la viabilité qu'un service médical efficace aurait pu éviter<sup>262</sup> ».

---

<sup>260</sup>« Op onze ondernemingen groeit een krachtig geslacht op van toekomstige werklieden. Deze kinderen in den zin van Westersche hygiene op te leiden, is niet alleen van belang voor onze Maatschappij, maar ook voor geheel Indie », *Ibid.*

<sup>261</sup>« den goed gekozen aard der huisvesting en aan de selectie der kolonisten, maar meer nog aan de gelukkige gedachte, om ook de gehechtheid van den Javaan aan de familie niet uit het oog te verliezen en in de kolonisatie-dorpen nieuwe familie-centra op te bouwen », H. Heinemann, *Inleiding tot de film « Jeugd en kolonisatie op ondernemingen in Deli »*, [S.I], [s.n.], 1939, p. 1.

<sup>262</sup>« De hygiene vormt voor het slagen en den bloei van een onderneming een zeer voorname basis, hetgeen, helaas, door velen nog niet wordt ingezien. En toch, hoeveel ondernemingen zijn mislukt, omdat ziekte en dood de levensvatbaarheid ondermijnden, terwijl een krachtige geneeskundige dienst den val had kunnen voorkomen », W. A. Kuenen, *De hygiënische toestanden in Deli*, op. cit., p. 2.

Il s'agit là du discours sur l'hygiène dans l'entreprise, Mais qu'en a-t-il été des pratiques.

Avant d'observer les mesures prophylactiques et autres mesures prises pour la santé des travailleurs, il nous faut d'abord regarder le fondement scientifique de ces mesures. On peut les trouver dans les travaux de Schüffner et Kuenen qui sont les principaux promoteurs des travaux entrepris dans les plantations. Dans un ouvrage sur l'hygiène dans la plantation, ils écrivent : « L'influence pathogénique du climat, invoquée autrefois et exclusivement comme [la] cause de la situation malsaine d'un pays, se trouve presque complètement annihilée par la science moderne ; elle a été remplacée par la Faune et la Flore des parasites pathogéniques qui peuvent se développer dans un pareil climat [...] Il fallait en tout premier lieu entamer une lutte méthodique, il fallait forger l'arme qui devait présider à ces nouvelles recherches ; déjà aujourd'hui, ces plans de prophylaxie et de guérison sont tracés. L'âme de cette lutte, on ne pourrait en passer le nom sous silence, c'est elle qui avec le concours des infiniment petits est arrivée à la plus grande réputation. Ce génie c'est Robert Koch<sup>263</sup> ».

La science moderne est une source d'inspiration pour la pratique de l'hygiène dans la plantation. Par « science moderne », les auteurs désignent la découverte de micro-organismes considérés comme sources des maladies. Avant cette découverte, les causes des maladies étaient attribuées au climat. La chaleur, par exemple, était souvent considérée comme cause de maladie, ainsi que les miasmes. Schüffner et Kuenen écrivent par exemple : « On considérait autrefois cet endroit comme malsain au point de vue du climat, et on attribuait au climat les grandes pertes causées par la maladie et la mort. Aujourd'hui la mortalité se trouve réduite à un petit pourcentage. Pendant tout ce temps, le climat est resté le même ; il n'a pris aucune part à la réduction de la mortalité, mais partout on a éliminé les causes qui donnaient lieu aux maladies<sup>264</sup> ». Cette citation montre à quel point le paradigme climatique est remplacé par celui de la bactériologie.

Néanmoins, les deux auteurs ne disent pas que le climat n'a aucune influence sur la morbidité : le climat a bien un impact sur la santé, mais il n'est pas le seul. Pour

---

<sup>263</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, op. cit., p. 16-17.

<sup>264</sup>*Ibid.*, p. 17.

Schüffner et Kuenen, « le climat ne participe donc que d'une manière indirecte à la situation hygiénique du pays. Ainsi, la sécheresse contribue à la propagation du typhus et du choléra [...] La maxime d'un paysan, que l'on entend fréquemment ici 'une mauvaise année de tabac sera également mauvaise au point de vue de la santé renferme bien quelque vérité ; la santé publique et le tabac souffriront tous deux sous l'action de la sécheresse<sup>265</sup> ».

La naissance de ce qu'on appelle la médecine tropicale donne également un fondement scientifique à l'hygiène à Deli. Comme nous l'avons signalé précédemment, la médecine tropicale est le fruit de deux réalités: la naissance de la bactériologie et la colonisation des pays tropicaux. Ce qui est intéressant dans le témoignage de ces deux médecins est qu'avant ces événements, le résultat des mesures d'hygiène est minime. Ils disent : « Il y eut une période d'efforts infructueux ; on marchait à tâtons avec l'espoir de découvrir des possibilités d'amélioration, et au moment où la médecine tropicale s'est faite connaître, où les aiguilles à vaccination et le microscope ont été inaugurés à Deli, on apprit à connaître les ennemis et la lutte devint plus facile<sup>266</sup> ».

Dans la pratique, les travaux d'hygiène à Deli ne donnent pas facilement de résultats concrets. Ils semblent vains. Ils provoquent le scepticisme. Les autorités politiques coloniales hollandaises préfèrent ne pas trop investir trop dans ces travaux. Néanmoins, on obtient quand même quelques résultats. Au cours des sept premières années, le taux de mortalité a baissé. Avec beaucoup de prudence, « on n'avait procédé à aucun assainissement sur une large échelle, et en raison de préjugés et de doutes, on s'inquiétait de la possibilité d'une œuvre pareille », écrivent Schüffner et Kuenen. Ils ajoutent : « nos projets d'amélioration se réduisaient à l'état d'essais qui, de plusieurs côtés, furent reçus avec méfiance, même critiqués. Il en fut ainsi p. ex. de notre lutte contre le ver (ankylostome), entreprise sur une échelle non encore surpassée dans le monde entier<sup>267</sup>. Et c'est grâce à ce mode de travail, semble-t-il, que l'hygiène a réussi à se généraliser à Deli.

### ***La quarantaine***

Une réunion de la Société pour l'avancement des Sciences Médicales aux Indes Néerlandaises, branche de Sumatra, a lieu le 12 juillet 1902. Le sujet est « l'adoption

---

<sup>265</sup>*Ibid.*

<sup>266</sup>*Ibid.*, p. 44.

<sup>267</sup>*Ibid.*, p. 37.

des mesures relatives à l'immigration des coolies en provenance de Chine et d'autres régions contaminées par le choléra ou d'autres maladies infectieuses ou débarquées par bateaux sur lesquels des cas de choléra sont apparus pendant le voyage<sup>268</sup> ». De cette réunion, il résulte trois mesures prophylactiques à prendre : 1. Transporter directement les coolies depuis le port de Belawan Deli jusqu'à l'Entreprise (plantation) ; 2. Transporter les coolies sous l'autorité du Comité Planteurs sur le terrain du Bureau de l'Immigration ; 3. Le navire et les immigrés contaminés doivent être mis en quarantaine dans l'île de Poeloe-Berhalla<sup>269</sup>.

L'objectif est clair : empêcher la propagation de maladies due à l'arrivée de nouveaux travailleurs sur la plantation. Quant à la quarantaine, les mesures prises pour combattre les maladies sont les suivantes : 1. Le transport du port de Belawan est effectué par train ; ce transport est réalisé sous la surveillance de l'autorité médicale ; 2. Assurer la présence des médicaments et des désinfectants, indispensables pendant le transport ; 3. Les immigrés sont amenés à la gare la plus proche de leurs entreprises et sont transportés dans des charrettes à bœufs, toujours sous le contrôle d'un médecin européen ; 4. À leur arrivée, les coolies doivent être logés dans des maisons construites à cette fin, par l'entreprise, et ils sont toujours sous surveillance spéciale<sup>270</sup> ».

Le programme d'assainissement des plantations, ainsi que d'autres concentrations de travailleurs comme, par exemple, la mine de Poeloe Laoet s'effectue en plusieurs fois. Il commence par la sélection des candidats. Pour bénéficier d'un travailleur efficace, l'entreprise effectue, pour les Indigènes et les Chinois, « un examen médical lors de leur embarquement afin de pouvoir éliminer ceux qui sont malades ou trop faibles physiquement »<sup>271</sup>. Cette mesure est très importante pour prévenir la propagation de maladies.

---

<sup>268</sup>« besprekingen betreffende de maatregelen te nemen bij het immigreren van koelies uit China en andere streken, met cholera of andere infectieziekten besmet verklaard of aangevoerd met schepen, waarop zich gedurende de reis gevallen van cholera hebben voorgedaan », *Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië*, « Jaarverslag der werkzaamheden van de afdeling Sumatra's Oostkust der "Vereeniging tot Bevordering van Geneeskundige Wetenschappen in Ned. Indie" gedurende het jaar 1902 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1903, p. XVIII.

<sup>269</sup>*Ibid.*, p. XVIII-XIX.

<sup>270</sup>*Ibid.*, p. XX.

<sup>271</sup>W. Schüffner et W.A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, *op. cit.*, p. 22.

Ces deux populations sont donc soupçonnées d'être porteuses de maladies. Schüffner et Kuenen ont fait cette analyse : à Deli, ils n'ont trouvé aucune maladie avant l'arrivée de travailleurs venant de l'extérieur. Ils soulignent également le fait que le choléra, la peste, la diphtérie et la fièvre ne sont pas endémiques dans cette région. « Ces maladies ont été importées à Deli et, d'après les circonstances locales, elles ont réussi à prendre ou à ne pas prendre racine<sup>272</sup> ». Le contrôle médical sur le lieu d'origine des futurs travailleurs est par conséquent la meilleure solution pour empêcher l'apparition de maladies.

Le contrôle a également une autre fonction, celle d'éliminer des candidats dont la force physique serait trop faible. En outre, ces derniers seraient probablement plus sensibles aux risques de maladies. Baerman partage cette opinion, il pense « that the inferior quality of the immigrating coolies influenced death – and sickrate to a certain degree, but I am convinced that the absence of hygienic measures was the principal reason of the increase of death – and sick ratesickrate ». Cependant, pour lui, la faiblesse physique d'un travailleur n'est pas la seule cause de décès, mais il existe d'autres facteurs tels l'insalubrité et le manque de surveillance médicale. Baerman est certain que le taux de décès même chez les physiquement faibles peut diminuer, avec de bonnes mesures d'hygiène. « In the second half of 1912 and first half of 1913 », écrit-il « we imported also a large quantity of new coolies of inferior quality and notwithstanding sick – and death rate was immediately decreasing<sup>273</sup> ».

Outre le contrôle médical, l'entreprise met en place une autre mesure préventive. Il s'agit de la mise en quarantaine des nouveaux arrivants, par voie de mer ou par voie de terre. Cette mesure est une convention internationale, pour empêcher l'entrée de toutes maladies provenant de l'extérieur. Aux Indes-Néerlandaises la quarantaine ne se pratique que pour trois maladies : la peste, le choléra et la fièvre jaune<sup>274</sup>.

Le planteur craint que l'immigration ne soit une difficulté, car il suppose que la transmission de certaines maladies comme la peste et le choléra sont principalement

---

<sup>272</sup>*Ibid.*, p. 20.

<sup>273</sup>G. Baermann, *Rapport VIII-XII, 1914-1918 Serdang Doktor Fonds, Hospitaal Petoemboekan en Serbadjadi, Oostkust van Sumatra, op. cit.*, p. 19.

<sup>274</sup>W. A. Kuenen, « De prophylaxis tegen het invoeren van ziekten op Cultuur-Ondernemingen » dans Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 3.

apportés par des coolies venant de l'étranger<sup>275</sup>. Cette crainte du planteur l'incite à agir avec vigueur pour appliquer réellement les mesures de quarantaine. Les dépenses qu'elles occasionnent sont jugées minimales par rapport à celles qui découleraient de la propagation de la maladie. Néanmoins, l'intervention de l'État est indispensable pour appliquer la quarantaine. De la collaboration entre planteur et État dépend donc sa mise en œuvre.

Par ailleurs, il n'y a aucune garantie sur l'efficacité de la quarantaine. Il arrive, par exemple, qu'au moment du contrôle, une maladie soit en état d'incubation. En outre, parfois des immigrants peuvent arriver sur des petits bateaux qui ne passent pas par les contrôles. Dans ces deux cas, aucune autre mesure prophylactique ne peut être prise. Néanmoins, les contrôles à l'arrivée au port se sont resserrés, et en 1909 et 1910, 13 navires contaminés à Belawan, un port se trouvant à Sumatra nord, ont été repérés et 30 passagers ont été mis en quarantaine<sup>276</sup>.

Trois décisions différentes peuvent être prises lors du contrôle des navires : 1. Si, au cours des 7 derniers jours en mer, une personne a été déclarée malade du choléra, le navire est considéré contaminé (*besmette schepen*) ; 2. Si il y a un malade du choléra à bord, mais qu'au cours des 7 derniers jours en mer aucune autre personne n'a été contaminée, on considère le navire comme suspect (*verdachte schepen*) ; 3. En l'absence de personne touchée par une maladie à bord, on considère que le navire n'a pas été contaminé (*onbesmette schepen*).

Pour la Société des planteurs, la mise en quarantaine ne suffit pas à éviter la contamination des travailleurs. Une mesure supplémentaire est mise en œuvre à l'arrivée de nouveaux travailleurs. Ils sont obligés de passer un examen à l'hôpital. C'est la première étape à suivre pour les nouveaux arrivants dans le règlement d'hygiène de l'Entreprise. Il permet de s'assurer de la qualité des contrôles effectués lors du recrutement des travailleurs et lors de leur transport<sup>277</sup>. Avec ce contrôle effectué dans l'entreprise, les médecins peuvent s'assurer de la santé des nouveaux arrivants, qui, à priori, ne représentent plus aucun danger lors de leur installation dans la plantation.

---

<sup>275</sup>*Ibid.*, p. 8.

<sup>276</sup>*Ibid.*

<sup>277</sup>*Ibid.*, p. 14.



### ***Le logement du coolie***

Après avoir examiné et vérifié qu'ils sont en bonne santé, les travailleurs peuvent commencer à s'installer. Du fait qu'ils se trouvent loin de leur région d'origine, et qu'ils travaillent pour la plantation, ils sont logés dans des maisons fournies par l'entreprise. Ces logements sont également contrôlés par les services d'hygiène, étant donné que les travailleurs passent la plupart du temps au milieu des plantations.

Le type de logement dont dispose l'entreprise est un *pondok*. Le *pondok* est un grand bâtiment divisé en plusieurs chambres. Le *pondok* ressemble à une caserne de soldats. L'entreprise préfère fournir un *pondok* plutôt qu'une maison individuelle, car celui-ci est considéré comme plus adapté à l'hygiène. Leopold affirme que la maison de village n'est pas une bonne solution par rapport aux exigences de l'hygiène, car elle est plus difficile à surveiller. Le contrôle quotidien du respect des règles d'hygiène y serait presque impossible<sup>278</sup>. Selon lui, « la meilleure solution au problème de logement pour les grandes entreprises sera de construire des hangars pour un certain nombre de coolies, les disposer à distance les uns des autres et parfois par petits groupes<sup>279</sup> ».

Snijders partage cet avis dans le livre qu'il publie en 1921. Selon ce médecin, la construction de *pondok* offre beaucoup d'avantages : « le plus souvent, à certains égards, le meilleur système est le *pondok*, un système qui permet à un nombre de coolies relativement important de vivre dans une série de petits baraquements. Dans le *pondok*, mieux que dans des maisons de village sur un vaste terrain privé, on peut garantir l'hygiène grâce aux avantages de la centralisation de l'habitat<sup>280</sup> ».

La localisation du *pondok* doit elle-même suivre certaines règles conformes au maintien de l'hygiène. Snijders déclare qu'il y a au moins trois conditions à respecter avant de construire un *pondok* : 1. La présence d'une source d'eau ; 2. La facilité d'évacuation des ordures ; 3. L'éloignement d'un site de reproduction des anophèles.

---

<sup>278</sup>L. Leopold, *De gezondheidstoestand der arbeiders bij de steenkolenmijnen van Poeloe Laoet*, op. cit., p. 170.

<sup>279</sup>« *De beste oplossing van het woningvraagstuk voor groote ondernemingen is loodsen te bouwen voor een zoo klein mogelijk aantal koelies, op ruimen afstand van elkaar en in kleine groepen bijeen* », Ibid., p. 171.

<sup>280</sup>« *Het meest gebruikelijk in sommige opzichten het beste is het pondok-systeem, een stelsel, waarbij een betrekkelijk groot aantal koelies in eene verzameling kleine kazernen beknopt bijeen wonen. Men kan hierbij, beter dan in uitgebreide kampongs met aparte huisjes, partij trekken van de hygienische voordeelen der centralisatie* », E. P. Snijders, *Koeliehuisvesting en geneeskundige dienst op rubberondernemingen*, [Amsterdam], De Bussy, 1921, p. 11.

De plus, Snijder suggère que « de préférence, on évite aussi d'être trop près de grands villages, car ce sont souvent des foyers d'infection<sup>281</sup> » (*Liefst zal men ook de al te dichte nabijheid van groote kampongs vermijden omdat deze vaak haarden van besmetting zijn*). Le travail de ce médecin est en grande partie consacré à analyser la question du logement des travailleurs à Deli. En décrivant ces conditions de logement, il signale qu'il y a encore des constructions qui ne respectent pas les règles d'hygiène, et qui risquent de provoquer la propagation de maladies.

Snijder insiste sur les risques de contamination par des sources extérieures. Au cas où un *pondok* se trouve près d'une grande rivière, il faut, selon lui, vérifier si en aval ne se trouve pas un *kampong*. Si la rivière est large et qu'en amont se trouve un grand *kampong*, l'eau peut être fortement polluée<sup>282</sup>. Ceci est très important pour savoir si on peut consommer l'eau de la rivière ou bien si on peut y jeter des ordures. Jeter des ordures en amont provoque un danger pour les habitants en aval. À l'inverse, si le *pondok* se trouve en aval, il est dangereux de consommer l'eau, car il y a une possibilité que les habitants de l'amont polluent en jetant leurs ordures.

En ce qui concerne la construction, le *pondok* doit suivre les règles d'hygiène suivantes :

Il doit être suffisamment vaste, spacieux et compartimenté ;

Il doit posséder une ventilation suffisante assurant la circulation d'air frais et sec ;

Il doit recevoir assez de lumière ;

Le sol doit être propre<sup>283</sup>.

Les règles de construction sont basées sur les principes, inchangés depuis le XIXe siècle, de circulation des éléments. La quatrième règle montre cependant une autre tendance. L'assainissement de la terre est liée à la propagation des vers qui sont considérés comme cause de l'ankylostomiase.

Quant à la division en chambres, Snijders montre son importance « en raison d'un grand nombre de cas de dysenteries parmi (les travailleurs) chinois, non seulement du point de vue moral, mais aussi du point de vue de l'hygiène ». Il s'est rendu compte du danger du logement dans une même pièce de nombreux travailleurs. Les maladies s'y propagent rapidement. L'idée de mettre les travailleurs

---

<sup>281</sup>*Ibid.*, p. 3.

<sup>282</sup>*Ibid.*

<sup>283</sup>*Ibid.*, p. 11.

en chambres compartimentées a donc pour objectif d'empêcher la propagation de cas, notamment de choléra et de dysenterie<sup>284</sup>. Schüffner et Kuenen ajoutent aux règles édictées par Snijders : « quant aux maisons pour les ouvriers, qui toute la journée sont à leurs occupations, elles ne servent vraiment que pour le repos de la nuit et empêchent les familles d'y séjourner ; il est donc utile d'agrandir la cuisine pour permettre à la femme et aux enfants d'y vivre dans la journée, ou bien d'accorder à ces derniers un espace couvert (salle) pouvant servir de place de jeu<sup>285</sup> ».

Le système du *pondok* est considéré comme la meilleure solution de logement dans les plantations. La plupart des Entreprises ont mis en place ce système sur le conseil des médecins. Effectivement, les conditions d'hygiène s'améliorent. Néanmoins des critiques demeurent. Sur la question de l'hygiène, comme dit Snijders, on trouve toujours un côté positif et un côté négatif à chaque mesure prise. Le système du *pondok* est critiqué, car il ne donne pas la possibilité à une famille de vivre ensemble, isolée des autres. Ce système ne donne pas non plus beaucoup de libertés de circulation. Ces deux critiques renvoient à la solution des maisons individuelles pour les familles. Mais le grand danger de cette solution qui donne une plus grande liberté de mouvement est de permettre les contacts avec les habitants de *kampong*. Ce dernier, toujours considéré comme non conforme à la vie hygiénique, est une menace pour la plantation dans sa totalité<sup>286</sup>.

La construction de *kampong* autour des plantations a donc intéressé des médecins comme Snijders. La construction des *kampong* doit se conformer à certaines règles d'hygiène. Son organisation doit permettre de faciliter le contrôle des maisons en cas de menace de peste. Les habitants de *kampong* doivent être éduqués à éloigner les ordures et les saletés des foyers. Ils sont, en outre, sous la surveillance

---

<sup>284</sup>« Deze scheiding in kamertjes is, en hier werd reeds op gewezen naar aanleiding van de grootere dysenterie cijfers bij Chineezzen, niet alleen met het oog op de zedelijkheid, maar iso ok voor de hygiene van belang. Een cholera of dysenterie lijder in een afgesloten kamertje is minder gevaarlijk dan één, midden in eene gemeenschappelijke groote woonruimte, een meningitis- of longontsteking lijder evenzoo », *Ibid.*, p. 12.

<sup>285</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, op. cit., p. 80.

<sup>286</sup>Snijders écrit : « Hygienische worden de verhoudingen natuurlijk geheel anders dan bij het pondoksysteem. In sommige opzichten gunstiger, in andere ongunstiger, zooals ook boven reeds uiteengezet werd. Gunstiger : in zooverre, dat de families hier meer geïsoleerd van elkaar leven dan in pondoks ; ieder heeft zijn eigen gebied. Ongunstiger : vooral, omdat door het moeilijker overzicht en de grootere vrijheid van beweging, die nu eenmaal met de kampong-omgeving verbonden is, het oefenen van contrôle en hygienischen dwang verzwaaard wordt », E. P. Snijders, *Koeliehuusvesting en geneeskundige dienst op rubberondernemingen*, op. cit., p. 30-31.

d'un officier de santé. Un contrôle régulier est donc indispensable, et un gardien de *kampong* chargé de faire appliquer le règlement sur l'hygiène est installé à demeure<sup>287</sup>.

### ***Écouler les matières fécales et construire des latrines***

Devant les membres du Congrès de la plantation des Indes-Néerlandaises, Grijns rapporte un propos qu'il a entendu d'un ancien ami, qui dit que le grand ennemi de l'homme est le cheval. Pour Grijns ce n'est pas tout à fait vrai, car il croit, du point de vue de l'hygiène ; « que l'homme est le plus grand ennemi de l'homme<sup>288</sup> » (*dat mensch een nog grooter vijand van den mensch is, wel de grootste*). Son discours concerne les matières fécales : s'il est vrai que les excréments de chevaux ne sont pas faciles à gérer, le vrai problème est celui de l'homme.

La question de l'évacuation des matières fécales est un problème sérieux sous les tropiques. Surtout là où existe un regroupement humain, comme c'est le cas d'une plantation, une caserne ou une prison. La concentration d'humains dans un endroit particulier sans système d'évacuation des matières fécales les expose plus facilement aux maladies.

Les Malais, selon Schüffner et Kuenen, ont l'habitude de laisser tomber leurs excréments directement dans les rivières. Cette pratique favorise la propagation du choléra, du typhus et de la dysenterie. Les Bataks abandonnent leurs matières fécales aux chiens et aux cochons. Cette pratique risque de contribuer à infecter la surface du sol autour des maisons. Les Chinois se servent d'un trou dans la terre comme lieu d'aisance. Les Javanais, comme les Malais, se servent de la rivière. « Les Javanais croient que ce sont là les moyens les plus propres ; son nez très apte cependant à

---

<sup>287</sup>Snijders écrit : « *Bij den aanleg der kampongs moet men dus zeer systematisch en overzichtelijk bouwen, en zoovel praktisch mogelijk is, aan de eischen pestbestrijding tegemoet komen. Er moet in hygienisch opzicht eene voldoende tucht heerschen, behoorlijk bewonen, opruimen van vuil enz. liefst geruggesteund door een officieel Sanitair politie reglement. Er moet van het begin af aan regelmatig toezicht worden gehouden. Zoo goed als er een pondok wachter noodig is, zullen er ook één of eenige kampongwachters moeten zijn, aan wie de assistent verschillende zaken kan opdragen en die voor de reinheid eenigszins aansprakelijk zijn* », *Ibid.*, p. 31-32.

<sup>288</sup>Gerrit Grijns, « Over afvoer van faecaliën » dans Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 55.

distinguer toutes les odeurs ne s'en incommode pas ; il n'aime pas les lieux d'aisance<sup>289</sup> ».

Les matières fécales font donc partie des défis que doivent affronter les hygiénistes européens dans les plantations. S'ils n'informent pas les habitants sur les dangers que représentent les excréments qu'ils sèment autour de leurs maisons « un poison plus dangereux que celui des serpents, des milles-pattes (scolopendres) et des scorpions qu'ils savent rendre inoffensifs, notre lutte, écrivent Schüffner et Kuenen, contre les mauvaises habitudes restera insuffisante<sup>290</sup> ». Une bonne éducation est pour eux un besoin urgent pour préparer l'avenir : « pour arrêter quelque peu le mal dès à présent, on doit surveiller strictement ces gens ainsi que leurs demeures ; en cas d'insuccès, il faut recourir aux punitions, imposer les lieux d'aisance et interdire de satisfaire ses besoins à l'air libre<sup>291</sup> ».

Dans les regroupements humains de la société traditionnelle, selon les témoignages, le danger des matières fécales n'existe pas réellement. Les paysans, par exemple, vivent au milieu des champs, surtout au milieu de rizières, et ont l'habitude de laisser leurs excréments sur le champ sans provoquer de risques de maladie. En effet, « la surface est grande par rapport à la quantité de déchets des ménages (matières fécales)<sup>292</sup> ». Ils utilisent parfois ces excréments comme engrais pour leur jardin, et la menace pour la santé reste lointaine. La taille des champs qui empêche une forte contamination du sol est donc une des raisons pour laquelle les excréments ne sont pas un problème pour eux. En outre, lorsque ces paysans vivent à côté de grandes rivières, ils construisent une sorte de toilette au-dessus de l'eau. Le danger n'est pas pour eux, mais il peut envoyer le mal à leur voisin<sup>293</sup>.

---

<sup>289</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, op. cit., p. 82.

<sup>290</sup>*Ibid.*

<sup>291</sup>*Ibid.*, p. 82-83.

<sup>292</sup>« *De landman, die te midden van akkers, van zijn sawah's woont, heeft in den regel een ruimte om zich heen, die vrij door de zon beschenen wordt. Het oppervlak is groot in verhouding tot de hoeveelheid afval van zijn huishouding (faecalien mee gereknd) ; wellicht gebruikt hij het als mest voor zijn tuin of zijn akker, waardoor het in de humuslaag verwerkt en door de eigenaardige omzettingen in den bodem spoedig ook tot humus wordt, die voor de gezondheid geen schade meer oplevert* », G. Grijns, « *Over afvoer van faecaliën* », art cit, p. 56.

<sup>293</sup>« *woont hij aan stroomend water, dan bouwt hij allicht zijn privaat daar boven, (zoo hij geen mest noodig heeft), het gevaar, dat deze materie oplevert, aan zijn buurman benedenstrooms endosseerend. Hij heeft gelegenheid voor zijn keuken het een en ander te planten, zoodat hij over bijspijsen beschikt, die hem praktisch niets kosten* », *Ibid.*

L'aménagement de la plantation qui prend la forme d'un village rend le problème des excréments plus compliqué. La densité de la population, des habitats serrés, sur un terrain qui n'est pas très vaste, entraînent un problème d'écoulement. « Les fèces », en effet, « ne peuvent plus être disposées sur la terre pour être utilisées comme engrais ; mais ils s'écoulent le long d'un cours d'eau, à un rythme si important qu'ils en deviennent des polluants et un danger pour la santé<sup>294</sup> ».

La négligence à l'égard de l'évacuation des excréments provoque des invasions de mouches. Les œufs qui sont pondus et les larves vivent dans toutes sortes de restes de nourritures jetées dans les fosses d'aisance ouvertes, et dans toutes sortes de déchets en décomposition. Un environnement insalubre est une occasion pour cet insecte de se multiplier. La mouche est dangereuse, car après le stade larvaire pendant lequel elle peut vivre dans des matières fécales, elle s'envole pour se poser sur la nourriture et transmet tous les germes qu'elle renferme<sup>295</sup>. Parmi eux des germes pathogènes, principale cause de la transmission de maladies.

Les fèces provoquent également un autre danger de manière plus indirecte. S'il ne se trouve aucune latrine proche, l'Indigène cherche un endroit tranquille où déposer ses excréments, tantôt ici, tantôt là. Le fait qu'il a l'habitude de marcher pieds nus, il risque de marcher sur les excréments et de s'exposer à des maladies en cas de plaie. Le danger est la transmission de l'ankylostome, ver parasite, qui peut provoquer de graves anémies et parfois la mort

La principale mesure, la construction de latrines, s'est donc révélée indispensable. Mais le plus difficile est encore d'obliger les coolies à les utiliser. Leur construction doit donc convenir aux habitudes des Indigènes. D'abord ce lieu doit être facile d'utilisation et permettre de s'accroupir sans se salir. Ensuite, ce cabinet d'aisance doit offrir un dispositif permettant de se laver. Les latrines doivent enfin se situer près des maisons, pour encourager leur usage<sup>296</sup>. Elles doivent également répondre à la question de l'écoulement des matières fécales.

---

<sup>294</sup>« *De faecalen kunnen niet meer op het eigen terrein als mest worden gebruikt ; voert men ze nu naar een waterloop, dan is hunne hoeveelheid zoo groot, dat deze er door vervuult en een gevaar voor de gezondheid gaat opleveren* », *Ibid.*

<sup>295</sup>*Ibid.*, p. 57.

<sup>296</sup>« *Men zal de koelies er dus toe moeten brengen, geregeld van privaten gebruik te maken, en dit kan men alleen bereiken, als die privaten voor heen aangenaam in het gebruik zijn, en daartoe zijn voor den inlander drie dingen noodig : hij moet er prettig kunnen hurken, zonder zich vuil te maken, hij moet er zich behoorlik kunnen wasschen en de inrichting gemakkelijk kunnen bereiken !* », *Ibid.*, p. 58.

La question est : où faut-il écouler les excréments ? « Pouvons-nous le faire tout simplement en les acheminant vers une rivière ou un ruisseau ?<sup>297</sup> ». Il est vrai que cette solution est la plus facile à réaliser, mais elle aura d'autres conséquences. Tout dépend si la rivière va à la mer, dans ce cas c'est sans danger, ou si elle s'écoule vers un autre village situé en aval, pour qui le risque est grand.

La construction de fosses d'aisance s'avère donc une solution pour ne pas rejeter la matière fécale vers la rivière. Du point de vue hygiénique, cette solution est meilleure, même s'il y a toujours des inconvénients. « La fosse ouverte, que l'on trouve souvent dans ces régions, est une menace directe<sup>298</sup> », écrit Grijns. Ce système est en effet considéré comme une source de développement de moustiques et de mouches, vecteurs de maladies. La fosse d'aisance doit donc obéir aux critères suivants : être fermée et couverte afin d'empêcher la prolifération des insectes, notamment des moustiques<sup>299</sup>. Ensuite, afin de traiter les matières fécales qui se trouvent dans la fosse, il faut employer ce qu'on appelle la méthode de purification biologique. Il s'agit d'une série de processus utilisant des bactéries qui permettent de purifier la fosse. Les matières solides sont converties en liquide et désintégrées en composés simples. Autrement dit, ce processus permet aux matières fécales de se transformer sans provoquer de danger pour l'environnement.

Snijders propose une autre mesure qui consiste en la construction d'un *goot* (conduit d'écoulement) en ciment, sur lequel les hommes peuvent s'asseoir, si bien que les excréments et l'urine peuvent s'écouler dans le *goot*. Il doit être fermé par un bouchon et être connecté à un égout. Une ou plusieurs fois par jour, le bouchon est tiré pour rafraîchir le contenu du *goot*. L'égout peut conduire à une fosse d'aisance ou à la rivière<sup>300</sup>.

Toutefois, le système le plus courant et le plus efficace est celui du cabinet d'aisance avec la fosse septique. Ce dernier est considéré comme le moyen le plus efficace de dissolution des matières fécales. Plusieurs hôpitaux, selon Snijder, ont déjà utilisé cette méthode. Quant au fonctionnement de la fosse septique il explique : « la défécation est évacuée grâce à une quantité suffisante d'eau, environ 25 à 50 litres par personne et par jour, ce qui correspond approximativement à la quantité d'eau

---

<sup>297</sup>*Ibid.*

<sup>298</sup>*Ibid.*, p. 59.

<sup>299</sup>*Ibid.*

<sup>300</sup>E.P. Snijders, *Koeliehuisvesting en geneeskundige dienst op rubberondernemingen*, op. cit., p. 21.

nécessaire au bain d'une personne<sup>301</sup> ». Pour Snijder l'utilisation de la fosse septique est la solution idéale pour résoudre le problème des excréments<sup>302</sup>.

### ***La question de l'eau potable***

La question de l'eau potable est liée à l'idée qu'« un bon approvisionnement en eau crée la prospérité et le bien-être des hommes<sup>303</sup> » (*Een goede watervoorziening speelt in het leven en welzijn der menschen*). Cependant l'eau est aussi porteuse de germes pathogènes. De nombreuses maladies, en particulier la typhoïde et le choléra asiatica, sont transmises par l'eau<sup>304</sup>. Deggeller, médecin de Dordtsche Petroleum Mij, à Tjepoe, parle du problème de l'eau au cours de la conférence pour l'amélioration de la santé dans les exploitations agricoles. Assistent à cette conférence des médecins, des membres du gouvernement colonial, ainsi que des administrateurs de plantations.

Les essais pour fournir de l'eau potable aux travailleurs ont commencé dès la fin du XIXe siècle, avec Schüffner et Kuenen. Ces deux médecins répondent à la demande de l'administrateur de la Société Senembah. Ils se rendent compte qu'un danger pourrait apparaître si on n'intervient pas sur la fourniture de l'eau. Ils construisent deux puits « disposés de différents côtés des maisons, l'un servant uniquement à l'eau comme boisson et lavage, l'autre, pas très distant du lieu d'aisances, servant exclusivement pour les bains et les douches. En respectant ce conseil, on diminue notablement les dangers de l'infection de l'eau. Si aujourd'hui on fait encore de grosses fautes à la Société Senembah, on n'aurait pas pu obtenir de meilleurs résultats au point de vue sanitaire<sup>305</sup> ». L'administration de la Société Senembah trouve effectivement de grands avantages à ce dispositif, considéré très efficace par rapport aux besoins de consommation en eau.

Le problème est que l'eau n'arrive pas toute l'année de la source jusqu'aux puits. Pendant la saison sèche, on ne peut pas puiser l'eau, et on est obligé de retourner à la rivière. « C'est là un moment de véritable calamité, l'eau de rivière

---

<sup>301</sup>*Ibid.*, p. 24.

<sup>302</sup>*Ibid.*, p. 27.

<sup>303</sup>O. Deggeller, « Over watervoorziening op onderneming » dans Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 67.

<sup>304</sup>*Ibid.*

<sup>305</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, *op. cit.*, p. 62.



étant bien inférieure à l'eau de source »<sup>306</sup>, expliquent Schüffner et Kuenen. La transmission des maladies infectieuses comme le typhus, la dysenterie et le choléra se produit pendant cette saison.

L'ébullition de l'eau peut être une solution pour la consommation d'eau de rivière. L'inconvénient est cette opération coûte très cher si on l'applique partout. La distribution du thé aux travailleurs est un moyen pour qu'ils évitent de boire de l'eau impure. « L'eau bouillie trouve conséquemment une application systématique dans la distribution du thé. Les ouvriers des champs qui sous l'action de la chaleur du jour souffrent beaucoup de la soif, reçoivent des infusions de thé en abondance. On empêche ainsi que les ouvriers, assez distants de leurs maisons, se laissent tenter d'aller boire l'eau des petits ruisseaux et des flaques d'eau à pureté douteuse. Cette organisation existait depuis longtemps à la Société Senembah et c'était une coutume d'origine chinoise ; les meilleurs ouvriers chinois se pourvoient même en thé de leur propre chef. Dans la Société Senembah la distribution du thé augmente d'année en année, toujours dans le même but ; l'administration actuelle non seulement maintient cette habitude de la distribution gratuite du thé à ses ouvrières, mais encore, point plus important à notre avis, de le faire porter aux ouvriers des champs ou du bois<sup>307</sup> ».

A Medan se trouve de l'eau potable qui sert aux besoins de la population. Kuenen confirme l'utilité de l'aqueduc à Medan. A différents endroits se trouvent des robinets à usage public. Le nombre de maladies infectieuses a diminué. Le choléra, peut être combattu si on interdit aux gens de se baigner dans la rivière. La présence d'un aqueduc permet aux habitants de recevoir de l'eau potable.<sup>308</sup> L'eau venant des montagnes peut répondre aux besoins. Néanmoins, il y a encore un certain nombre de plantations qui ne sont pas rattachées à une canalisation d'eau, comme celle de la Société Senembah par exemple<sup>309</sup>.

Dans ce cas, pour la distribution d'eau, on retourne à l'ancien système : le puits ou la rivière. Heureusement selon Deggeler « le procédé de filtration est aujourd'hui

---

<sup>306</sup>*Ibid.*

<sup>307</sup>*Ibid.*, p. 64.

<sup>308</sup>W. A. Kuenen, « Onderzoek van het leidingwater van de Maatschappij "Ajer Beresih" te Medan », art cit, p. 241-242.

<sup>309</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques, op. cit.*, p. 59.

très fiable, il est construit et géré avec diligence<sup>310</sup> ». Le processus est facile à réaliser. La présence de laboratoires aide beaucoup, en permettant de vérifier la pureté de l'eau. D'ailleurs, Deggeler croit que « puisque maintenant la santé publique peut être favorisée par la mise à disposition d'eau potable de bonne qualité, c'est une première condition de prendre soin de l'eau<sup>311</sup> ».

Le travail d'hygiène sociale réalisé à Deli est un facteur d'amélioration de la vie de ses travailleurs. C'est ce que veut montrer le film *Jeugd en Kolonisatie op Ondernemingen in Deli*. Heinemann introduit le film par le même discours qu'il a déjà tenu auparavant. Ce film glorifie la transformation d'une terre sauvage par l'hygiène. Les médecins qui y ont travaillé ont réussi à civiliser des travailleurs javanais. Leur travail reposait sur la conviction que la productivité du travailleur dépendait beaucoup de leur état de santé<sup>312</sup>.

Il est difficile de ne pas admettre le succès du travail d'hygiène dans la plantation de Sumatra Est. Déjà au début du XXe siècle, alors que leur travail sur la plantation n'en est qu'à ses débuts Schüffner et Kuenen peuvent affirmer que « l'ouvrière javanaise qui émigre vers Deli, a trouvé ces quatre dernières années, aussi bien dans la Société Senembah que dans toute une série d'autres sociétés, de meilleures chances de vie que dans son propre pays !<sup>313</sup> ».

En fin de discours, Heinemann parle à nouveau de l'hygiène sociale et de son impact sur les conditions de vie des ouvriers : « Pour résumer, dit-il, nous pouvons dire que l'impact est favorable : Premièrement, diminution de la mortalité des jeunes enfants et par conséquent augmentation de la réserve en main-d'œuvre pour l'avenir. Deuxièmement, apparition d'une génération de travailleurs sains, obéissant aux règles d'hygiène. Troisièmement, réduction des dépenses pour le service médical<sup>314</sup> ».

---

<sup>310</sup>Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge, *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 87.

<sup>311</sup>*Ibid.*, p. 68.

<sup>312</sup>H. Heinemann, *Inleiding tot de film « Jeugd en kolonisatie op ondernemingen in Deli »*, *op. cit.*, p. 2-3.

<sup>313</sup>W. Schüffner et W. A. Kuenen, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, *op. cit.*, p. 31.

<sup>314</sup>« 'Sociale hygiene en haar invloed op hygienische verhoudeingen'. Resumeerende kunnen wij zeggen, dat de invloed gunstig was. Vermindering der sterfte der jonge kinderen en daarmede vermeerdering der arbeids-reserve der toekomst. Een jong, gezond arbeidersgeslacht, dat hygienisch gedisciplineerd aan het werk gaat. Ten derde vermindering der uitgaven voor den medischen dienst », H. Heinemann, *Inleiding tot de film « Jeugd en kolonisatie op ondernemingen in Deli »*, *op. cit.*, p. 3.

## CONCLUSION

La fin du XIXe siècle est marquée par deux grands événements qui changent le mode d'administration des Indes-Néerlandaises : l'extension et l'intensification de la colonisation et les progrès de la science médicale. Ces deux événements mettent les médecins au cœur du pouvoir colonial, du fait qu'ils jouent un rôle très important en assurant la santé de la population, et particulièrement celle des travailleurs grâce aux mesures d'hygiène qu'ils mettent en oeuvre dans les plantations de Sumatra. L'attention portée à la santé de la population est marquée par la construction de laboratoires et par le combat contre les maladies tropicales, comme le bérubéri. Néanmoins si un travail systématique a bien été engagé à Sumatra, il est réalisé à petite échelle. Ce travail d'hygiène publique n'en est alors qu'à ses débuts. Les succès remportés dans les entreprises agricoles vont inspirer la mise en place de mesures ailleurs, notamment dans les villes. Ce sont ces nouveaux travaux, qui démarrent au début du XXe siècle, auxquels seront consacrés les chapitres suivants.



## TROISIÈME PARTIE

### Projet d'un État moderne

Dans son discours de 1901, la reine Wilhelmina déclare « as a Christian power, the Netherlands is obliged to carry out government policy in the Indies in the consciousness that the Netherlands has a moral duty to the people of these regions<sup>1</sup> ». Ce discours marque le début d'une nouvelle époque pour l'impérialisme hollandais dans les Indes orientales : la mise en place de la « politique éthique ». Cette politique a pour ambition d'améliorer le niveau de développement moral et intellectuel des Indigènes des Indes-Néerlandaises. L'objectif est, d'une part, l'inscription de la population des Indes orientales dans l'univers de la modernité chrétienne et dans le système économique capitaliste et, de l'autre, l'amélioration de leur qualité de vie matérielle<sup>2</sup>. Cela se traduit par l'apparition du Welvaartzorg (les services sociaux) dont les activités englobent, entre autres, l'agriculture, l'irrigation, et la santé publique<sup>3</sup>. L'enquête sur l'appauvrissement de la population, enquête qui débute en 1902 et est publiée entre 1905 et 1914, témoigne de l'attention portée par l'autorité coloniale aux problèmes rencontrés par la population des Indes orientales<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Cité dans Robert Cribb et Audrey Kahin, *Historical Dictionary of Indonesia*, 2nd Revised edition., s.l., Scarecrow Press, 2004, p. 139.

<sup>2</sup> Romain Bertrand, « La "politique éthique" des Pays-Bas à Java (1901-1926) », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2007, vol. 93, n° 1, p. 115.

<sup>3</sup> Peter Boomgaard, « The Welfare Services in Indonesia, 1900–1942 », *Itinerario*, mars 1986, vol. 10, n° 01, p. 58.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 59 ; Frans Husken, « Declining welfare in Java; Government and private inquiries, 1903-1914 » dans Robert Cribb (ed.), *The late colonial state in Indonesia: Political and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942*, Leiden, KITLV Press, 1994, p. 215.

La santé de la population est au cœur de préoccupations des autorités coloniales, parce que, d'une part, elle assure la force de travail et sa productivité, deux éléments essentiels dans la nouvelle société et, de l'autre, l'état de santé des habitants représente la richesse du pays. La mise en place de dispositifs assurant le bien-être de la population, comme l'approvisionnement en eau potable et la construction de toilettes est donc indispensable. Par ailleurs, l'autorité coloniale s'occupe de la santé morale des populations, d'où le programme contre la prostitution et l'abus d'alcool. Dans le cadre de ce programme pour préparer l'avenir de la nouvelle société, la propagande vise donc principalement la population indigène. Engagée dès le milieu du XIXe siècle, la question de la santé est l'objet, au début du XXe siècle, d'une tentative d'institutionnalisation. A partir de cette date se met en place de manière systématique un effort de santé publique.

## **Chapitre 7**

### **INSTITUTIONNALISATION**

La santé publique est une préoccupation institutionnelle. La tentative d'améliorer la santé de la population depuis le XIXe siècle n'était pas organisée par une institution créée à cet effet. Il s'agit plutôt d'initiatives individuelles, créées par des curieux sous les tropiques, mais aussi par des officiers de santé militaire. Le fait que la question de la santé soit sous l'autorité militaire montre à quel point cette institution avait placé l'intérêt pour la santé des soldats au premier plan.

Le changement voit le jour au début du XXe siècle. Dans le cadre de la mise en place d'une politique éthique, dans une version hollandaise de la mission civilisatrice, la question de la santé est donc centrée sur la population. La nécessité d'une institution pour chapeauter cette préoccupation était inévitable. Les critiques concernant la séparation entre les services de santé militaire et ceux des civils en était la preuve. Ce chapitre discutera donc du processus d'institutionnalisation de la santé publique dans les Indes-Néerlandaises. Les réalisations concrètes de ces travaux seront également analysées pour montrer que ce changement s'y retrouve également.

#### **I - LES SERVICES DE SANTÉ MILITAIRE ET CIVIL**

L'histoire de la santé publique aux Indes-Néerlandaises remonte à l'époque de Raffles, le gouverneur général anglais de Java pendant la période de transition, de 1811 à 1816. Ce personnage a commencé à s'intéresser à la question de la santé de la

population javanaise. Pour lui, l'amélioration de l'état de santé des populations offrira en retour beaucoup d'avantages pour le colonisateur.

Ceci ne veut pas dire que les Hollandais présents depuis le début de XVIII<sup>e</sup> siècle aient ignoré cette question. Des médecins ou des chirurgiens étaient présents dès le début de la colonisation. Mais, loin d'être bien organisés, étant donné que le VOC est une entreprise, les médecins exerçaient dans des secteurs très limités, pour ne pas dire exclusivement dans les grandes villes comme Batavia, Semarang et Surabaya où résidaient des Européens<sup>5</sup>.

La réorganisation du service de la santé a été réalisée par Caspar G. C. Reindwardt<sup>6</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle. En 1820, grâce à lui, les Indes-Néerlandaises possèdent déjà leur premier service de santé civile. Cela montre que le gouvernement commence à prendre conscience de l'importance de la santé de la population. Ainsi, le service de santé qui avait été le privilège des militaires s'occupera dorénavant de l'ensemble de la population.

Cette réorganisation consiste en deux nouveautés principales. D'abord, d'après le Règlement du service de santé civile, promulgué le 11 avril 1820, l'inspection régulière des services médicaux aux Indes-Néerlandaises, à l'exception de tout ce qui concerne la partie militaire, est prise en charge par un officier, qui porte le titre de « Commissaire pour le service médical civil ». Celui-ci doit être diplômé de la faculté de médecine : un « Medicinæ Doctor ». Ensuite, la résolution du 11 juin 1822 stipule que le service de vaccination est confié à un inspecteur qui doit rendre compte des travaux effectués directement au Gouverneur général. Le service médical réservé aux militaires reste une institution séparée. Il se trouve donc un service médical civil, un service médical pour les militaires et un service pour la surveillance de la vaccination. Ces trois services sont indépendants les uns des autres<sup>7</sup>. Cette réorganisation du

---

<sup>5</sup>Pour une histoire de l'hygiène à l'époque de la VOC, il existe des travaux intéressants écrits par deux médecins au XIX<sup>e</sup> siècle. Voir W. M. Keuchenius, « Beschrijving naar de oorzaken der meerdere ongezondheid van Batavia en deszelfs rhee, alsmede waaraan de mindere bevolking, de wijnige opbrengst der producten, en de groote onveiligheid in dit anders vruchtbaar geweest toe te schrijven is », *Tijdschrift voor Indische Taal-, Land- en Volkenkunde*, 1875, vol. 12, p. 390-531 ; C. Swaving, « Batavia's sanitaire geschiedenis onder het bestuur van de Oost-Indische Maatschappij », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1878, vol. 2, n° 14, p. 1-230.

<sup>6</sup>Caspar Georg Carl Reindwardt, né à Luttringhausen le 3 juin 1773 et mort à Leyde le 6 mars 1854, est un médecin qui s'intéresse à la botanique. Il a fait ses études de médecine à Amsterdam.

<sup>7</sup>« In 1820 werd zeer wijselijk bepaald : 1) dat het toezicht over het over de geregelde uitoefening van de geneeskundige dienst in N. I., met uitzondering van alles, wat tot 's lands militaire dienst betrekking heeft, zal zijn gevestigd in eenen ambtenaar, onder den titel van Commissaris voor de civiele geneeskundige dienst, welke een medicinae doctor zal moeten zijn. (Zie artikel 1 van het Reglement voor



service de santé davantage tourné vers l'ensemble de la population est un indicateur de la prise en compte de la santé de la population par le gouvernement colonial. Il est très probable que la réorganisation de service de la santé aux Pays-Bas ait inspiré les modifications effectuées dans les colonies.

Toutefois, ce système n'a pas duré longtemps. C'est Du Bus de Gisignies qui, dès 1827, stipule une réunification des trois services de santé. En effet, par le décret du 14 avril 1827, no 45, les différents services sont réunis et placés sous la direction du chef de santé militaire<sup>8</sup>. Le service de santé continue, par conséquent, à donner beaucoup de privilèges aux militaires. Par la réunification des services dans une seule institution, les postes de Commissaire du service médical civil et d'inspecteur de la vaccination vont être supprimés, alors que la tournée annuelle pour le contrôle des centres sera prise en charge par le Chef du service médical<sup>9</sup>. Les raisons budgétaires sont évidentes, il s'agit d'un souci d'économie<sup>10</sup>.

Le résultat de cette réunification est la suppression de plusieurs postes de médecins locaux là où se trouvent des postes militaires. Cela montre que la présence de militaires est toujours accompagnée par celle d'un médecin. Dans quelques villes cependant, le service médical civil et l'inspecteur de la vaccination sont maintenus<sup>11</sup>.

---

*de burgerlijke geneeskundige dienst in N. I., gearresteerd den 11 April 1820, no. 2.) Den 11 Junij 1822 werd besloten dat het algemeen opzigt over al wat de koepokinenting betreft, aan eenen Inspecteur opgedragen zou worden, die zijne voorstellen en rapporten regtstreeks aan den Gouverneur-generaal zoude rigten. (Zie Resolutie van den 11 Junij 1822, no. 3) De edele Van Der Capellen had alzoo voor de civiele en militaire geneeskundige dienst en het toezicht over de koepokinenting drie personen aangesteld, die, onafhankelijk van elkander, aan den Gouverneur-Generaal alle zoodanige voorstellen moesten doen, als tot de instandhouding eener goede uitoefening der geneeskunde in alle hare deelen dienstig waren », Geneesheer in Indië, Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië, Groningen, Wolters, 1850, p. 4-5.*

<sup>8</sup>*Ibid.*, p. 5.

<sup>9</sup>« dat door de vereeniging van de bovengemeld betrekkingen in een persoon, de tractementen van Kommissaris over den burgerlijken geneeskundigen dienst en Inspecteur der vaccine voor een gedeelte kunnen worden ingetrokken, terwijl de jaarlijksche inspectie-reizen van genoemden ambtenaar zouden vervallen, kunnende dezelve gelijktijdig bij de inspectie van den Chef over den geneeskundigen dienst gedaan worden, en de daardoor anders te doen uitgaven voor den Lande worden bespaard », J. Bijker, Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15), Batavia, Landsdrukkerij, 1908, p. 169.

<sup>10</sup>« Dat de dubbele verstreking van geneesmiddelen als ook daarbij zeer ongeregeld gaande verantwoording der zelve door algemeen oppertoezicht zeker geregelder kunnen nagegaan, daardoor menig misbruik tegengegaan, en de noodige bezuiniging beter in het oog gehouwen worden », *Ibid.*

<sup>11</sup>« Door deze vereeniging zouden nog verscheidene posten van plaatselijke heelmeeesters kunnen vervallen, waar officieren van gezondheid wegens de aldaar gestationeerde militairen aanwezig zijn, aan welke, zooals in de meeste residentien een toelage van f 50.- 's maands voor het waarnemen van den civielen geneeskundigen dienst en opzigt over de vaccine in de residentie zouden toegestaan worden », *Ibid.*, p. 171.

Dans un livret publié en 1850, un médecin critique cette réorganisation en disant qu'à partir de cette date « le service médical civil est profondément humilié, vilipendé, et tous les médecins civils sont placés sous l'autorité de la hiérarchie militaire et soumis à son despotisme et ses caprices<sup>12</sup> ». La domination militaire dans ce domaine est très critiquée. La réglementation favorise également les militaires lors du recrutement des médecins. Nous savons déjà à cette époque que la plupart des médecins travaillant aux Indes-Néerlandaises ont été formés à la Rijkswaarschouwingschool voor Militaire Geneeskundigen, à Utrecht<sup>13</sup>.

Ces médecins ont été bien formés pour le terrain militaire, par exemple, pour soigner des blessures. Le problème est que cela n'est pas toujours bien adapté aux besoins des civils. « Le médecin de l'hôpital militaire hollandais ne peut être mélangé avec le médecin civil qui est indépendant et est apprécié comme il se doit, alors qu'en réalité la pratique de ce dernier est interdite, mais aussi celle des officiers de santé civil [tout cela est fait] au bénéfice des soldats malades<sup>14</sup> ». Ce constat a une tonalité cynique, comme le montre la dernière phrase.

Favoriser les militaires n'est pas sans raison. Il y a un manque de médecins dans l'armée. Au milieu du XIXe siècle, le militaire occupe une place importante dans la société coloniale. En conséquence, les villes ou les provinces qui n'ont pas de garnison sont donc privées de service médical<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup>« *de civiele geneeskundige dienst zoo diep mogelijk vernederd, verguisd, nadat eene vrije kunst geheel en al onder den invloed van de militaire hiërarchie, onder despotisme en ruwe caprices gebragt werd* », Geneesheer in Indië, *Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië*, op. cit., p. 5.

<sup>13</sup>De Knecht van Eekelen écrit que dans la première moitié du dix-neuvième siècle, il se trouve que sept médecins avaient suivi leur formation médicale à Utrecht. Certes, cette école n'était pas la seule institution qui formait des médecins travaillant aux Indes-Néerlandaises, la plupart ont eu leur formation dans une école clinique ou auprès d'un chirurgien. Voir A. de Knecht-van Eekelen, « De invloed van 's-Rijkswaarschouwingschool voor Militaire Geneeskundigen op de geneeskunde in Nederlands Oost-Indië » dans Daniël de Moulin et M. J. van Lieburg (eds.), *'s-Rijkswaarschouwingschool voor militaire geneeskundigen te Utrecht (1822-1865): verslag van een symposium gehouden te Nijmegen op 26 september 1987*, Amsterdam, Rodopi, 1988, p. 96-97.

<sup>14</sup>« *Dan, hoe het zij, de Hollandsche militaire hospitaal-geneesheer niet vermengd worde met civiele geneesheeren, die een onafhankelijk leven aan eene academie genoten en op regten prijs gewaardeerd hebben, en dat den officier van gezondheid de burger-praktijk verboden wordt, zoo als nu reeds aan de hoofdofficieren van gezondheid op Java verboden is, en zoo als nu over het algemeen het praktiseren der officieren van gezondheid onder de burgers, tot groot voordeel van de zieke soldaten, hoe langer hoe meer door weldenkende chefs der hospitalen tegengaan wordt* », Geneesheer in Indië, *Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië*, op. cit., p. 8-9.

<sup>15</sup>« *Er zijn thans te weinig geneesheeren voor het belangrijk leger in N. I.; daarom blijven zeer volkrijke residentien, provincien, waarin geen garnizoen is, van alle geneeskundige hulp verstoken. De ambtenaren en de inlandsche bevolking laat men in dergelijke residentien, bij ziekten, aan hun lot over, of mer, stelt aldaar den een of ander heelmester, op het gering traktement van f 75 's maands, tot plaatselijk geneesheer aan* », *Ibid.*, p. 9-10.

Un ouvrage paraît en 1850, vingt-trois ans après la réunification des trois services, et quelques années après la grande famine en 1846-1847. La critique sur les privilèges dont bénéficient les militaires a donc trouvé sa place. L'auteur qui prête beaucoup d'attention à la santé de la population indigène, réclame que le service de santé soit aussi mis à leur service. « Les Indes-Néerlandaises ont un besoin immédiat d'un service médical civil ». Il serait utile de consacrer plus de moyens à cette question dans l'intérêt des populations. L'auteur pense que « de staat, die beschaving en welvaart voorstaat, kan zelfstandige geneesheeren niet ontberen !<sup>16</sup> » – « l'Etat, qui se porte garant de la civilisation et de la prospérité, ne peut pas se priver de médecins indépendants ». La réunification a eu un effet destructeur sur le service de santé civil. Mais comment est donc organisé ce service de santé militaire ?

L'administration du service de santé militaire est confiée à un médecin, qui prend le titre de Chef du Service Médical<sup>17</sup>. Il dirige le service de santé dans la région de Java et dans les régions en dehors de Java. L'île de Java est divisée en trois secteurs militaires, Java-ouest, Java-centre et Java-est ; les régions hors Java sont: Sumatra côté occidental (Westkust), les Îles Célèbes et les Moluques. La première et la deuxième division militaire, Java et Sumatra, sont placées sous la direction d'officiers de santé de première classe, alors que les autres régions sont placées sous la direction d'un officier de santé subalterne<sup>18</sup>.

Comme nous l'avons déjà dit, le système qui favorise les militaires est l'objet de critiques. La création de l'école de « Dokter Djawa », ainsi que la campagne menée

---

<sup>16</sup>« *Nederlands Indie verlangt dringend eene burgerlijke geneeskundige dienst, waarin vrijheid, leven, opgewektheid en waarheidszin, humaniteit en nationaliteit, die drijfveren van zoo vele goede beginselen, bestaan, die niet alleen voor de gezondheid en het leven der menschen in het bijzonder waakt, maar die land- en volksziekten, syphilitische kwalen, waaraan jaarlijks duizenden en duizenden sterven, tracht te voorkomen ; die onmiddellijk weet, welke middelen aangewend moeten worden, bijaldien besmettelijke ziekten ontstaan ; die voor de fysieke opvoeding der kinderen de teederst zorgen koestert ; die den mensch niet alleen een lang, maar ook een gezond leven geeft ; die de inlanders niet als redelooze schepselen, maar als menschen beschouwt ; die den inlander in staat moet stellen om zijne pligten als mensch, als burger van eenen staat, als zelfstandig wezen te vervullen* », *Ibid.*, p. 11.

<sup>17</sup>E. W. A Ludeking, *Recueil voor den militair geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indie.*, Batavia, Van Dorp, 1871, p. 34.

<sup>18</sup>En ce qui concerne la répartition des officiers du service médical, il se divise en trois grandes parties : l'officier de la santé, l'apothicaire et le vétérinaire pour chevaux (paardenartsen). L'officier de santé est consisté comme Chef (avec le rang de colonel), Directeur officier de la santé (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classe) et Officier de la santé (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classe) ; L'apothicaire comprend le Premier apothicaire (avec le rang de major), l'Apothicaire (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classe) ; Le Vétérinaire pour les chevaux est Vétérinaire (1<sup>er</sup> lieutenant) ou vétérinaire de 1<sup>re</sup> classe et vétérinaire adjoint. Ludeking écrit, d'après le décret de 1870, que le nombre d'officiers de santé au total était de 199 personnes. Voir *Ibid.*, p. 37 et 43.

par Bosch en faveur de la santé des populations en témoignent. Les autorités politiques finissent par répondre à ces critiques. En 1866, il se produit un changement: un service de santé civil est de nouveau créé et placé sous la direction du Directeur du Département de l'éducation, des affaires religieuses et de l'industrie (DOEN). C'est une, seconde tentative pour créer un service médical destiné aux civils. À partir de cette réforme, le service médical civil est organisé comme suit : au sommet, le Chef du service médical militaire qui est aussi le chef de la section du « Service médical civil » du DOEN ; ensuite l'inspecteur du service médical pour Java et Madoera ; puis, le directeur des officiers de santé dans les trois divisions militaires de Java, ainsi que dans les régions hors Java ; sont également créés le poste de médecin de la ville; le conseil de santé ; le service médical local<sup>19</sup>. D'après ce nouveau règlement, la question de la santé dépend du DOEN. Ce département a le pouvoir de proposer au Gouverneur Général de prendre des mesures en vue d'améliorer la santé de la population. Cette structure donne à la population une place beaucoup plus importante qu'auparavant. Néanmoins, le fait qu'elle soit encore placée sous la direction d'un militaire laisse augurer de peu de changements concrets.

Les tentatives pour séparer le service de santé civil du service de santé militaire ne s'interrompent pas. Par exemple, en 1867, le Directeur du DOEN fait une proposition dans ce sens. Dans une lettre adressée au Gouverneur Général (lettre No 5579, le 30 novembre 1867), il écrit : « en effet, depuis longtemps (1858) le Chef du service médical souhaite améliorer le service de santé civil, mais aussi changer ce service qui se trouve dans une telle situation que son amélioration est urgente, et celle-ci n'aura de sens qu'avec la séparation entre le service de santé civil et le service de santé militaire<sup>20</sup> ». Cette proposition de la part du DOEN, n'est malheureusement pas bien accueillie. Le Gouverneur général adresse au Ministre des colonies, datée du 1er juillet 1872, où il écrit qu' « il ne constate aucune faute dans le fonctionnement

---

<sup>19</sup>P. H. van der Kemp, *De quarantaine- en epidemie-voorschriften in Nederlandsch-Indië (Staatsblad 1892 Nos. 44 en 45)*, Batavia, Landsdrukkerij, 1892, p.3-10 ; C.J. de Freijtag, *Recueil voor den civiel geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, Batavia, Van Dorp, 1895, p. 1.

<sup>20</sup>« *Immers was niet alleen de Chef over den geneeskundigen dienst in gebreke gebleven om de sedert zoolang (1858) verlangde voorstellen tot verbetering van den civielen dienst in te dienen, doch tevens verkeerde de bedoelde diensttak in zulk een treurigen toestand dat verbetering dringend vereischt werd, terwijl deze naar zijne meening slechts verkregen kon worden door den civielen dienst geheel van den militairen af te scheiden* », cité dans J. Bijker, *Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15)*, op. cit., p. 173.

unitaire du service médical militaire et civil et que le Directeur de l'Éducation ne peut pas appuyer ses demandes par des faits réels<sup>21</sup> ».

Toutefois, près de deux décennies plus tard, le service médical civil est effectivement reconnu. En 1882, par le décret No.97, un service médical s'occupant de la population civile est de nouveau réorganisée. Cette fois-ci, une série de réglementations définit les fonctions de ce service un peu plus en détail. Le premier chapitre parle de « contrôle médical de l'État » (Geneeskundig Staatstoezicht). Il s'agit, d'abord, de la surveillance de la santé comprenant : 1°) une enquête sur l'état de santé de la population, mais aussi des moyens nécessaires pour l'améliorer. 2°) l'établissement de règlements organisant les services de la santé publique. Ces règlements se préoccupent aussi de l'organisation du recrutement des personnes admises à exercer la médecine. Des règlements complémentaires concernent les traitements médicaux, ainsi que la distribution de médicaments pour certaines catégories d'individus : les fonctionnaires du gouvernement, les Européens dans la nécessité, les prisonniers, les travailleurs forcés, les prostituées, les malades graves, les Indigènes blessés par la police et les fous pour lesquels l'intérêt du service public de santé doit être organisé à part. Enfin, cette réorganisation promeut également la recherche scientifique sur les causes des maladies ainsi que sur les moyens de les combattre<sup>22</sup>.

Toutefois, la séparation basée sur le décret de 1882 n'apporte pas beaucoup de clarté, surtout en ce qui concerne la division du travail entre le service médical militaire et le service médical civil. Certains disent que cette séparation est plutôt une formalité sans substance, car en réalité le service de santé civil n'a toujours pas d'autorité. En tant que directeur du DOEN, Van der Kemp déclare qu'une réorganisation totale doit vraiment être menée à terme, permettant au service médical civil d'avoir son autonomie. Dans une lettre écrite le 22 janvier 1891, il déclare qu'« à partir de mon expérience dans ce département, je suis convaincu, que ce service (médical) n'aura pas d'avenir tant qu'une réforme radicale y soit réalisé; en

---

<sup>21</sup>*Ibid.*, p. 179.

<sup>22</sup>P. H. van der Kemp, *De quarantaine- en epidemie-voorschriften in Nederlandsch-Indië (Staatsblad 1892 Nos. 44 en 45)*, *op. cit.*, p. 1-2 ; C.J. de Freijtag, *Recueil voor den civiel geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, *op. cit.*, p. 1-5.

outre, cette réforme doit être fondée sur la séparation du service de santé militaire et du service civil de façon à accroître l'indépendance (du service de santé civil)<sup>23</sup> ».

Ce n'est qu'au début de XXe siècle, que l'on commence à prendre conscience de l'importance d'un service de santé civil ayant une autorité réelle. L'extension de la colonisation est presque terminée; il n'y avait plus d'expéditions vers de nouveaux territoires; et même s'il y en a, cela ne se fait plus comme auparavant. L'objectif de la colonisation est désormais la formation d'une société ouverte sur la modernité. C'est la période où le gouvernement se lance dans une politique « éthique », qui prétend rembourser la dette constituée par l'ensemble des biens spoliés par le colonisateur depuis la prise des Indes Orientales. Afin de parvenir à cet objectif, il est nécessaire de construire une société plus juste, une population plus heureuse, donc en bonne santé. Le gouvernement décide donc de porter une attention spéciale à cette question, qui est sous la responsabilité du département de santé civile, séparé du service de la santé militaire.

## II – LA SÉPARATION ENTRE CIVIL ET MILITAIRE : PRÉVENIR OU GUÉRIR ?

Au début du XXe siècle, le gouvernement colonial hollandais a changé sa politique en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des populations indigènes. Cela se traduit par trois programmes principaux: la construction d'équipements d'irrigation pour l'agriculture, l'encouragement des migrations internes et la création d'une politique d'éducation pour les Indigènes.

L'intérêt de l'autorité coloniale pour les Indigènes se manifeste également dans le programme d'enquête sur la pauvreté. Une enquête a en effet débuté en 1904, qui a pour but de comprendre et d'améliorer les conditions de vie des habitants<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup>« Reeds vóór lang heeftzich de behoefte doen gevoelen aan eene reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indie. Naar gelang van de veelzijdige belangen van dezen diensttak in de laatste jaren meer en meer op den voorgrond traden, heeft zich ook de behoefte aan eene ingrijpende hervorming in toenemende mate geopenbaard. Ik had tijdens mijne werkzaamheid aan het Departement de diepe overtuiging gekregen, dat deze diensttak geen toekomst heeft zonder een ingrijpende hervorming; voorts, dat die hervorming moest berusten op ééne alles overheerschende voorwaarde, namelijk afscheiding van den militairen geneeskundigen dienst en het verleenen van de meest mogelijke zelfstandigheid », cité dans J. Bijker, *Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15)*, op. cit., p. 187.

<sup>24</sup>Explication sur la création de la Commission sur la pauvreté, voir Boomgaard et F. Husken, « Declining welfare in Java; Government and private inquiries, 1903-1914 », art cit.

Le domaine de la santé n'est pas exclu de cette enquête. Les conditions de vie des indigènes sont aussi liées à la réorganisation du service médical. L'idée de séparer le service de santé militaire du service de santé civil réapparaît une nouvelle fois ; ceci était inévitable. Elle réapparaît en raison du développement de la société, et elle constitue également une tentative pour orienter la société vers la modernité<sup>25</sup>.

Avec le temps, on prend conscience que le service de santé militaire ne peut pas fonctionner en symbiose avec le service de santé civil, du fait que le premier se focalise sur le traitement des blessures de guerre et la guérison des maladies, alors que le second se concentre sur la prévention et l'amélioration de la santé de la population civile. Le médecin militaire est par exemple formé pour affronter le combat, il est surtout présent pour soigner les blessures sur le champ de bataille. Le médecin civil, en revanche, se focalise sur la surveillance de la santé de la population, non seulement pour la soigner, mais aussi pour l'améliorer<sup>26</sup>.

Le fait que le gouvernement ne prête guère d'attention à la santé de la population est lié au fait qu'en étant subordonné aux militaires, le service de santé civil est toujours maintenu dans un rôle secondaire. Les partisans de la séparation des deux services veulent renforcer les services de santé destinés aux populations<sup>27</sup>. La séparation est inévitable du fait que le service de santé militaire se focalise sur le soin des soldats, dont l'effectif est d'environ 3700 personnes, alors que le service de la santé civil doit s'occuper de la totalité des populations des Indes-Néerlandaises. Il doit s'occuper de la question d'obstétrique et aussi fournir un traitement médical à tous les habitants, mais surtout améliorer leur état de santé<sup>28</sup>.

La réorganisation du service de santé publique est également discutée lors des réunions périodiques de la société *Indische Genootschap*. Le 20 octobre 1907, presque un an après la création d'une commission pour la réorganisation, le débat est lancé. Assistent à cette réunion les membres de la société, ainsi que des invités dont des Indonésiens qui ont fait leurs études médicales aux Pays-Bas : Mas Boenjamin, Mas Asmaven, Abdul Rivai et les deux frères Tehupeiory<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup>J. Bijker, *Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15)*, op. cit., p. 1.

<sup>26</sup>*Ibid.*, p. 3.

<sup>27</sup>*Ibid.*

<sup>28</sup>*Ibid.*, p. 7.

<sup>29</sup>Indisch Genootschap, *Indisch genootschap : vergadering van 22 October 1907 : de wenschelijkheid van een georganiseerden gezondheidsdienst voor Java en zijn uitvoerbaarheid*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1907, p. 1.

La réunion commence par l'exposé de De Vogel. Il débute son discours en parlant des deux tâches principales des médecins : guérir et prévenir les maladies. Il admet que la seconde tâche est moins populaire que la première, « car elle conduit à des restrictions de liberté, restrictions davantage ressenties par le patient que par le médecin<sup>30</sup> ». Quand parle-t-on de santé publique ? Selon lui, c'est lorsqu'il s'agit de la mise en place des mesures d'hygiène. Ces mesures sont en outre beaucoup plus économiques et plus efficaces que les soins à fournir aux malades. « Et cela non seulement parce que la prévention de la maladie épargne davantage de travailleurs : il est économiquement moins rentable de laisser un homme tomber malade puis de le guérir que de pratiquer une politique de prévention, mais aussi parce que les coûts liés à un traitement efficace et à des soins individuels sont si élevés, que seulement une partie de la population peut être soignée<sup>31</sup> », dit-il.

En dehors des raisons économiques qui rendent de mesures préventives moins onéreuses que le traitement des maladies, De Vogel évoque également leur efficacité. Il mentionne que compte tenu du chiffre de la population des Indes-Néerlandaises il y a un médecin pour 2500 habitants. Cet état de fait est suffisamment significatif pour dire qu'un système axé sur les traitements individuels ne sera jamais efficace<sup>32</sup>. Par ailleurs, traiter les malades provoque souvent son désespoir comme celui des proches du patients car il ne peut pas toujours les guérir.<sup>33</sup>

De Vogel comprend, par « mesures préventives », des actions divers domaines permettant d'éradiquer les sources de maladies. Il cite trois actions possibles. D'abord, assurer la distribution d'eau potable. Cela permet d'empêcher les épidémies causées par la pollution de l'eau. Ensuite, la construction d'un réseau d'égouts, dont le but est de récolter les eaux usées ou stagnantes qui favorisent l'apparition du paludisme. Il évoque également l'assainissement des sols pour faire disparaître les micro-organismes provoquant des infections diverses. Enfin, De Vogel parle également de l'amélioration des habitations. Il croyait que la vétusté de l'habitat provoque toutes sortes de maladies<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup>*Ibid.*, p. 2.

<sup>31</sup>De Vogel dit: « *En dit niet alleen omdat het verhinderen van ziek worden, meer werkrachten uitspaart, economisch voordeliger is dan de mensen ziek te laten worden en dan te genezen, maar ook omdat de kosten verbonden aan eene goede ziekenbehandeling en verpleging per individu zoo zeer hoog zijn, dat slechts een fractie der bevolking kan worden geholpen* ». *Ibid.*

<sup>32</sup>*Ibid.*, p. 3.

<sup>33</sup>*Ibid.*, p. 9.

<sup>34</sup>*Ibid.*



Ce que ce médecin propose est un travail colossal. Pour le mener à bien il souligne l'importance d'une nouvelle organisation du service de santé. « Une organisation doit être créée, organisation qui permettra de résoudre la question de la propagation des maladies infectieuses, dans toutes les régions et recoins des Indes-Néerlandaises, et ce, quelle que soit la saison<sup>35</sup> », dit-il. « Grâce à un service organisé on peut savoir par exemple si la qualité de l'eau est potable ou non, et dans d'autres circonstances on peut voir ce qui exerce une bonne influence, trouver un moyen pour améliorer les conditions d'hygiène, où organiser une lutte contre des vers ou d'autres parasites que l'on trouve dans les maisons à Java<sup>36</sup> », ajoute-t-il. Il insiste également sur le besoin d'une institution spécialisée centralisée, ce qui pour lui est impératif<sup>37</sup>.

Dans son idée, le service de santé qui résultera de la réorganisation doit suivre la façon de travailler du *Dokter Djawa* (médecin javanais) qui visite les plus petits villages. Ce mode de travail permet la mise en œuvre et la diffusion d'importantes mesures d'hygiène. L'établissement d'une carte détaillée des taux de mortalité et de morbidité de la population est également essentiel. Les résultats des enquêtes seront retravaillés et utilisés comme base pour que le gouvernement puisse conduire une politique en faveur de l'amélioration de la santé de la population<sup>38</sup>.

À plusieurs reprises, De Vogel met l'accent sur la santé comme facteur essentiel pour le bien être de la population. Autrement dit, il cherche à montrer que sa prospérité dépend beaucoup de son état de santé<sup>39</sup>. Dans son rapport sur le pays, il déclare : « La santé publique est la base du bien-être du peuple et la force essentielle pour la construction de l'État » (*De publieke gezondheid is de grondslag waarop het*

---

<sup>35</sup>« Een organisatie moet worden in het leven geroepen, door welke de vraag kan worden beantwoord naar de verspreiding van de verschillende volksziekten, over welke streken, onder welke landaarden, gedurende welke jaargetijden », *Ibid.*, p. 12.

<sup>36</sup>« Door een georganiseerden dienst zou bijv. kunnen worden nagegaan, of bijv. onberispelijk drinkwater of andere omstandigheden een goeden invloed uitoefenen, waardoor een weg tot mogelijke verbetering zou te vinden zijn, dan wel of op Java een groote menigte menschen den worm herbergt zonder of nadeel van te ondervinden », *Ibid.*, p. 17.

<sup>37</sup>*Ibid.*, p. 8.

<sup>38</sup>De Vogel dit « De werking der organisatie is nu zoo, dat de gegevens door de drs. djawa op bovenbeschreven wijze tot in de kleinste kampongs verzameld, in handen komen van hun chefs, hetzij aspirant-inspecteur of adjunct-inspecteur of inspecteur. Deze controleeren de in het belang der hygiene genomen maatregelen, wijzigen deze en overleggen met den geneesheer-directeur van het hospitaal van hun ressort over verder te nemen maatregelen. *Détail-kaarten over de mortaliteit en morbiditeit der bevolking geven goede overzichten, waaruit voor-of achteruitgang gemakkelijk kan worden nagegaan. De uitkomsten van het onderzoek worden omgewerkt in gemotiveerde voorstellen aan de Regering welke tot maatregelen in het belang van den gezondheidstoestand van de bevolking zouden kunnen leiden* ». *Ibid.*, p. 21.

<sup>39</sup>*Ibid.*, p. 19.

*geluk van het volk en de kracht van den Staat gebouwd worden*<sup>40</sup>), conclut-il dans son discours.

C. F. J. Booker répond au discours de De Vogel en déclarant que ce programme est irréalisable. Cela ne tient pas à des raisons économiques, d'après lui, mais plutôt à la disponibilité des officiers de santé indigènes qui devront assurer ce programme. De Vogel parle d'un besoin de 150 médecins indigènes pour réaliser son projet : « *Waar zal dr. De Vogel die 150 doctors-djawa van daan halen ?*<sup>41</sup> » (Où aller chercher ces 150 médecins javanais dont parle le Dr De Vogel ?), demande-t-il. L'école du *Dokter-Djawa* ne forme en effet que 10 à 12 médecins indigènes chaque année. Sur le plan des ressources humaines, l'idée de De Vogel est donc rejetée.

Mais la réaction la plus sévère vient de Kohlbrugge<sup>42</sup>. « Je me suis alors demandé : comment le docteur De Vogel, avec sa connaissance des Javanais et de leur mentalité, peut proposer une idée aussi irréalisable ? Il doit bien aimer la difficulté », dit celui-ci. Kohlbrugge est un médecin, qui s'intéresse au psychisme des Indigènes. Il a publié un livre sur la mentalité des Javanais qui, d'après lui, ne peuvent pas se développer<sup>43</sup>, car il leur manque toujours le sens des responsabilités. Il conclut son discours en proclamant : « nous, les praticiens, connaissons très bien les conditions (de vie des Javanais), mais ce que nous n'avons pas appris est de faire des lois et règlements applicables à ce peuple règlement. C'est peut-être cela que l'on doit apprendre<sup>44</sup> ».

Kohlbrugge explique que mettre en place des mesures d'hygiène pour prévenir la propagation des maladies, n'est pas aussi simple que dans les explications de De Vogel. Il admet que les mesures préventives sont plus efficaces que les mesures

---

<sup>40</sup>*Ibid.*, p. 24.

<sup>41</sup>*Ibid.*, p. 25.

<sup>42</sup>Jacob Herman Friderich Kohlbrugge, né à Wertherbruch le 28 mars 1865 et mort à Zeist le 24 août 1941, est un médecin du monde tropical, mais aussi un ethnologue et un sociologue. Il a obtenu le titre MD à Freiburg en 1890. Kohlbrugge a vécu aux Indes-Néerlandaises il a été en poste à Tosari (Java) de 1892 à 1899 et à Sidhoardjo (Java) du 1902-1906.

<sup>43</sup>Kohlbrugge publie entre autres: J. F. H. Kohlbrugge, *Een en ander over de psychologie van den Javaan*, Leiden, E. J. Brill, 1907, 63 p ; J. F. H. Kohlbrugge, « Psychologische koloniale politiek », *Vereeniging van Moederland en Kolonien*, 1907, vol. 2, n° 8, p. 1-44 ; J. F. H. Kohlbrugge, *De Inlandsche beweging en de onrust in Indie*, Utrecht, Oosthoek, 1927 ; J. F. H. Kohlbrugge, « De mentaliteit van den primitieven mensch en van zijne kinderen », *Indische Gids*, 1936, n° 58, p. 769-788.

<sup>44</sup>Kohlbrugge dit: « *Ik heb mij zelf toen afgevraagd : hoe komt het toch, dat dr. De Vogel met de kennis die hij heeft ook van den Javaan en zijn geaardheid, zulke onpractische voorstellen doet, dat hij met de moeilijkheden daaraan verbonden zoo weinig rekening houdt. Wij pratici kennen wel de toestanden, maar wat wij niet geleerd hebben, is wetten en bepalingen te maken, die voor die toestanden passen. Dat is ook iets dat geleerd moet worden* ». *Ibid.*, p. 27.

curatives. Les exemples cités par De Vogel sur la mise en place de mesures d'hygiène aux États-Unis et en Italie sont indiscutables. Kohlbrugge souligne cependant que cela s'effectue facilement dans des pays civilisés. Mais il croit que dans le cas de Java, dont la population est moins civilisée, le résultat ne sera pas le même.

En ce qui concerne l'idée d'éradiquer la source des maladies proposée par De Vogel, Kohlbrugge fait remarquer qu'il n'est pas facile de déterminer ce qu'on appelle « la source d'une maladie ». Selon lui, l'argument de De Vogel ne fait que supposer qu'on la connaisse. « De toutes les maladies, à part de paludisme, il (De Vogel) n'a rien prouvé » (*En van alle de andere ziekten behalve de malaria heeft hij in 't geheel niets aangetoond*)<sup>45</sup>.

Un des dangers de la proposition de De Vogel, selon Kohlbrugge, est « qu'il va laisser les pauvres malades à la charge des autorités locales ». Il critique l'idée de De Vogel qui a proposé l'intervention des médecins traditionnels comme les *doekon* (guérisseur, chaman..) dans l'organisation de la santé. Cela réduit à néant, selon Kohlbrugge, les tentatives d'abolir toute pratique médicale traditionnelle qui repose souvent sur un pouvoir surnaturel. Loin d'être d'accord avec cette idée, Kohlbrugge affirme que c'est très dangereux<sup>46</sup>.

Une réponse à la critique de Kohlbrugge sur le manque de motivation des médecins indigènes est fournie par J. H. Abendanon, qui déclare : « à mon avis, il [Kohlbrugge] a perdu la tête » (*hij m.i. billijkheid uit het oog verliest*)<sup>47</sup>. M. Abendanon est en effet très irrité, car c'est l'un des Hollandais qui promeut l'égalité entre les Indigènes et les Européens par la diffusion de l'éducation. Abendanon partage donc l'opinion de De Vogel sur l'importance des mesures préventives pour la population. Cela ne veut pas dire qu'il n'ait pas de critique à y apporter : « J'ai encore un point d'objection au discours de monsieur le docteur De Vogel, une objection que je peux exprimer, même si je ne suis pas un expert, car tous les citoyens peuvent avoir une opinion sur ce sujet », dit-il. Il évoque ici l'expérience de prévention d'une maladie aux Indes-Néerlandaises, qui a déjà été tentée. Des milliers des patients sont pourtant loin d'être protégés, et le meilleur moyen de prévention de la maladie est encore à réaliser. M. Abendanon souligne l'importance de la formation de médecins pour les indigènes afin d'augmenter le nombre des officiers de santé. Selon lui, la mise en place

---

<sup>45</sup>*Ibid.*, p. 28.

<sup>46</sup>*Ibid.*, p. 30.

<sup>47</sup>*Ibid.*, p. 32.

d'un service de santé publique ne pourra pas se faire sans un effectif suffisant en officiers de santé. A part l'importance de la formation des médecins, Abendanon met l'accent sur l'intervention de l'État en matière de santé<sup>48</sup>.

De Vogel reprend la parole pour répondre aux critiques qui lui ont été faites. Sa réponse est surtout destinée à Kohlbrugge qui a contesté le plus violemment son projet. À propos des médecins indigènes, De Vogel rétorque que le *Dokter Djawa* fait un meilleur travail que le médecin européen, du fait de sa connaissance des coutumes et des traditions de la population indigène, ainsi que de sa capacité à convaincre les populations, et de toutes sortes de choses qu'un Européen ne peut pas faire. Le contact avec le *doekon*, que la grande majorité de la population consulte lorsqu'elle est malade, permet d'obtenir des informations sur les risques d'épidémies. Enfin, le *Dokter Djawa* peut à la fois traiter les malades et effectuer une recherche sur les maladies<sup>49</sup>.

La réunion se termine sur les réponses de De Vogel, qui sont suffisamment convaincantes pour qu'un besoin de réorganisation des services de médecine dans la colonie soit admis.

Ce n'est cependant qu'en 1910 que le *Burgerlijken Geneeskundigen Dienst* (Service de santé civile) est instauré. Avec cette institution, un service de santé pour la population des Indes-Néerlandaises dans son ensemble est créé. De Vogel qui est nommé chef de ce service.

Dans son discours pour le *Koloniaal Instituut* qui a lieu à l'auditorium de l'Université d'Amsterdam le 23 septembre 1915, De Vogel parle du rôle du Service de santé civile (*Burgerlijk Geneeskundige Dienst* – BGD) aux Indes-Néerlandaises. Selon

---

<sup>48</sup>« *Ik heb nog een ader bezwaar tegen de rede van dr. De Vogel, een bezwaar, dat ik wel mag uitspreken, al ben ik geen deskundige, want elk Staatsburger kan daarover oordeelen. Hoewel men overtuigd kan zijn, dat het in Ned. Indie evenals overal goed is de ziekten te voorkomen, gaat het toch niet aan om de duizende zieken, die er op een bepaald oogenblik zijn, en niettegenstaande de beste maatregelen steeds zullen voorkomen, aan hun lot over te laten. En nog minder sympathie wekt het voorstel, om de 200 zieken, die op drie plaatsen in behandeling zullen komen, niet op te nemen om hun zelfs wil, maar om als voorbeeld te dienen voor anderen. Nu weet ik wel, dat de behandeling van zieken dikwijls strekt ten bate van het geneeskundig onderwijs en dus ook van andere zieken, die nog komen moeten, maar waar men een dienst wil organiseren, gaat het niet aan daarmede uitsluitend rekening te houden, en het overige aan het particulier initiatief over te laten* », *Indisch Genootschap, Indisch genootschap, op. cit.*, p. 32.

<sup>49</sup>« *De doktors djawa zijn voor de taak die ik hun in eene contrôle-afdeeling toedacht veel beter geschikt dan een Europeaan, omdat zij meer doorgedrongen zijn in de zeden en gewoonten van de bevolking, omdat zij de bevolking zullen kunnen overhalen tot allerlei dingen die een Europeaan niet van hen gedaan krijgt, omdat zij zich in connectie zullen kunnen stellen met de doekoens, die hun zullen kunnen opgeven niet welke ziekten zijn uitgebroken, doch die den dokter djawa over de zieken kunnen inlichten nl. wie er al zoo ziek liggen. De dokter djawa kan deze zieken dan gaan openemen en onderzoeken* », *Ibid.*, p. 39.

lui, le *BGD* a deux tâches principales : « 1. Mener une enquête sur l'état de la santé publique, et le cas échéant, identifier les moyens pour l'améliorer et assurer leur mise en place; 2. Dans le respect de la loi, mettre en place un règlement de santé publique<sup>50</sup> ». Ce qu'il faut noter est que l'accomplissement de ces deux tâches doit se faire sans distinction entre les Européen et les Indigènes.

De toute évidence, à cette époque, les services de santé offerts à la population sont fondés sur les connaissances de la médecine occidentale. La transmission du savoir se fait par l'enseignement délivré dans les écoles de médecine. C'est par l'intermédiaire des médecins indigènes ayant reçu une éducation occidentale que ces nouveaux savoirs vont être diffusés. Ceux-ci et les nouveaux savoirs associés ont pris leur source en Occident. « L'éducation médicale se développe avec les encouragements et le soutien d'initiatives locales privées, qui administrent les traitements et les soins aux malades sur une base rationnelle et scientifique, ainsi que grâce à une propagande (mode de diffusion) intelligente parmi les populations indigènes. Les succès du Service de santé civil (*BGD*) promeuvent petit à petit une grande confiance en la médecine occidentale aux Indes-Néerlandaises<sup>51</sup> », écrit De Vogel.

Une enquête est menée pour connaître les taux de mortalité de la population dans différentes régions. Les causes des décès concernent bien sûr le *BGD* qui doit envisager des mesures à prendre pour diminuer les taux de mortalité. Dans la région de Sumatra Oostkust, par exemple, l'enquête est facilitée par la présence des rapports de l' *Arbeidsinspectie* (*l'inspection du travail*)<sup>52</sup>.

Le *BGD* est composé par, premièrement, un corps de médecins psychiatres qui s'occupent des malades mentaux. Deuxièmement, un corps de qui médecins formés à l'occidentale qui apportent leur assistance aux populations. Troisièmement, un corps de médecins qui concentrent leurs activités sur des enquêtes sur l'état de la santé publique et la recherche de moyens pour l'améliorer. Ce dernier corps est composé par ce que l'on appelle « les trois catégories de médecins », à savoir : les médecins du

---

<sup>50</sup>W. Th. de Vogel, *De taak van den burgerlijken geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1917, vol.4, p. 7-8.

<sup>51</sup>« *Met het geneeskundig onderwijs behoort gepaard te gaan : aanmoediging en steun van het plaatselijk en particulier initiatief, waar dit beoogt de behandeling en verpleging van zieken op rationeel wetenschappelijken grondslag, terwijl tevens door verstandige propaganda onder de inheemsche bevolking de Burgerlijke Geneeskundige Dienst de algemeene invoering van en het vertrouwen in Westersche geneeskunst in Ned.-Indie heeft te bevorderen* », *Ibid.*, p. 8-9.

<sup>52</sup>*Ibid.*, p. 11.

gouvernement travaillant sous la direction de quatre inspecteurs, les médecins de laboratoire et les médecins des trois grands hôpitaux publics<sup>53</sup>.

La diffusion de la culture et des savoirs médicaux occidentaux est le programme principal du *BGD*. Le fait que les Indigènes de l'époque se méfient toujours de la médecine et des praticiens occidentaux est l'une des raisons de la propagande qui est menée. L'acceptation des nouveaux savoirs est l'une des clés du succès du programme de *BGD*<sup>54</sup>.

Pour les recherches sur l'état de santé de la population, le *BGD* collabore avec d'autres départements gouvernementaux. Par exemple, le département des travaux publics (BOW) participe à l'amélioration de la santé de la population en construisant des réseaux d'égouts, mais aussi en organisant la distribution d'eau potable<sup>55</sup>.

Tout comme dans son discours à la réunion de l'*Indische Genootschaps*, De Vogel a toujours mis l'accent sur les avantages économiques que l'on peut tirer des mesures d'hygiène. « La protection des populations indigènes contre les maladies participe également au fait que le pays disposera de plus en plus d'habitations saines, où le commerce et l'industrie pourront se développer avec beaucoup d'énergie. Le progrès économique qui en résultera aura un impact favorable non seulement sur notre pays, mais également sur tous les peuples qui habitent les zones tempérées<sup>56</sup> », explique-t-il.

Van Loghem, directeur de la section d'hygiène tropicale de Koloniaal Instituut, rend compte des travaux du *BGD* dans le domaine de l'hygiène publique. Il se concentre sur sa contribution à la salubrité des lieux où vivent les populations. Il

---

<sup>53</sup>« 1. Het toezicht op krankzinnigen, dat, voor zoover den geneeskundigen dienst betreft, geschiedt door het corps krankzinnigen-artsen; 2. Het bevorderen van geschoolde beoefening der Westersche geneeskunde ten einde Europeesche geneeskundige hulp in Ned.-Indie algemeen verkrijgbaar te maken en daarmede onder de bevolking in te voeren. Een corps leeraren, gesteld onder de Directeuren der artsenscholen is met het geneeskundig onderwijs en het onderwijs in aanverwante vakken belast; 3. Het onderzoek naar den staat der volksgezondheid en het aangeven van middelen ter verbetering. Waarvoor bestemd is het allergrootste der drie categorieen van artsen, welke den Burgerlijken Geneeskundigen Dienst voor de uitoefening van zijne taak er beschikking staan, n.l. de gouvernementsartsen, werkende onder 4 Inspecteurs en onder de directeuren van het Geneeskundig Laboratorium, van het Parc Vaccinogène en van de drie groote Gouvernementshospitalen, bestemd voor de nadere studie van ziekten in de tropen », *Ibid.*, p. 11-12.

<sup>54</sup>*Ibid.*, p. 20.

<sup>55</sup>*Ibid.*, p. 31.

<sup>56</sup>« Het beveiligen der inheemsche bevolking tegen ziekte, sluit tevens in, dat het land meer en meer gezonde woonplaats gaat bieden waar handel en nijverheid zich in volle kracht zullen kunnen ontplooiën. De economische vooruitgang onzer kolonien die daarvan het gevolg zal zijn, zal haren gunstigen invloed doen gevoelen niet alleen op ons eigen land, doch in 't algemeen ook op alle volkeren die de gematigde luchtstreken bewonen », *Ibid.*, p. 59.

mentionne deux problèmes à résoudre : la décentralisation et la formation de médecins indigènes<sup>57</sup>. Il met l'accent sur le fait qu'une politique de salubrité ne s'améliore qu'avec la centralisation, qui permet qu'une même mesure d'hygiène peut être mise en œuvre systématiquement partout. La présence de médecins indigènes comme intermédiaires est en outre essentielle, car ce sont eux qui peuvent convaincre la population de l'importance de l'hygiène que cherche à généraliser les Européens.

A part la centralisation, il semble que les propositions de Van Loghem soient similaires à celles de De Vogel. Van Loghem va cependant plus loin dans sa description des tâches du *BGD*, en soutenant toujours l'idée de la nécessité de la centralisation du travail de santé publique. Cela se traduit par l'apparition d'institutions centrales destinées à développer l'hygiène publique, comme « le Centre de statistique médicale », « l'établissement central d'épidémiologie et d'autres centres de recherches », ou encore d'établissements de conseil et de recherche pour différentes mesures d'hygiène (comme la recherche sur l'eau potable, l'évacuation des eaux usées et des matières fécales, le logement...), ou pour surveiller la distribution des médicaments. De plus, Van Loghem souligne l'importance du contrôle des actions sanitaires locales<sup>58</sup>.

Dans ce cadre, Van Loghem explique que la tâche d'un inspecteur de santé est d'explorer les conditions de vie de la population au moyen de statistiques de mortalité. Cette tâche comprend également « le contrôle des épidémies, basé sur l'ordonnance de l'épidémie', la supervision d'un service de vaccin, des vaccinations non réglementées (de choléra), des mesures générales médicales et d'hygiène (construction d'infirmiers, construction de réseaux d'eau potable, organisation de systèmes d'assainissement des entreprises agricoles)<sup>59</sup> ».

Après la centralisation du laboratoire de recherche, la centralisation de la production des vaccins, sérums et médicaments pour les maladies transmissibles,

---

<sup>57</sup>Johannes Jacobus van Loghem, *Vraagstukken der Indische hygiene*, [Amsterdam, Instituut, 1920, vol.9, p. 84.

<sup>58</sup>*Ibid.*, p. 85.

<sup>59</sup>« *exploratie van den toestand met behulp der reeds besproken sterftestatistiek, en in de toekomst meer en meer daarbij gesteund door territoriale en vliegende laboratoria ; epidemie-bestrijding, deels aan de hand der epidemie-ordonnantie, deels door toezicht op den geregelden vaccinedienst, deels door ongeregelde inenting (cholera), deels door het initiatief nemen tot algemeene hygienische en geneeskundige maatregelen (bouw van ziekeninrichtingen, aanleg van waterleiding, sanitaire organisatie van landbouw-en andere ondernemingen)* », *Ibid.*, p. 88.

l'avenir du service de santé civil n'est pas encore assuré. Le travail de la santé publique ne consiste pas seulement en un travail de recherche pour le traitement et le soin des malades, mais aussi en des mesures préventives contre l'apparition des maladies. « Il est urgent de sentir la nécessité de créer une collaboration entre les travaux empiriques des médecins, des hygiénistes, des ingénieurs et des architectes : pour *l'institut technique d'hygiène médicale*, qui travaille dans le domaine de l'eau potable, l'évacuation [de l'eau et des matières fécales], le logement, l'hôpital et l'asile<sup>60</sup> », explique-t-il. Van Loghem tente donc d'attirer d'autres acteurs que les médecins à la santé publique.

Il souligne également l'importance de la centralisation des statistiques médicales. Les données fournies ont pour fonction d'estimer le nombre de morts et de malades dans une région. En cas de croissance très rapide du nombre de morts, un médecin peut, notamment, repérer une possible épidémie<sup>61</sup>.

Aux yeux de Tesch, le travail du BGD se résume à trois grands domaines. Premièrement, appliquer des mesures législatives : obligation de déclarer certaines maladies, l'isolement, la décontamination et la quarantaine. Deuxièmement, des mesures d'hygiène sociale : cela consiste à vacciner les populations contre certaines maladies, de détecter les maladies endémiques et de mettre en oeuvre leur traitement. Troisièmement, des mesures techniques : améliorer les lieux d'habitation et les environnements présentant des risques pour l'apparition de certaines maladies infectieuses<sup>62</sup>.

En tant qu'institution gouvernementale, le BGD publie un rapport sur ses travaux, dans une revue qui s'appelle *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*. Le « Mededelingen » est le média par lequel le Département de la santé publique communique ses études concernant la santé de la population. Cette

---

<sup>60</sup>« Dringend doet zich de behoefte voelen aan gelegenheid tot proeffondervindelijke samenwerking van geneeskundige en hygienist met ingenieur en architect: aan een centraal hygienische-geneeskundig technisch instituut dus, dat in staat is leiding te geven op het gebied van watervoorziening, afvoer, woning-, ziekenhuis- en gestichtsbouw », *Ibid.*, p. 92.

<sup>61</sup>*Ibid.*, p. 95.

<sup>62</sup>« 1. Wettelijke maatregelen: verplichting tot aangifte, isolatie, ontsmetting en quarantaine; 2. Sociaal-hygienische maatregelen: onvatbaarmaken tegen bepaalde ziekten door middel van vaccinaties, gelegenheid geven tot vroegtijdige herkenning en behandeling van bepaalde chronische volksziekten; 3. Technische maatregelen: verbetering van het levensmilieu in zoover als de toestand van de omgeving verband houdt met bepaalde besmettelijke ziekten », Johan Wendel Tesch, « De Ontwikkeling van de zorg voor de volksgezondheid in Nederlandsch-Oost-Indie », *Koloniale studiën*, 1941, vol. 25, n° 6, p. 637.



publication, qui concerne plutôt la promotion de l'hygiène parmi la population, diffère de celle du *GTNI*, qui se concentre sur la recherche médicale en général.

Nous pouvons dire que le premier combat du BGD s'est déroulé lors de l'apparition de l'épidémie de peste à Java-est. Le grand nombre de morts causé par la peste à Malang a incité le gouvernement à intervenir. Cette intervention marque les débuts du travail du BGD. Le rapport sur l'épidémie est publié dans les premiers volumes du *Mededelingen*.

Comment cette nouvelle institution gère-t-elle l'épidémie ? Le rapport de De Vogel est une source importante d'informations<sup>63</sup>. L'histoire commence par la propagation de la peste dans le Sud de la Chine en 1910. Au début de 1911, l'autorité médicale de Surabaya, le Dr Wydenes Spaans, à partir de quatre cas de malades, soupçonne la présence de la peste. La recherche en laboratoire est effectuée au laboratoire de médecine de Weltevreden. Les résultats sont négatifs. Ce n'est qu'au 27 mars 1911 que ce laboratoire met en évidence le bacille de la peste dans le sang d'une femme qui décède à Malang. De Vogel, en tant que chef BGD, se rend alors à Malang pour faire une enquête.

Au début, la maladie est interprétée comme l'apparition d'une forme nouvelle de paludisme. Cela s'explique par le fait qu'aucun médecin aux Indes-Néerlandaises n'avait jamais été confronté avec la peste. De Vogel dira que dans un pays où cette maladie ne s'est jamais produite, il est normal que les médecins la compare avec d'autres maladies dont les symptômes sont similaires. C'est la raison pour laquelle, au départ, elle n'ait pas été considérée comme une menace. Cela s'applique dans toute l'histoire de la peste<sup>64</sup>.

*« It is true, the plague in the district of Malang might have been discovered sooner, but that could only have happened with a well organised Civil Medical Service, which kept an eye on every rise in mortality in every sub-district of Java and mad local inquiries as to the cause of it. A separate Civil Medical Service was not organized until the beginning of this year. There was hardly time for establishing a scheme of organisation (the different inspectors entered upon their offices as late as May 1911)*

---

<sup>63</sup>W. Th. de Vogel, « Uittreksel uit het verslag aan de Regeering over de Pest-Epidemic in de Afdeeling Malang, November 1910-Augustus 1911 », *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*, 1912, p. 30-111.

<sup>64</sup>W. Th. de Vogel, « Uittreksel uit het verslag aan de Regeering over de Pest-Epidemic in de Afdeeling Malang, November 1910-Augustus 1911 », *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*, 1912, p. 33.

*when the new service entered upon its duties*<sup>65</sup> », rapporte De Vogel. L'apparition de la peste arrive donc au moment où le service de santé se réorganise, ce qui explique aussi la réaction un peu tardive.

Au moment où De Vogel arrive sur le terrain, la peste s'est déjà largement propagée. Malgré l'étendue du territoire concerné, il parvient cependant à identifier l'épicentre de la propagation. La présence du bacille de la peste rend l'intervention d'un bactériologiste indispensable, et c'est De Haan qui dirige les recherches. Le laboratoire est une arme contre la peste, car « *without it the struggle degenerates into fencing in the dark*<sup>66</sup> », écrit De Vogel. La recherche effectuée par De Haan est poursuivie par Van Loghem, à partir de laquelle des mesures sont envisagées pour freiner la propagation.

Entre le moment de la première apparition de la peste et l'arrivée de l'officier ue BGD, l'épidémie a déjà fait des ravages dans la population. De nombreux habitants sont morts ; dans certains villages il ne reste plus que quelques familles survivantes, et même dans le pire des cas, il ne restet plus personne dans le village..

Le BGD a eu raison de craindre la propagation de la maladie dans d'autres régions. La mise en quarantaine les regions touches est en conséquence indispensable. « *The instruction to localize the plague if possible, that is, to prevent its spreading through the whole of Java by all means available, was carried by putting a ... on the intercourse between Malang and the still non-infected part of the island*<sup>67</sup> ». La présence de la police est nécessaire à l'entrée des villages, autour desquels sont créés des cordons sanitaires. La circulation des personnes peut être contrôlée, mais cela n'empêche pas la propagation, car la circulation des rats porteurs du bacille de la peste, est très difficile à endiguer<sup>68</sup>. En outre, « *the houses where cases of plague were found, were provided with a red flag, while men with red flags were posted where kampong paths crossed the high roads in order to warn the doctors passing in their motor-cars and show them the way*<sup>69</sup> », explique De Vogel.

L'exportation de biens, ainsi que la circulation de personnes venant de lieux infectés sont certes interdites, mais l'entrée de personnes ou de marchandises est autorisé. En ce qui concerne les personnes « *who wished to leave the infected district*

---

<sup>65</sup>*Ibid.*, p. 35.

<sup>66</sup>*Ibid.*, p. 37.

<sup>67</sup>*Ibid.*, p. 42.

<sup>68</sup>*Ibid.*, p. 43.

<sup>69</sup>*Ibid.*, p. 40.

would have to place themselves under medical observation for 5 consecutive days ». En outre, « *That persons and personal belongings should be exported into the non-infected district by train after having gone through a controlled process of disinfection* ». Même dans la situation d'urgence que crée cette épidémie de peste, il existe des exceptions aux réglementations imposées. De Vogel explique que « *An exception was necessarily made for government officers and private persons who had received special permission from the Resident. Cleanly dressed persons who according to the quarantine doctor's opinion were considered free from infection, would be acquitted of this disinfection*<sup>70</sup> ».

Une des premières mesures prises pour combattre la peste est d'éduquer les Indigènes, sur le danger que représente la maladie. L'information conduit ensuite à la prise de conscience de l'importance que revêt l'élimination des rats. Il faut aussi faire comprendre aux indigènes la nécessité d'isoler les malades. La désinfection des maisons doit être effectuée par les habitants avec l'aide de l'officier de santé. La diffusion des informations sur la maladie doit être assurée par l'école. Enfin, la population doit obligatoirement être vaccinée pour prévenir la maladie<sup>71</sup>.

Après ces renseignements utiles transmis aux habitants, De Vogel impose de poser une affiche à l'entrée de chaque village, écrit en javanais, indiquant : « *In this village prevails a very contagious disease, called Plague. Do not enter the houses here. Do not sleep in this kampong, allow no one from this kampong to sleep in your kampong. Do not take any clothes from this village to your own*<sup>72</sup> ». Cette affiche accrochée avec deux drapeaux rouges attire, selon De Vogel, beaucoup l'attention. Malgré la faible compétence des habitants en lecture, cette affiche sera efficace pour avertir du danger de la peste.

Concernant les mesures d'isolement des malades, De Vogel rapporte comment un habitant a construit un petit cottage à côté de la maison d'un malade : « *Experience has taught us, that when this distance is made so great that the nurse and the family are not within call of each other, fear will drive the nurse to seek support in the presence of companions ; for the Javanese is easily frightened in the night when he keeps watch by a serious patient all by himself, and eventually one finds the patient's cottage surrounded by a crowd of curious people, which is not exactly the right thing for the sick man. If the distance is short enough, the nurse can call out to the family whenever he feels inclined*

---

<sup>70</sup>Ibid., p. 45.

<sup>71</sup>Ibid., p. 55.

<sup>72</sup>Ibid., p. 57.

*and he seems to find support in it; thus fear and sympathetic friends are done away with. When the patient has died or recovered, a new house is occupied. The beds in the forsaken house are burnt and the roof is taken off to expose the interior to the fierce sunlight. The little hut is burnt down, if the form of plague has given reason to suspect infection. After more than a fortnight the house is roofed again and the cottage is rebuilt, if necessary<sup>73</sup> ».*

De Vogel a également proposé de construire autrement la maison traditionnelle. La maison javanaise utilise le bambou pour la construction. Cette construction entraîne la prolifération des rats, car c'est à l'intérieur du bambou qu'ils se cachent. La nouvelle maison doit donc éviter l'utilisation du bambou<sup>74</sup>.

Quant à la diffusion d'informations sur cette maladie à l'école, De Vogel décide que cette mesure doit être prise par les enseignants de l'école pour indigènes. La mesure prise se construit autour de la supposition que l'infection de la peste est dans leurs maisons. Il décrit: « *The possibility that pupils from native houses infected with plaguestricken rats, carry about with them infected vermin and pass these on to their fellow-pupils, was not to be regarded as illusory. To minimise the risk, the children were compelled before entering the school to take off their clothes and headcloths, and expose them to the sun on clothes and headcloths, and expose them to the sun on clothes-lines in the yard. Admission into the school was only permitted when dressed in the clean clothes provided by the government<sup>75</sup> ».*

L'épidémie de peste a obligé l'autorité coloniale à créer un service spécial. D'après la résolution No 11749 datée du 29 décembre 1914 et signée par le Chef-Inspecteur, le chef du service médical civil est chargé de contrôler que toutes les mesures ont été bien appliquées. L'année suivante, la résolution du gouvernement datée du 28 janvier 1915 No 2 mentionne que toutes les activités concernant la peste seront traitées sous la direction d'une institution spéciale : le « Plague-service », le service de la peste<sup>76</sup>.

Le combat contre la peste est, à travers le BGD, la première intervention d'envergure de l'État colonial pour stopper une épidémie sévissant dans la population. Le nombre important de morts, ainsi que l'extension prise par l'épidémie a

---

<sup>73</sup>*Ibid.*, p. 65-66.

<sup>74</sup>*Ibid.*, p. 78.

<sup>75</sup>*Ibid.*, p. 82.

<sup>76</sup>W. J. van Gorkom, « Dienst Der Pestbestrijding: verslag over het eerste kwartaal 1915 », *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*, 1918, p. 1-2.

obligé le gouvernement à prendre des mesures comme, entre autres, l'isolement des malades. Le gouvernement colonial a apporté beaucoup d'attention au combat contre l'épidémie, dont les victimes sont principalement des habitants indigènes, mais il est également important de noter que la propagation pouvait également toucher la société européenne.

Le BGD entreprend d'autres activités. Le « Mededelingen » rapporte notamment les travaux d'assainissement effectués dans quelques régions. De Vogel a publié un rapport sur le programme d'hygiène dans le port de Sibolga, à Tapanoeli, du 24 avril au 6 mai 1913. Ce programme a démarré suite à la propagation du paludisme malaria parmi la population. Pour le combattre, ont été effectuées : 1. le drainage des eaux du territoire, 2. la distribution de quinine parmi la population et 3. La mise en place d'une distribution d'eau potable. De Vogel, dans son rapport, regarde toujours la question de l'hygiène sur le plan économique. D'après lui « *its bad sanitation, should, from an economical point of view, even without considering the human aspect be regarded as being none the less urgent, the more so as Sibolga, as already demonstrated above, for the remainder, possesses all essentials to guarantee a fair future*<sup>77</sup> ».

R. M. M. Mangkoewinoto, un médecin indigène, a également fait un rapport sur le travail d'hygiène qu'il a effectué à Tjihea-Plain. Son enquête de terrain a été réalisée à la demande du Chef du service de santé civil (BGD). Il commence son étude par la description de l'environnement. Il écrit par exemple qu'avant la construction du système d'irrigation, une épidémie sévère, alors inconnue, était apparue, « *which is not surprising, since by the irrational irrigation of the sawahs's the number of Anopheline breeding places, especially of the malarial carrier increased, as well as the number of persons sensitive to malaria, by the immigration of people from other districts*<sup>78</sup> ». L'accroissement de la mortalité à cause du paludisme, mais aussi le refus de retour de l'autre moitié (des habitants) par crainte de cette maladie, diminue le nombre de travailleurs dans cette région. Cela s'accompagne, inversement, d'une augmentation du nombre d'anophèles. Cela s'explique par la présence des rizières en

---

<sup>77</sup>W. Th. de Vogel, « Rapport over het onderzoek aangaande den gezondheidstoestand van de havenlaats Sibolga, Residentie Tapanoeli, verricht van af den 24sten April tot den 6den Mei 1913 », *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*, 1913, p. 73.

<sup>78</sup>R. M. M. Mangkoewinoto, « Sanitation of the Tjihea-Plain », *Mededelingen Den Burgelijken Geneeskundigen Dienst*, 1923, p. 240.

jachère. Mangkoewinoto tient son information de la citation de Van Gorkom : « *More fallow sawah's, more mosquitoes, more malaria, less workmen*<sup>79</sup> »

En vue de mieux contrôler la propagation du paludisme, il propose d'effectuer le drainage des plaines et des rizières, d'assainir les étangs de poissons et d'encourager l'utilisation de moustiquaires pour protéger la population. En outre, la quinine doit être distribuée gratuitement à chaque fois qu'apparaît le paludisme. Mangkoewinoto conseille des mesures plus importantes pour éliminer le paludisme à Tjihea-Pplain. À partir de son enquête, il écrit : « *a. laying absolutely dry the planted sawah's, after the rice having been cut, and the fallow sawah's, b. Planting the sawah's simultaneously, c. Cleaning the ditches, which contain water, d. Quininisation of the population, as acute recrudescences of the epidemic appear*<sup>80</sup> ».

Ses recommandations pour l'assainissement de cet endroit sont cependant contestées par les habitants locaux. Ces derniers semblaient se méfier des initiatives prises. Selon Mangkoewinoto, cette contestation s'avère être liée au « mouvement de division B »<sup>81</sup> de Syarikat Islam<sup>82</sup>.

### III – INSTAURATION DU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La deuxième décennie du XXe siècle est une période plus 'chaude' dans l'histoire des Indes Néerlandaises. La prise de conscience de l'oppression coloniale se traduit par des ébauches de mouvements de lutte. On voit l'apparition d'organisations diverses dans les domaines culturels, sociaux et politiques. Cette situation est aussi, semble-t-il, en rapport avec le développement de l'éducation chez les autochtones. L'éducation de la population est le résultat de ce qu'on appelle la « Politique Éthique » du gouvernement colonial, définie comme un ensemble de principes politiques ayant pour objectif de donner aux Indigènes ce dont les Hollandais avaient eux-même

---

<sup>79</sup>*Ibid.*

<sup>80</sup>*Ibid.*, p. 258.

<sup>81</sup>L'affaire de « Section B » de Syarikat Islam est un incident qui a eu lieu en 1919 à Priangan, Java-ouest, lié à la découverte d'un groupe secret considéré comme faisant partie de Syarikat Islam, une organisation politique très connue à l'époque. L'incident débute par l'assassinat de Hadji Hasan, un des leaders de cette section, tué par la police alors qu'il défendait sa maison et sa terre. La mort de Hadji Hasan provoque l'arrestation de nombreux membres de Syarikat Islam. Voir Michael C. Williams, *Sickle and Crescent: The Communist Revolt of 1926 in Banten*, s.l., Equinox Publishing, 2009, p. 14 surtout la note en bas page no. 18 ; Voir aussi William A. Oates, « The Afdeeling B: An Indonesian Case Study », *Journal of Southeast Asian History*, mars 1968, vol. 9, n° 1, p. 107-116.

<sup>82</sup>R. M. M. Mangkoewinoto, « Sanitation of the Tjihea-Plain », art cit, p. 259.

bénéficié. La mise en place de cette politique est la marque du succès du Parti Libéral hollandais qui lutte pour le bien-être des autochtones.

Le projet de civiliser les indigènes en leur donnant une éducation scolaire présente cependant un grand risque, celui de leur radicalisation. L'historien Takashi Shiraishi nomme cette période : « *age in motion* », terme par lequel il sous-entend l'apparition d'un mouvement politique commençant à organiser les populations indigènes menaçant ainsi le gouvernement colonial. Pendant les années 1920, le mouvement se radicalise, ce qui provoque un débat au sein du parlement colonial, soupçonné d'être trop tolérant à l'égard des Indigènes. L'apogée de cette radicalisation est la révolte des années 1926-1927 organisée par le Partai Komunis Indonesia (Parti Communiste Indonésien)<sup>83</sup>.

Les troubles causés par ce mouvement semblent avoir traumatiser le gouvernement colonial. Les Indigènes commencent à exiger des droits. Des représentants des Indigènes sont admis au Parlement des Indes Néerlandaises à partir de 1917. Il est évident que pour certaines personnes, cette modification de la composition du Parlement local ne modifie en rien les décisions prises concernant les Indes-Néerlandaises. Pour le gouvernement colonial, cette institution a pour but de préparer des changements qui consacrerait la collaboration entre les Européens et les Autochtones.

C'est dans ces conditions que le Service de Santé Publique a été créé. L'intérêt pour la santé des colonisés a pris une plus grande place dans le programme colonial a un objectif, celui de « préparer la société entière à un avenir meilleur<sup>84</sup> ». En outre, cela fait partie du programme de l'État colonial qui considère que les dépenses de santé qu'il assume sont une assurance contre les révoltes qui seraient le fruit des mauvaises conditions de vie des Indigènes.

En dehors de l'application du programme politique « éthique », l'apparition des services de santé publique doit être également regardée dans son rapport avec le développement des sciences médicales aux Indes-Néerlandaises. Le progrès des sciences à cette époque arrive à un point où l'on pense qu'il n'y a plus de mystère dans les pays tropicaux. Toutes les maladies ont été bien identifiées. « Le voile

---

<sup>83</sup>Takashi Shiraishi, *An age in motion: popular radicalism in Java, 1912-1926*, Ithaca (NY), États-Unis d'Amérique, Cornell university press, 1990, 365 p.

<sup>84</sup>Arnold Dirk Adriaan de Kat Angelino, *Le Problème colonial*, traduit par E. P. van den Berghe, 1ère ed., La Haye, Martinus Nijhoff, 1931, vol. 2/2, p. 25.

mystique, recouvrant l'Orient et ses maladies inconnues menaçantes et effrayantes que les Européens craignaient, s'est déchiré. Toutes les maladies sont devenues des réalités tangibles, elles ont été intégrées dans les limites de nos savoirs et nos capacités<sup>85</sup> », écrit Hermans en 1925.

La citation vient d'un livre qu'il a écrit en 1925 et qui a été repris par un manuel populaire pour les Européens qui souhaitent partir pour les Indes-Néerlandaises. L'apparence d'optimisme de cette citation montre que les progrès de la science arrivent à résoudre les problèmes médicaux de l'époque, même les maladies tropicales. En conséquence, il n'y a aucune raison d'avoir peur de vivre dans un pays chaud.

La capacité d'éradiquer une épidémie de peste, en détruisant ses sources, ainsi qu'en produisant des vaccins est un des exemples parmi d'autres des progrès de la médecine à cette époque. Les recherches bactériologiques qui sont menées dans le sol et dans l'eau sont également considérées comme un progrès dans la prévention des maladies. L'optimisme des Européens face à ces maladies tropicales est l'état d'esprit dominant de la deuxième décennie du XXe siècle.

Nous pouvons dire que la séparation du service de santé civil (BGD) et du service de santé militaire (MGD) marque une nouvelle étape dans l'histoire des services de santé des Indes-Néerlandaises. Après cette séparation, le MGD se concentre sur le traitement des malades, alors que le BGD se consacre à la prévention, mais aussi à l'amélioration de l'état de santé des habitants. Cependant, le BGD est considéré comme inefficace, du fait qu'il continue à s'occuper du traitement des malades car le plus important semble être le travail de prévention des maladies..

En 1916, une nouvelle tendance apparaît déjà dans le fonctionnement du BGD. Les discours en faveur de l'amélioration de la santé de la population dominant. Le BGD aura désormais pour tâche principale « la prévention des maladies et

---

<sup>85</sup>E. H. Hermans, *Gezondheidsleer voor Nederlandsch-Indië: een boek voor ieder die naar Indië gaat, of daar woont*, Amsterdam, Meulenhoff, 1925, p. 9 ; De Knecht-van Eekelen commence son essai sur l'interaction entre la médecine tropicale et la médecine coloniale aux Indes Néerlandaises par l'évocation de cette citation afin de montrer la transformation du regard des médecins européens sur les pays tropicaux. Je trouve cette citation très pertinente pour montrer à quel point la médecine occidentale arrive à contrôler des maladies tropicales. A. de Knecht-van Eekelen, « Tropische geneeskunde in Nederland en koloniale geneeskunde in Nederlands-Indie », *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 1992, vol. 3, p. 407.



l'amélioration de la santé publique<sup>86</sup> ». Pour marquer cette évolution, le service change de nom ; celui-ci devient *Dienst der Volksgezondheid* (Service de santé publique) en 1926. Ce nouveau nom décrit mieux sa nouvelle tâche qui est officialisée par le décret du 15 juin 1925, No 8037<sup>87</sup>. Ce changement apporte un nouvel état d'esprit dans le travail ; le principe de prévention des maladies arrive conjointement avec le changement de nom<sup>88</sup>. Le concept de « santé publique » est plus clair que l'appellation « service de santé civil », car le premier se réfère à un ensemble de travaux englobant plusieurs institutions et agences pour sa réalisation.

Avec le nouveau décret, les nouvelles tâches et fonctions ont presque le même contenu qu'auparavant, à l'exception de certains détails. L'article 1 du nouveau décret décrit le travail de cette nouvelle institution de manière très détaillée. Dans l'ancien décret, il est seulement fait mention de deux tâches pour le BGD : la recherche sur l'état de santé et l'obligation de protéger la population. Le nouveau décret donne plus de détails sur ce dernier point. Il ajoute que Service de santé publique (DVG) est chargé du contrôle de la santé publique aux Indes-Néerlandaises, c'est à dire chargé : des enquêtes sur l'état de santé des populations, de l'application de la loi les protégeant de l'épidémie, d'encourager les pratiques d'hygiène personnelle et de l'hygiène publique, de la mise en place de travaux de statistique médicale et de l'amélioration de la science et des recherches médicales<sup>89</sup>.

---

<sup>86</sup>J. W. Tesch, « De Ontwikkeling van de zorg voor de volksgezondheid in Nederlandsch-Oost-Indie », art cit, p. 633.

<sup>87</sup>« *Bij dit besluit bepaald dat, waar in de dezerzijds uitgevaardigde besluiten, aanschrijvingen, voorschriften, bepalingen en instructies woorden: Burgerlijke(n) Geneeskundige(n) Dienst [...] voorkomen, daarvoor onderscheidenlijk wordt gelezen: Dienst der Volksgezondheid* », H. van Meurs, *Verzameling voorschriften betreffende den Dienst der Volksgezondheid. Dl. A: Taak, inrichting en leiding: algemeene regelingen. - met Bundel I-III: verbeteringen, aanvullingen en wijzigingen. - 1927-1933.*, Batavia, Javasche boekhandel en drukkerij etc, 1926, p. 9.

<sup>88</sup>H. W. M. Husken-Nillissen et Daniël de Moulin, « De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie; een terugblik », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1986, p. 2357.

<sup>89</sup>« *Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Artikel I. (1) De Dienst der Volksgezondheid is belast met het staatstoezicht op de volksgezondheid in Nederlandsch-Indië. (2) Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië omvat: (a) het onderzoek naar den staat der volksgezondheid; het aangeven van middelen tot verbetering van de volksgezondheid en de bevordering van de toepassing van die middelen; de rechtstreeksche bestrijding en voorkoming van besmettelijke ziekten en volksziekten; de bevordering van de individueele ziekenverzorging, de bodemmassaïnering, de drinkwatervoorziening, de afvalverwijdering en de verbetering van de volkshuisvesting; het aanhouden van bevolkingsstatistieken, voorzoover met de hier genoemde werkzaamheden verband houdende; (b) de uitvoering en de handhaving van de wettelijke voorschriften, in het belang der volksgezondheid vastgesteld, en het uitoefenen van toezicht op de uitvoering en handhaving van die voorschriften voorzoover die aan anderen zijn opgedragen* », voir H. van Meurs, *Verzameling voorschriften betreffende den Dienst der Volksgezondheid. Dl. A, op. cit.*, p. 13.

Pour la mise en place de ces programmes, cette institution est soutenue par trois organismes scientifiques : 1. *Geneeskundig Laboratorium* à Batavia, avec ses sections bactériologie, sérologie, *vitaminologie* et toxicologie ; 2. L'Institut Pasteur à Bandung, grâce auquel la production des vaccins et des sérums arrivent dans tout le pays ; 3. Le *Laboratorium voor Technische Hygiene en Assainering* à Bandung, dont le *Proefstation voor Waterzuivering Manggarai* qui se trouvait auparavant à Meester Cornelis<sup>90</sup>. Ces trois organisations scientifiques montrent que le travail du service de santé publique (DVG) est basé sur la science, mais aussi sur la collaboration avec d'autres institutions.

Certes, le laboratoire de médecine de Batavia est une institution ancienne. Sa création remonte à la fin du XIXe siècle et est liée à la propagation du bérubéri dans les Indes-Néerlandaises, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. L'Institut Pasteur à Bandung est le même que celui de Batavia à la fin du XIXe siècle, car il a déménagé à Bandung pour se concentrer sur la recherche et la production de vaccins et de sérums. La dernière institution semble, comme son nom l'indique, avoir été créée pour les besoins de la mise en pratique du travail d'hygiène.

La mise en place de la technologie de purification de l'eau est l'un des exemples de travail du DVG. Le programme d'assainissement, d'amélioration du *kampong* et de distribution d'eau potable fait également partie de ses attributions. Van Loghem raconte que « l'organisation du Service de santé publique (DVG) comprend une section pour le travail d'assainissement, une section pour l'amélioration du *kampong* et une autre pour l'approvisionnement en eau potable, en provenance des provinces, régences et municipalités. Avec l'aide de conseillers, les travaux sont financés par ce qui a été déjà mentionné : le Laboratoire de technique de l'hygiène<sup>91</sup> », décrit Van Loghem.

En plus de ce qu'il a mentionné, existe aussi la section de la propagande de l'hygiène du DVG. Créée en 1925, son but est la promotion de l'hygiène dans la vie quotidienne. Hydrick écrit « par la mise en place de la section de Propagande

---

<sup>90</sup>Johannes Jacobus van Loghem, « Gezondheidszorg in Nederlandsch Indie: Reisindrukken van Java en Deli », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1936, p. 5074.

<sup>91</sup>« *In de organisatie van den Dienst der Volksgezondheid behoort een afdeling voor assaineringswerken, kampongverbetering en drinkwatervoorziening, die in haar centrale positie gewesten, regentschappen en gemeenten met adviezen en ontwerpen bijstaat, werken tot stand brengt, financiert, beheert en met behulp van het reeds door mij genoemde Laboratorium voor Technische Hygiene onderzoekingen verricht* », *Ibid.*, p. 5081.

médicale, le Service de santé publique va essayer de trouver une voie autour des notions élémentaires d'hygiène, afin de faire comprendre aux Indigènes la nécessité de se conformer à un mode de vie hygiénique. Une fois que la population aura pris une conscience de cela, des mesures hygiéniques pourront être introduites avec sa participation<sup>92</sup> ».

La création de cette section ne peut pas être séparée du programme International Health Division of the Rockefeller Foundation, dont le docteur John Lee Hydrick, un médecin américain spécialiste de la santé publique et de l'hygiène, était le représentant pour les Indes-Néerlandaises<sup>93</sup>. Arrivé à Java en 1924, il a passé 15 ans dans ce pays afin de propager l'idée de l'éducation dans le domaine de la santé publique et de l'hygiène. En tant qu'étranger, Hydrick a rencontré au départ des difficultés à réaliser ses projets. « *Dislike for foreigners seems to be worldwide, but it is more pronounced in the Hollander than in others. Even the Netherlands Indies-born Hollander feels it less strongly than Holland-born Hollanders. This dislike for foreigners and particularly for Americans is quite definitely and clearly expressed in Dr. van Lonkhuyzen's speech in the Volksraad (Advisory Institution to the Netherlands Indies government) on 28 June 1923 in which he had said that the representative of the Rockefeller Foundation would not be needed and that the manner of working of the Americans was distasteful*<sup>94</sup> », écrit-il dans une lettre au Dr. W. A. Sawyer de la Fondation Rockefeller. Le Dr. van Lonkhuyzens, qui est le chef de BGD à l'époque, a même dit à Hydrick que malgré l'invitation officielle envoyée à la Rockefeller Foundation par le gouvernement des Indes-Néerlandaises, que personnellement, il considérait que la coopération avec cette fondation n'était pas nécessaire<sup>95</sup>. Après une

---

<sup>92</sup>« *De Dienst der Volksgezondheid wil trachten door het voeren van Medische Propaganda elementaire begrippen omternt hygiene ingang te doen vinden, ten einde de noodzakelijkheid van het volgen van een hygienische leefwijze te doen inzien. Is de bevolking tot dit inzicht gekomen, dan kunnen vele hygienische maatregelen met haar medewerking worden ingevoerd* », John Lee Hydrick, « *Medische propaganda door den Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie* », *Mededelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*, 1927, vol. 1, p. 610.

<sup>93</sup>Sur l'histoire de l'International Health Division of the Rockefeller Foundation, voir John Farley, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, 2004, 323 p.

<sup>94</sup>Cité dans Han Mesters, « J. L. Hydrick in the Netherlands Indies: An American view of Dutch public health policy » dans Peter Boomgaard (ed.), *Health care in Java : past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996, p. 52-53.

<sup>95</sup>Ibid., p. 54 ; Sur le conflit entre le Service de la santé publique des Indes-Néerlandaises et la Foundation de Rockefeller, voir aussi Terence H. Hull, « Conflict and collaboration in public health » dans *Public health in Asia and the Pacific: historical and comparative perspectives*, London, Routledge, 2008, p. 139-152.

expérience difficile à ses débuts, le travail de Hydrick fut graduellement accepté, surtout après le retour, en 1927, de Van Lonkhuyzens des États-Unis, où il avait été invité par la Fondation. Celui-ci alors est devenu plus coopératif.

Selon Hydrick, la question de l'hygiène est un problème de conditionnement. Des habitants souhaitant mettre en place des règles d'hygiène dans leur vie doivent changer leurs habitudes. Cependant, changer d'habitudes et de mode de vie n'est pas facile à réaliser. C'est pourquoi cette section a été créée. « Toute mesure d'hygiène ne se diffuse d'abord qu'à travers une intense propagande médicale », (*Algemeene hygienische maatregelen leenen er zich dus minder goed toe om met medische propaganda te beginnen*<sup>96</sup>), écrit Hydrick.

Pour la première étape de son programme, Hydrick cherche à expérimenter des méthodes et des outils de propagande de diffusion de l'hygiène utilisés dans d'autres pays. Il les compare pour trouver la méthode et l'outil le plus efficace. Ensuite il élabore une nouvelle méthode et utilise de nouveaux outils. D'après lui, la propagande pour étendre l'hygiène dans les villages doit commencer par l'introduction de mesures d'hygiène élémentaires en invitant la population à y participer. Un village modèle est choisi pour tester le travail à petite échelle. Le succès servira d'exemple pour un projet à plus grande échelle<sup>97</sup>.

Le travail a commencé en 1925, et ses progrès ont été lents au début, mais il s'achève avec de bons résultats. Bantam fut la première région à bénéficier du programme de propagande autour de l'hygiène en mai 1925. En juin de cette même année, la région de Banjoemas a également mis en route le programme, qui s'est poursuivi dans d'autres régions comme Djokja, Madion, Semarang<sup>98</sup>.

À partir de son enquête, Hydrick constate que l'apparition des maladies aux Indes-Néerlandaises est provoquée par l'état d'insalubrité du cadre de vie des populations, surtout dans le domaine de l'habitat. Les contaminations de l'eau et des sols qui provoquent l'apparition du typhus, du choléra, de la dysenterie, de l'ankylostomiase et sont causées par les habitudes qu'ont les populations de jeter leurs excréments n'importe où. « Cette pratique de manque d'hygiène repose sur le dépôt de matières fécales directement sur le sol ou dans l'eau courante au lieu d'utiliser des latrines » (*Deze onhygienische behandeling bestaat in het deponeren van*

---

<sup>96</sup>*Ibid.*

<sup>97</sup>*Ibid.*, p. 612.

<sup>98</sup>*Ibid.*, p. 615.

*faecalien op den bodem of in stroomend water, inplaats van in latrine*<sup>99</sup>), explique Hydrick.

Le propagandiste nous informe également qu'il ne recourt jamais à la force. Autrement dit, il est essentiel d'éviter toutes les mesures de coercition qui donneraient l'impression d'obliger la population à changer leurs habitudes. Forcer les gens à changer de mode de vie ne produit pas de bons résultats. En conséquence, « les progrès sont lents, mais ne sont *pas réalisés sous la contrainte*, mais par des méthodes douces, nous tentons de faire comprendre aux gens qu'il est dans leur propre intérêt de changer leur façon de vivre malsaine et de la remplacer par une vie hygiénique »<sup>100</sup>.

Le problème principal avec les Indigènes, selon Hydrick, est le manque d'éducation. Ils ne savent pas faire la différence entre le propre et le sale, ni tirer les conséquences de leur ignorance. En outre, selon lui, le meilleur moyen d'éduquer les Indigènes est de leur montrer des exemples et de faire des démonstrations. « Le panneau d'affichage, la lanterne magique, des exemples concrets, le cinéma, etc. sont utilisés. Une partie du matériel a été importée et une autre a été fabriquée sur place à Java. Souvent, on combine plusieurs types de modèles<sup>101</sup> ».

La compétence de l'agent qui va informer les habitants locaux sur le terrain est aussi très importante. Sa capacité à comprendre le caractère des Indigènes, leurs habitudes, mais aussi leur langue est la clé de la réussite de ce programme. Hydrick dit que « ce travail difficile devra être effectué par des gens ayant une formation spécialisée : en premier lieu, ils doivent être complètement familiarisés avec la langue et les coutumes de la région dans laquelle ils effectuent leurs travaux de propagande. Ils sont appelés '*mantri*' ou '*mantri-propagandist*'<sup>102</sup> ».

Il y a deux catégories de *mantris* : *De Mantri-Propagandisten* (le *mantri* de propagande) et *De Hygiëne-Mantris* (le *mantri* qui s'occupe de la question d'hygiène dans son ensemble. Pour devenir un *mantri-propagandist*, on doit avoir au moins suivi une formation dans une école indigène. En outre, on doit également passer une formation théorique ou pratique pendant 5 à 6 mois dans le travail de l'hygiène. La condition pour devenir *de hygiëne-mantri* nécessite également une formation à l'école

---

<sup>99</sup>*Ibid.*, p. 612.

<sup>100</sup>Les écrits en « italique » se réfèrent au texte original. *Ibid.*, p. 615.

<sup>101</sup>*Ibid.*, p. 616.

<sup>102</sup>*Ibid.*

indigène. Quant à la formation, on doit s'inscrire à *Hygiëne-Mantris-School* (l'école d'hygiène pour le *mantri*). Le cours dure 18 mois, et à la fin on recevra un diplôme<sup>103</sup>.

Au sujet des tâches que doit accomplir un *mantri*, Hydrick écrit : « Pour organiser des lectures en famille, le *mantri* doit aller d'un *kampong* à l'autre et d'une maison à une autre. Il prend contact avec une famille habitant dans une maison, s'accroupit avec eux et essaye de manier (les objets?) de façon très simple, sans tomber dans les banalités, il doit de cette façon éveiller l'intérêt des habitants sur l'importance de l'hygiène dans les demeures. Là il explique à l'aide d'un panneau d'affichage ou de photos (locales), comment il est possible de prendre des mesures simples pour prévenir les maladies. Si cette explication est bien faite, un des membres de la famille peut poser des questions concernant des difficultés à laquelle le *mantri* doit répondre de façon simple. La pratique de la lecture dans une maison n'étant destinée qu'à une seule famille ne doit pas durer longtemps, afin que les habitants du *kampong*, à qui on apporte toutes les informations nouvelles, ne se sentent pas fatigués<sup>104</sup> ». En dehors des visites dans les maisons des indigènes pour leur apprendre un mode de vie hygiénique, la propagande est également organisée à l'école. C'est un endroit idéal pour sensibiliser la jeunesse sur l'importance des règles d'hygiène dans la vie quotidienne<sup>105</sup>.

L'intérêt d'une méthode statistique pour les besoins de l'hygiène transparaît dans le discours public. E. W. Walch, un médecin d'État travaillant au laboratoire médical à Weltevreden (*gouvernementsarts aan het Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden*), a écrit un article intitulé « Het belang van de statistische methode voor de geneeskunde, in het bijzonder voor de hygiene » (l'importance de la statistique pour la médecine, notamment l'hygiène) dans la revue *GTNI* en 1927<sup>106</sup>. L'idée de la statistique médicale n'est pas nouvelle. Des médecins des Indes-Néerlandaises

---

<sup>103</sup>Anonim, « Mantris voor Intensief Hygiëne-werk », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, février 1938, n° 56, p. 1.

<sup>104</sup>« Bij het houden van familie-lezingen gaat de mantri in de kampong van huis tot huis. Hij roept een gezin voor de woning samen, hurkt bij hen neer en tracht op eenvoudige wijze, zonder in kleinigheden af te dalen, belangstelling op te wekken voor een hygienisch onderwerp. Daartoe vertelt hij aan de hand van platen of foto's, grootendeels van die streek afkomstig, hoe het mogelijk is, om door eenvoudige door de bevolking zelve te treffen maatregelen, een ziekte, waaraan men nu lijdende is, te voorkomen. Indien deze uitleg op de juiste wijze geschiedt, moet het den leden van het gezin tot het stellen van vragen prikkelen, die door den mantri op bescheiden wijze beantwoord worden. De huislezing, die voor niet meer dan één familie is bestemd, mag niet lang duren, om de kampongmensen, aan wie de stof van een dergelijke bijeenkomst iets geheel nieuws brengt, niet te veel te vermoeien », *Ibid.*, p. 617.

<sup>105</sup>*Ibid.*, p. 618.

<sup>106</sup>E. W. Walch, « Het belang van de statistische methode voor de geneeskunde, in het bijzonder voor de hygiene », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1927, p. 106-134.

avaient déjà appliqué cette méthode depuis la moitié du XIXe siècle. Ce qui est différent, dans cet article, c'est que Walch parle de la statistique dans son rapport avec le travail de santé publique.

Cette méthode est très commune en Europe depuis le XIXe siècle. Elle était très utilisée dans le travail de l'hygiéniste. L'établissement d'un registre des naissances et des décès est une base très utile pour connaître l'état de santé de la population. Il semble pourtant que cette méthode soit moins développée aux Pays-Bas<sup>107</sup>. Walch constate qu'à la différence des Pays-Bas, cette méthode est beaucoup plus développée dans les Indes-Néerlandaises. Le discours de De Vogel en 1920 insiste aussi sur le rôle de la statistique comme outil de prévention<sup>108</sup>. Cette remarque est appréciée par Jonge qui la reprend dans un article publié la même année. Il est également d'accord avec l'idée de l'importance de la statistique pour le travail de l'hygiène<sup>109</sup>.

Depuis 1925 l'établissement de registres des naissances et des décès existe déjà. La mise en place de ces registres est liée à la politique de santé publique. Ce système simple d'enregistrement du nombre de naissances et de décès a déjà été effectué dans plusieurs régions. Il sert aussi à mieux étudier les problèmes qui se posent lorsqu'apparaît une épidémie à l'origine d'un grand nombre de décès dans une région<sup>110</sup>.

L'utilisation de la statistique dans le domaine de la santé montre à quel point le Service de santé publique (DVG) considère cette question comme très importante. Cela signifie que la politique du gouvernement colonial se concentre sur l'amélioration de l'état de santé des Indigènes. Il est évident que les Indigènes sont la cible de ce programme, car c'est eux et leurs habitudes qui doivent être changés, pour vivre dans ce nouveau pays moderne en état de construction.

Résumons le travail du Service d'hygiène (*Hygiënische Dienst*). Il est divisé en deux grandes administrations ayant chacune leur rôle: *Intensief Hygiëne Werk* (le

---

<sup>107</sup>*Ibid.*, p. 106.

<sup>108</sup>*Ibid.*, p. 107.

<sup>109</sup>G. W. Kiewiet de Jonge, « Opmerkingen over geneeskunde, geneeskunst en statistiek », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1927, p. 135-139.

<sup>110</sup>John Lee Hydrick, « De Geboorte- en Sterfte-bewijs-systemen », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, 3 janvier 1938, n° 54, p. 1-3 ; Voir aussi R. Soedigdo, « Registratie van Geboorten -en Sterften », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, 3 janvier 1938, n° 54, p. 5-9 ; E. V. Ch. Van Os, « Het Bewijs-Systeem voor de Registratie van Geboorten en Sterften », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, 14 septembre 1938, n° 62, p. 1-4 ; E. V. Ch. Van Os, « Het Weekkaarten-Systeem en het Bewijssysteme voor de Registratie van Geboorten en Sterften », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, 2 janvier 1939, n° 66, p. 1-6.

travail intensif de l'hygiène) et *Preventieve Zorg* (les soins préventifs). Ce dernier a deux fonctions: *technische preventieve zorg* (la technique pour les soins préventifs) et l'épidémiologie. La construction de toilettes, la distribution d'eau potable, la construction de maisons, le système d'égout sont des questions techniques rattachées au premier service de l'hygiène. La lutte contre les épidémies fait partie des activités du deuxième service<sup>111</sup>. La création d'une section pour lutter contre le paludisme (*afdeeling van malariabestrijding*) montre l'intérêt porté à cette maladie. Le paludisme est une maladie endémique dans les Indes-Néerlandaises. La présence de marais, mais aussi les rizières et les étangs à poissons sont des sources de propagation du paludisme. Les étangs à poissons font cependant partie de la culture traditionnelle, et sont donc, très difficiles à faire disparaître. Mais cette section, en collaboration avec celle de la propagande, essaie de faire comprendre aux Indigènes les dangers de l'eau stagnante. L'organisation de ce travail est très importante. L'auteur donne en exemple le manque d'organisation qui a provoqué l'apparition du paludisme à Tanjoeng-Priok en 1938<sup>112</sup>.

*Intensief Hygiëne Werk*, le travail intensif de l'hygiène, est une série de travaux ayant pour objectif de créer de nouvelles habitudes concernant l'hygiène dans la vie quotidienne des habitants afin qu'ils restent toujours en bonne santé<sup>113</sup>. Le programme se focalise sur quatre cibles. D'abord, l'hygiène de l'individu de sa naissance jusqu'à l'âge adulte. Il s'agit ensuite de s'assurer de la santé des femmes pendant les grossesses. L'accouchement puis la santé du nourrisson deviennent ensuite une des préoccupations principales de ce service. La question du mode d'alimentation est enfin traitée par ce Service, en insistant sur la qualité, la quantité et la préparation de la nourriture<sup>114</sup>. Certes, la nourriture des Indigènes est un problème sérieux. Depuis le début du XXe siècle, on commence à étudier les rapports entre nourriture et santé<sup>115</sup>. Aux Indes-Néerlandaises, les médecins européens notent que la nourriture des Indigènes est très pauvre en vitamines, ce qui fait que la plupart d'entre eux ont des carences dues à la malnutrition. L'histoire a appris à ces médecins

---

<sup>111</sup>John Lee Hydrick, « Een Hygiënische-Geneskundige Dienst », *Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*, juin 1939, n° 71, p. 1-4.

<sup>112</sup>J. G. Overbeek, « Over de reorganisatie van de afdeeling Malariabestrijding van den Dienst der Volksgezondheid », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 2371-2372.

<sup>113</sup>Anonim, « Mantris voor Intensief Hygiëne-werk », art cit, p. 2.

<sup>114</sup>J. L. Hydrick, « Een Hygiënische-Geneskundige Dienst », art cit, p. 1 et 4.

<sup>115</sup>C. D. de Langen, « Instituut voor onderzoek der Volksvoeding », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1934, vol. 74, p. 442.



qu'à la fin du XIXe siècle, le bérubéri a été l'une des plus grandes causes de mortalité dans la population. Avec les découvertes de la science des vitamines, on prend conscience que ces découvertes peuvent être utilisées en faveur de la santé publique.

Le principe « d'éthique » qui se donne pour but de préparer une meilleure société dans l'avenir est dans l'esprit de l'époque. Il se caractérise par le travail dans le domaine de la santé publique. Mais la crise de l'économie mondiale dans les années trente touche presque tous les pays développés. Les Indes-Néerlandaises, étant une colonie des Pays-Bas, subissent également les conséquences de la crise. La recherche sur les conditions d'alimentation des populations indigènes qui avait déjà été entreprise depuis le début du siècle est menacée. « La mise en place des réductions budgétaires dans le pays met les travaux de recherches sur l'alimentation de la population en danger, il nous est difficile d'accepter ces restrictions budgétaires, car cela s'est produit juste au moment où l'on élargissait nos connaissances dans ce domaine. Les travaux commencés depuis quelques années ont dus être arrêtés. Pour une meilleure coordination, l'Institut pour la Recherche sur l'Alimentation aux Indes néerlandaises est fondé<sup>116</sup> », raconte De Langen. Face à cette crise, la création de l'Institut est une réponse qui permet la centralisation du travail concernant les questions alimentaires des populations Indigènes. Le docteur Van Veen en est nommé directeur, et le docteur Donath en devient le secrétaire. De Langen raconte également que le fonds de roulement financier pour l'année 1934 provient de la fondation de Koningin Wilhelmina Jubileum<sup>117</sup>.

La création de cet institut montre à quel point le gouvernement colonial s'inquiète devant la situation, non seulement parce qu'il s'agit d'un problème de rareté de nourriture, ce qui dépend du domaine du « Department of Economic Affairs & Civil Administration », mais aussi en raison d'un problème de qualité. Cet institut vise à garder « *the extremely important qualitative composition of the food*

---

<sup>116</sup>« Bij de doorgevoerde bezuinigingen hier te lande komt ook het onderzoek der volksvoeding en de met haar samenhangende problemen in het gedrang, dubbel moeilijk door ons te aanvaarden, omdat juist nu meer dan ooit uitbreiding van onze kennis op dit gebied gebiedend is. Om te voorkomen, dat het reeds sinds jaren begonnen en veelbelovend werk zal moeten worden gestaakt aan den eenen kant, om een betere samenwerking en hooger nuttigheidseffect aan den anderen kant te bereiken, is het Instituut voor het Onderzoek der Volksvoeding in Nederlandsch-Indie gesticht », *Ibid.*, p. 444.

<sup>117</sup>*Ibid.*

*requirements*<sup>118</sup> ». Tout ceci montre donc que son travail se concentre sur « *the well being* » (le bien-être de la population indigène).

Le Service d'Hygiène s'occupe en outre particulièrement de la question de l'hygiène dans l'environnement, en traitant aussi le problème de l'eau potable, des toilettes, de l'habitation et de son jardinet ainsi que des vêtements. Enfin, il s'occupe également de la question de l'hygiène mentale des populations. La section de propagande s'occupe également de ces problèmes<sup>119</sup>.

La présence de l'institution pour la santé publique aux Indes-Néerlandaises permet de réaliser des travaux d'hygiène, mais pose aussi la question de l'hygiène corporelle. Nous allons l'étudier dans le chapitre suivant.

---

<sup>118</sup>W. F. Donath, J. H. de Haas et G. J. A. Terra, « The Improvement of the Nutrition in the Netherlands Indies », *Mededelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 50.

<sup>119</sup>J. L. Hydrick, « Een Hygiënische-Geneeskundige Dienst », art cit, p. 4.

## **Chapitre 8**

### **PURIFIER L'ESPACE PUBLIC**

L'institutionnalisation du travail de santé publique a été alimentée par les progrès de la science médicale. Le principe imposé du paradigme bactériologique encadre le travail de la santé publique et se caractérise par la chasse aux éléments pathogènes principaux vecteurs de la maladie. Le travail effectué a donc pour but d'éliminer toutes les sources des maladies et de prévenir leur apparition.

Le développement du service public de la santé et l'avancement des sciences médicales coïncident avec l'accroissement de la population européenne aux Indes-Néerlandaises, mais aussi avec l'accroissement du phénomène d'urbanisation. Pour vivre dans la ville en toute sécurité, il est nécessaire d'exterminer tous les maux qui pourraient porter préjudice à l'hygiène des populations. C'est la raison pour laquelle des mesures d'hygiène importantes sont mises en place. La lutte contre tout ce qui peut présenter une menace pour la santé du corps, pour la moralité, mais aussi pour l'ordre au pouvoir est intégrée dans ce combat.

#### **I – AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE URBAIN ET MISE EN ORDRE DU *KAMPONG*<sup>120</sup>**

L'aménagement urbain est une question de santé publique. L'autorité coloniale prête cependant peu d'attention à cette question, à cause de la centralisation du pouvoir à Batavia. Au début du vingtième siècle, un changement se produit grâce à la mise en

---

<sup>120</sup>Kampong est un espace urbain peuplé surtout par des indigènes.

place de la « politique éthique ». Il se met en place une décentralisation du pouvoir permettant l'organisation systématique de l'aménagement. Le gouvernement impose en effet un décret sur l'autonomie municipale. À partir de ce décret, l'autorité municipale a le pouvoir de prendre des mesures en vue d'améliorer l'état de la ville.

La collaboration des médecins avec les ingénieurs impose de nouvelles contraintes aux préoccupations des hygiénistes. Les médecins, surtout les hygiénistes, travaillent en liaison avec les ingénieurs et l'autorité politique en vue de déterminer les lieux salubres où il sera possible de développer les quartiers. Il est donc évident que le travail sur l'hygiène ne sera plus l'apanage des médecins. Cependant, ceux-ci prennent toujours des initiatives et inspirent les autres groupes pour poser les problèmes autour de l'hygiène. Cet état de chose montre que cette question est un travail collectif, comme cela se passe également en Europe.

Nous pouvons dire que la ville est la cible principale du travail dans le domaine de l'hygiène. Il faut entendre par « la ville » uniquement les « grandes villes », les plus importantes, là où habitent les Européens, car le travail des hygiénistes se concentre surtout à Batavia, Semarang, Surabaya, Medan et Bandung. Il est évident que d'autres agglomérations sont également ciblées, mais en général cela se limite à des villes construites autour d'une plantation comme c'est le cas de Cheribon par exemple. Le travail d'hygiène effectué par les médecins est publié dans les revues médicales spécialisées, mais également dans les revues des ingénieurs et dans les publications officielles des municipalités.

Il faut s'entendre d'abord sur ce qu'on appelle « espace urbain » à l'époque coloniale aux Indes-Néerlandaises. Cet espace urbain est généralement divisé en deux parties : une partie où habitent les Européens : « la ville », et une autre partie où habitent les Indigènes : le *kampong*. Celui-ci, à l'époque coloniale, est toujours destiné au logement des Indigènes, de sorte que l'espace urbain à l'époque coloniale est divisé racialement. La vie au *kampong* est marquée par la pauvreté, par la taille réduite des habitations, et par le fait que la majorité des habitants sont Indigènes. En conséquence, le *kampong*, en tant qu'espace urbain, est toujours lié à ceux-ci<sup>121</sup>.

---

<sup>121</sup>La caractéristique principale de la société coloniale est sa division raciale. L'existence du « *kampong* » en est la preuve. Colombijn constate toutefois également l'utilisation de catégories socio-économiques, selon lesquelles le « *kampong* » est plutôt habité par les pauvres qu'ils soient indigènes ou blancs. Colombijn écrit: « As an alternative to viewing kampongs as indigenous neighbourhoods, I shall argue that even in colonial times it is more accurate to think of kampongs as lower-class neighbourhoods ». Voir

L'aménagement de l'espace urbain a pour objectif d'améliorer la ville européenne, mais aussi le *kampong* dont l'insalubrité représente une menace pour celle-ci <sup>122</sup>.

Semarang, dans le centre de Java, est un exemple d'aménagement de l'espace urbain sur le plan de l'hygiène. C'est une ville importante depuis le dix-neuvième siècle, en raison de son port. Les Européens y habitent depuis longtemps. Cette ville est également connue pour son insalubrité, du fait qu'il y a eu de nombreux décès chez les Européens.

Au cours de la réunion du conseil municipal du 29 janvier 1909, le docteur De Vogel, le conseiller municipal qui soutient l'aménagement des collines de Semarang, insiste sur l'importance de l'aménagement de cette partie de la ville. Au cours de cette réunion il rappelle d'abord la stagnation du développement urbain de Semarang. « Messieurs, dit-il, dans la conférence du mardi 17 novembre 1908, on est arrivé à la conclusion que le Conseil Municipal n'a proposé aucun projet depuis la décision du Conseil du 20 septembre 1906. 1906 ! Nous sommes en 1909 et cette affaire n'est pas encore réglée <sup>123</sup> ».

Le discours de De Vogel marque son intérêt pour la santé des habitants de Semarang, le sujet qui l'intéresse le plus en tant que médecin. Il se plaint du fait qu'après avoir obtenu son autonomie et que des projets d'amélioration de l'espace urbain aient été proposés il y a longtemps, il n'y a pas eu beaucoup de changement depuis. Il s'est rendu compte que Semarang, en tant que ville, est, parmi les trois centres urbains principaux de Java, celui qui est le plus dégradé. Il sait très bien que l'insalubrité de Semarang est très dangereuse pour tous les habitants, non seulement pour les indigènes, mais aussi pour les Européens. « Il s'agit de notre santé, de notre vie et de celle des nôtres » (*Het ging om de gezondheid en het leven van ons en de*

---

Freek Colombijn, *Under construction: The politics of urban space and housing during the decolonization of Indonesia, 1930-1960*, Leiden, KITLV Press, 2010, p. 103-104.

<sup>122</sup>James L. Cobban, *The city of Java : an essay in historical geography*, University of California, Berkeley, Sl, 1970, p. 171-172.

<sup>123</sup>« *Mijne heeren, Op de conferentie van Dinsdag 17 November 1908, is men tot het besluit gekomen de Gemeenteraad voor te stellen geen wijziging te brengen in 's Raads beschikking van 20 September 1906. 1906 ! Wij zijn in 1909 en deze zaak is nog niet afgedaan. Ik wil zoo straks de redenen nagaan, die daartoe geleid hebben, doch er eerst op wijzen dat men in deze 2½ jaar telkens weer deze quaestie heeft zien opflikkeren als en nog niet uit gebluscht vuur, omdat ze inderdaad nog niet was uigemaakt. De zaak is nog niet afgedaan, terwijl ze tot vervelens toe werd aangevat en weer neergelegd om bij deze manipulaties meermalen zoo te worden vervormd, dat ze niet meer was te herkennen* », *Gedenkboek der gemeente Semarang, 1906-1931 : uitgegeven ter gelegenheid van het vijf en twintig jarig bestaan der gemeente*, Semarang, De Locomotief, 1931, p. 44.

onzen<sup>124</sup>), dit-il. De Vogel développe une conception de ce qu'on appelle « l'urbanité ». Ayant utilisé l'expression « les nôtres », il propose d'encadrer le programme de santé publique sous la direction du Comité municipal d'Hygiène de Semarang<sup>125</sup>.

Dans son discours, il a résumé les problèmes qui sont posés par le mode de vie urbanisé. Il parle des dangers provoqués par une population en mauvaise santé, mais aussi des avantages que l'on peut obtenir en améliorant celle-ci. C'est également dans ce discours qu'il a défini les divers dangers existants. Ceux-ci ne se limitent pas aux problèmes environnementaux ou d'hygiène personnelle des autochtones, mais concernent aussi les nouvelles menaces induites par le manque d'hygiène des autres. En ce qui concerne les mauvaises conditions de santé, il parle, bien sûr, des risques que posent le mode de vie des indigènes et leurs mauvaises habitudes. Selon de Vogel, les Indigènes habitent dans des constructions insalubres, consomment de l'eau polluée et donc risquent d'être victimes de toutes sortes de maladies. Autrement dit « le minimum à exiger d'eux, c'est de ne pas utiliser l'eau de la rivière pour se laver mais de prendre une douche reliée à une source d'eau non polluée. Sans quoi, ils vont s'infecter et augmenter les risques d'infection, en laissant leurs excréments s'évacuer dans les rivières. De même, lorsqu'ils déposent leurs matières fécales à l'air libre sur les chantiers, les mouches, vecteurs d'infection, transportent les dangers vers les habitations, ce qui nécessite d'essayer de préserver leur santé en faisant strictement respecter les règles d'hygiène<sup>126</sup> ». Les mauvaises habitudes des indigènes menacent les Européens, étant donné qu'ils habitent dans la même ville, raison pour laquelle l'autorité municipale commence à se rendre compte de l'importance de s'occuper de cette question.

L'intérêt de De Vogel pour la santé des populations a pour objectif de construire une société composée de personnes aptes au travail. Il semble que dans le cadre de la construction d'un État colonial moderne, il soit nécessaire d'avoir une

---

<sup>124</sup>*Ibid.* ; Joost Coté, « Towards an Architecture of Association: H. F. Tillema, Semarang and the discourse on the colonial "slum" » dans *The Indonesian town revisited*, Münster, Lit ; Singapore, 2002, p. 325.

<sup>125</sup>J. Coté, « Towards an Architecture of Association: H. F. Tillema, Semarang and the discourse on the colonial "slum" », art cit, p. 325.

<sup>126</sup>De Vogel : « *De Inlanders zullen althans voorloopig er niet toe te brengen zijn, deze spoelleidingen niet meer tot hun wasch- en badgelegenheid te gebruiken. Ze infecteeren zich daardoor en vergrooten op hunne beurt voor andere de infectiekans, door hunne uitwerpselen in deze zelfde slokkans te laten loopen. Of ze deponeren de faeces open en bloot op de erven en de vliegen brengen de infectie over op hen, die te midden der zieke bevolking wonende, zich zorgzaam trachten te vrijwaren door zich streng aan hygienische voorschriften te houden* », *Gedenkboek der gemeente Semarang, 1906-1931*, op. cit., p. 45.

population en bonne santé. De Vogel dit : « Combien de main-d'œuvre et de forces de travail vont être perdus à cause de telles situations, pas toujours causés par la maladie, mais aussi par le manque de soins apportés au malade par la famille, ce que je ne vais pas développer ici<sup>127</sup> ». Nous nous rappelons que ce médecin soutient la séparation entre le service de la santé civil de celui de la santé militaire afin de maximiser l'efficacité du service de santé destiné à la population considérée comme une ressource de travail, comme nous l'avons développé dans le chapitre précédent.

Van Gorkom écrit un article dans une revue spécialisée pour ingénieurs sur l'hygiène à Batavia. Le titre de son article « *Ongezonde Batavia, Vroeger en Nu* » (l'insalubrité de Batavia, hier et aujourd'hui) montre que le problème capital des Indes-Néerlandaises est toujours le même. Autrement dit, la ville dans laquelle de nombreux Européens sont morts, est connue pour son insalubrité<sup>128</sup>. En montrant les statistiques sur la situation présente, il apparaît que l'état de santé de cette ville ne se soit pas améliorée ; le nombre de morts y est toujours très élevé en comparaison avec d'autres villes comme Surabaya et Semarang. Il semble donc que Batavia mérite toujours l'appellation « *het graf van de Duitschers*<sup>129</sup> », la tombe des Hollandais.

L'objectif de cet article, loin de donner une description entièrement négative de l'insalubrité de Batavia, est de mettre en garde les Européens qui souhaiteraient y vivre. Van Gorkom a l'idée d'une possible amélioration de cet espace urbain. Cela se manifeste dans la manière dont il présente son article qu'il divise en trois parties. Dans la première, il parle du passé de la ville, de la période où celle-ci était connue comme « *het graf van de Duitschers* ». Il se base sur les travaux des médecins et des voyageurs qui visitaient ou habitaient cette ville. Ensuite, il dit qu'il n'y a pas eu encore de changements réels. L'utilisation des statistiques dans son argumentaire montre que l'insalubrité à Batavia est très supportable. Il parle ensuite des mesures qu'il faudrait prendre pour améliorer l'hygiène de la ville et parle enfin du rôle qu'y joue le Service de Santé civil.

---

<sup>127</sup>De Vogel: « *Hoeveel werkkraft en werklust door zulk toestanden voor de gemeenschap verloren gaan, niet alleen door ziekte der arbeiders met hoofd en hand, maar ook door de zorgen over de ziekte van naastbestaanden, behoef ik niet verder te betoogen* », *Gedenkboek der gemeente Semarang, 1906-1931, op. cit.*, p. 46.

<sup>128</sup>W. J. Van Gorkom, « *Ongezond Batavia, Vroeger en Nu* », *Tijdschrift van het Koninklijk Instituut van Ingenieurs, Afdeling Nederlandsch-Indië. Notulen der vergaderingen, verhandelingen, vertalingen, verscheidenheden, verslagen.*, 1912, p. 18.

<sup>129</sup>Ibid., p. 1.

Toutefois, son article ne se focalise pas sur les quartiers où habitent des Européens, mais prête plus d'attention à la question des *kampong*, les quartiers où habitent les Indigènes. Ces *kampongs* se situent à la périphérie de la ville de Batavia. Les données statistiques qu'il fournit montrent que la plupart des décès se concentrent dans ces derniers. Les causes des décès sont principalement le paludisme, la variole, le choléra, la dysenterie et la tuberculose. Selon Van Gorkom : « L'efficacité d'une action contre la maladie et en faveur de la santé publique et le bien-être de la population se mesure à son impact sur la mortalité. La maladie, se propageant au sein d'une grande partie de la population, joue du point de vue économique un rôle très important dans la vie des habitants, de sorte qu'on doit comprendre la nécessité de la médecine préventive<sup>130</sup> ». La propagation des maladies parmi les habitants du *kampong* est donc aussi une menace pour les Européens. En dehors de la transmission des maladies, Van Gorkom souligne également que le nombre important de décès est en grande partie du au taux de mortalité chez les nouveau-nés. Le nombre de morts dans cette catégorie de population est très élevé<sup>131</sup>.

En évoquant l'insalubrité de Batavia, voire des *kampongs* autour de Batavia, Van Gorkom se rend compte de la valeur de la santé de l'individu. Dans une société avançant vers le progrès, la santé est un capital. « Au fond, il n'y a aucune limite que l'on n'ose fixer concernant les dépenses nécessaires dans le but d'améliorer les conditions de vie des habitants dans les régions malsaines », écrit-il. Ainsi, pour lui, tant que cela concerne l'amélioration de la qualité de vie, il n'y aucune raison de fixer des limites aux dépenses. Pourtant, selon lui, cette conscience ne convaint pas tout le monde. Pour ses adversaires, l'idée de mener à bien un progrès économique par la voie de la santé publique est incompréhensible<sup>132</sup>.

---

<sup>130</sup>Van Gorkom écrit: « *De beteekenis van een ziekte voor de volksgezondheid en de volkswelvaart mag bovendien niet uitsluitend naar haar invloed op de sterfte alleen worden afgemeten. Een ziekte, die een groot deel van de bevolking in de kracht van het leven aantast, is uit een oeconomisch oogpunt een zoo belangrijke factor in het volksleven, dat de preventieve geneeskunde er alleen reeds uit dit gezichtspunt ter dege rekening me te houden heeft* », *Ibid.*, p. 28.

<sup>131</sup>Von Gorkom estime qu'un nouveau-né sur ving-cinq meurt avant d'arriver à l'âge de douze mois. Voir *Ibid.*, p. 33-34.

<sup>132</sup>Van Gorkom écrit: « *Toch is geen stelling onjuister dan die, welke het doen van goed overiegde uitgaven tot verbetering van de levensverhoudingen in ongezond streken om de kosten zou durven ontraden. Voor het individu moge het doel dikwijls onbereikbaar zijn, de kapitaalkrachtige gemeenschap, de Staat, de groote werkgever, die, om uitgaven te sparen, vicieuse sanitaire toestanden laat voorbestaan, drijft een onverstandige oeconomie en bezondigt zich op verkeerd begrepen zuinigheidsmotieven aan de humaniteit* », *Ibid.*, p. 35.



Dans le cas du paludisme, la maladie la plus meurtrière, Van Gorkom nous explique comment éviter sa propagation. Il s'agit de mesures qu'on peut mettre en œuvre dans la vie quotidienne, comme récolter les eaux usées grâce à la construction d'égouts, mais aussi des mesures simples telles que la suppression de lieux où il y a de l'eau stagnante<sup>133</sup>. De Jonge constate que le taux de mortalité du au paludisme est très élevé, surtout dans les kampongs. D'après lui cet état de choses est provoqué par la mauvaise qualité de l'environnement et l'insalubrité des logements. Il suggère par conséquent de construire des maisons protégées contre les moustiques et il conseille l'utilisation de *klamboe* (moustiquaires) dans les chambres à coucher<sup>134</sup>. D'après Van Gorkom, si on prête attention aux dangers qui nous entourent, la transmission de cette maladie est évitable. Mais cela ne sera possible qu'à condition que la population en soit informée, raison pour laquelle le gouvernement doit propager les notions d'hygiène minimales. « La propagande de l'éducation à l'hygiène peut être soutenue par le gouvernement, mais [elle] sera mieux organisée par une association privée ou par un syndicat. L'Association pour la prévention d'abus d'alcool, l'Association pour la lutte contre la tuberculose, etc. en Europe et aux États-Unis donnent de bons exemples. Une association pour mener la lutte contre le paludisme peut être créée dans les villes tropicales afin d'éduquer les populations<sup>135</sup> », précise-t-il.

Les deux médecins, Van Gorkom et De Jonge, se sont intéressés à la question du *kampong*. Van Gorkom dans son analyse commence par évoquer l'état sanitaire des *kampongs*, alors que De Jonge se concentre sur l'apparition du paludisme dans les *kampongs*, en particulier dans les maisons, là où la maladie se transmet aux hommes. Constaté que la santé de l'individu dépend beaucoup de l'état de la maison où il vit n'est pas une pensée nouvelle. Depuis le dix-neuvième siècle, les médecins en ont parlé. La maison doit par exemple, respecter au moins deux conditions d'hygiène : « *toegankelijkheid voor licht en lucht*<sup>136</sup> », la circulation de l'air et l'accessibilité de la lumière. Cette idée avait déjà été évoquée au dix-neuvième siècle, et a déjà été

---

<sup>133</sup>Ibid., p. 38.

<sup>134</sup>G. W. Kiewiet de Jonge, « De malariaverhoudingen te Batavia en hare bestrijding », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1908, p. 422-457.

<sup>135</sup>Van Gorkom écrit : « *Propaganda voor hygiënische opvoeding kan door de overheid op verschillende wijze gesteund worden maar wordt het best door particuliere vereenigingen of bonden georganiseerd. De vereenigingen tot wering van drankmisbruik, tot bestrijding der tuberculose enz. in Europa en Amerika geven hiervan sprekende voorbeelden. Een anti-malariabond zou in een tropische stad de basis voor een hygiënische volksvoeding kunnen vormen* », W. J. V. Gorkom, « Ongezond Batavia, Vroeger en Nu », art cit, p. 40.

<sup>136</sup>Ibid., p. 55.

discutée dans les premières parties de cette étude. Ce qui est différent, cette fois-ci dans le discours c'est qu'il ne vise pas les maisons des Européens, mais celles des Indigènes.

H. C. H. Gunning, un infirmier, écrit par exemple en 1918 un article sur la question de l'habitation. Il explique que « l'endroit où l'on passe la plupart du temps, a une très grande influence pour les conditions physiques et psychiques, et avoir une bonne ou une mauvaise maison va sans doute influencer l'état de santé de la main-d'œuvre, et la force de travail de son occupant. Pour l'employeur, la question de l'habitation de l'Indigène est donc une question de la plus grande importance<sup>137</sup> ». Ce passage se situe au début de son article, d'où apparaît clairement la façon dont Gunning structure son texte : le rapport entre l'état de santé et la productivité de travail a sa source dans l'état de l'habitation.

Quatre ans auparavant, en 1914, Westerveld, un membre du conseil municipal, a publié un rapport sur cette question<sup>138</sup>. L'enquête n'a pas été commandée par la bureaucratie coloniale, mais par une organisation privée : la Banque Populaire de Crédit, dont Westerveld est membre. Le titre de ce rapport, *Woningtoestanden onder de Javaansche Bevolking te Semarang*, montre le centre d'intérêt de l'enquête ; il s'agit des conditions de vie des habitants des *kampong* javanais et de leurs fonctions culturelles. Il ne s'agit pas de remettre en cause le problème de la densité dans un district particulier, mais il s'interroge plutôt sur les conditions générales de vie dans le *kampong* celui-ci étant considéré comme une menace pour la santé urbaine<sup>139</sup>. Dans ce rapport il dit par exemple qu' « il y a une effrayante crise de logement parmi la

---

<sup>137</sup>Gunning écrit : « *De woning toch, waar mensch een zoo groot deel van zijn leven doorbrengt, heeft een zeer grooten invloed op zijn lichamelijke en geestelijke gesteldheid, en een goede of slechte woning zal in eerste plaats zijn invloed ongetwijfeld uitoefenen op de gezondheid, de werkkraft, het arbeidsvermogen der bewoners. Dus zal voor werkgevers het woningvraagstuk van het grootste belang zijn* », H. C. H. Gunning, « Het Woningvraagstuk », *Koloniale studiën*, 1918, vol. 2, n° 1, p. 109.

<sup>138</sup>Dans la deuxième décennie du XXe siècle la question de l'habitation est souvent discutée. Cette question est notamment une préoccupation prioritaire de l'autorité municipale de Semarang. En 1910 elle a effectué une enquête sur les conditions de logement dans cette ville. La recherche est dirigée par Westerverld, un instituteur qui est également membre du conseil municipal, et a été effectuée avec la collaboration d'un ingénieur, d'un architecte, et aussi d'un médecin. Cette enquête se focalise sur la question du 'European slum' dans cette ville, elle se conclut par la nécessité d'améliorer le logement des Européens. Dans ce rapport le logement des Javanais n'a été mentionné que dans l'annexe. Il est donc évident que la question principale du logement est toujours celui des Européens. Voir J. Coté, « Towards an Architecture of Association: H. F. Tillema, Semarang and the discourse on the colonial "slum" », art cit, p. 329-330.

<sup>139</sup>*Ibid.*, p. 330.

population javanaise<sup>140</sup> ». Pas moins de 4939 personnes, parmi lesquelles 3395 femmes et enfants n'ont pas de domicile propre et habitent chez quelqu'un d'autre. Westerveld dans ce rapport parle de système « *mondoks* » (hébergement), une pratique où un individu qui fait partie d'une famille (au sens large) est hébergé dans la maison de cette famille<sup>141</sup>. Selon lui, « ce manque de logement est marqué par le fait qu'il n'y a aucune maison habitable qui soit vacante ». Loin de la question des conditions d'habitation, la disponibilité des logements pour les Javanais est en soi un problème sérieux. Westerveld décrit dans ce passage l'entassement des gens qui habitent les uns sur les autres. Au-delà de la question de l'hygiène, ce discours montre le rapport entre la condition du logement et la nécessité du développement de la ville.

L'idée principale du rapport de 1914 est utilisée par Westerveld dans son discours lors de la réunion de l'*Indische Genootschap* le 12 avril 1915. À cette occasion, il parle de *Woningtoestanden en Woningverbetering in Nederlandsch Oost-Indie* (la condition des habitations et l'amélioration des habitations aux Indes orientales). Bien que le titre porte le mot « les Indes orientales », il faut souligner que les données utilisées ont pour origine Java, surtout celles du rapport précédant sur Semarang. Sa thèse est toujours la même. Le mauvais état des maisons est cause de propagation des maladies, suivies des nombreux décès chez les Javanais. « Il est très connu maintenant, dit-il, que la plupart des maisons javanaises sont construites en bambou : les murs sont en bambou et souvent le toit est fait de feuilles de palmier. Eh bien, ce type de maison fait naître un grand danger pour la propagation de la maladie, qui a ravagé les Indes-Néerlandaises ces dernières années : la peste<sup>142</sup> ». Westerveld se réfère à l'épidémie de peste qui a eu lieu quelques années auparavant à Malang, dans l'est de Java. C'est à l'intérieur du bambou que les rats s'installent et que se développe le bacille de la peste.

Westerveld met également en avant le fait que les maisons javanaises n'ont pas de parquet ni de sol en ciment. Le sol est en terre battue, ce qui est un danger

---

<sup>140</sup>D. J. A. Westerveld, *Woningtoestanden onder de Javaansche bevolking te Semarang*, s.l., Semarang, 1914, p. 341.

<sup>141</sup>*Ibid.*

<sup>142</sup>Westerveld dit: « *Het is u bekend, dit-il, dat een Javaansch huis in den regel geheel gemaakt is van bamboe : bamboewanden, bamboestijlen en dikwijls een dak van atap, dat zijn palmbblaren. Welnu, zulk een huis levert buitengewoon groot gevaar op voor verspreiding van de ziekte, die in de laatste jaren Ned.-Indie teistert : de pest* », *Indisch Genootschap, Indisch genootschap : vergadering van 12 April 1915 : woningtoestanden en woningverbetering in Nederlandsch Oost-Indie*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1915, p. 163.

pour « les petits enfants qui se traînent par terre, ramassent toutes sortes de choses qui s’y trouvent et les mettent dans la bouche. C’est là la source de diverses maladies<sup>143</sup> ». Westerveld constate en outre que « la maison des Javanais est extrêmement sombre, et que pour l’instant aucun changement ne peut y être apporté. Le Javanais aime bien (rester dans) l’obscurité. Si on lui donne une chambre avec des fenêtres dans un bâtiment, il va en fermer les ouvertures avec un morceau de tissu ou un vieux *sarong*. Il se sent plus *senang* (heureux) à rester dans l’obscurité, et une longue période d’éducation sera nécessaire pour lui faire comprendre l’importance de la lumière et la nécessité de la circulation de l’air frais<sup>144</sup> ».

Les conditions d’habitation aux Indes-Néerlandaises sont sérieusement discutées au cours du congrès sur les techniques d’habitat à Semarang en 1922. À ce congrès assistent des ingénieurs, des médecins, mais aussi des administrateurs coloniaux. Ce congrès est découpé en trois parties : la technique, l’hygiène et la politique. La première partie s’interroge sur les techniques de construction qui conviennent à la nature du climat tropical. Le côté technique est ensuite lié à la question de l’hygiène : la conclusion est qu’une maison techniquement parfaite, doit être conçue pour préserver la santé de ses occupants. Enfin, le politique parle plutôt de la possibilité de réformer le logement des Indigènes, surtout en fonction du budget colonial.

Les présentations des intervenants au congrès sont reprises par Tillema dans son cinquième volume de *Kromoblanda*. En posant ainsi la question du logement aux Indes-Néerlandaises dans sa globalité, il commence par un résumé du congrès. Son objectif est de situer les recherches dans un débat sur la question du logement aux Indes-Néerlandaises, ainsi que justifier sa recherche en la plaçant dans la progression de ce débat.

Tillema évoque d’abord la question du logement en dehors de Java, sur une île située à l’est des Indes-Néerlandaises : la Papouasie. Il décrit, dans le style d’un anthropologue, les conditions de l’habitat dans cette île. Les maisons y sont souvent construites de manière très simple. Partant de l’est des Indes-Néerlandaises il se

---

<sup>143</sup>Ibid., p. 165.

<sup>144</sup>Westerveld dit: « *De Javaansche woning is buitengewoon donker, waarin echter voorlopig geen verandering te brengen is. De Javaan houdt veel van de duisternis. Als men hem in de bijgebouwen een goede kamer geeft met ramen, stopt hij die gauw dicht met een stuk laken of een oude sarong. Hij gevoelt zich in de duisternis meer ‘seneng’ en een lange tijd van opvoeding zal noodig zijn om hem te doen inzien de reinigende kracht van het licht en de noodzakelijkheid van frissche lucht* », Ibid., p. 165-166.

déplace vers l'ouest, toujours en décrivant les conditions de l'habitat dans chaque région.

Le volume que Tillema consacre à la question du logement est une analyse plus détaillée de l'étude qu'il avait commencée dix années auparavant avec la publication de *Van wonen en bewonen, van bouwen, huis en erf*<sup>145</sup>. Tillema, comme Westerveld, est un membre du conseil municipal de Semarang. À la différence de ce dernier, il est pharmacien, un métier qui est en rapport avec les problèmes de santé, d'où son intérêt pour la question. Dans son livre il développe l'idée de l'importance d'un logement qui respecte les règles d'hygiène. Il explique également l'importance du choix de l'emplacement qui doit être sans danger potentiel pour la santé. Ce sujet est beaucoup discuté dans la topographie médicale du dix-neuvième siècle. Ce qui est différent cette fois, c'est que Tillema va plus loin : il insiste sur l'importance de l'aménagement de l'espace urbain pour offrir à la population toutes les garanties nécessaires à une bonne santé.

Tillema a écrit ce livre avec le projet de construire une ville en fonction de règles de prévention pour la santé de ses habitants. Il critique par exemple la construction de villes « sans aucune régularité ou anarchique » (*zonder eenige regelmaat of orde*), mais aussi sans respecter les directions des vents dominants<sup>146</sup>. L'aménagement de la ville en fonction de la circulation des vents est très important pour Tillema, étant donné que sous les tropiques les températures sont très élevées. C'est la raison pour laquelle les rues doivent être suffisamment larges. Tillema constate, en effet, que « si les rues sont étroites, et que la direction du vent, qui doit rafraîchir la ville, n'est pas prise en considération, les chaleurs ne seront pas atténuées ». Il ajoute en outre que « si les maisons sont installées au hasard, des *impasses (blinde straat)* se formeront<sup>147</sup> ». Il est évident que la « *blinde straat* » bloquera la circulation de l'air ce qui sera dangereux pour l'hygiène. En conséquence une de ses propositions est de construire une ville géométrique, avec de grandes rues toutes droites, respectueuses de la direction du vent<sup>148</sup>.

Pour les maisons qui possèdent des jardins, les constructions doivent suivre la ligne de la rue afin de laisser passer l'air frais. La grande rue doit être par conséquent

---

<sup>145</sup>H. F. Tillema, *Van wonen en bewonen, van bouwen, huis en erf*, Tjandi-Samarang, (H. Uden Masman, Den Haag), 1913.

<sup>146</sup>*Ibid.*, p. 11.

<sup>147</sup>*Ibid.*, p. 12.

<sup>148</sup>*Ibid.*, p. 14.

aménagée en suivant la circulation « du plus dominant des vents ». Tout au long de la rue doivent être plantés des arbres. Aux Indes-Néerlandaises on plante en général « *assembloemen* ». Ce type d'arbre n'est pas recommandé, car il pousse trop lentement et n'offre pas beaucoup d'ombre. En se référant à Simpson, il dit que « la route principale doit être construite en suivant le souffle du vent dominant. Il est nécessaire d'avoir des rues de 20-24 mètres de largeur, mais 35 m seraient préférable. Il est nécessaire de construire un trottoir avec un arbre qui donne de l'ombre. Cela n'empêche pas la circulation de vent ».

Au-delà de ses explications destinées à concevoir l'aménagement de la ville européenne sous les tropiques, Tillema parle de la question du danger de l'air provenant de quartiers indigènes (*kampong*). Il explique que « le vent du soir ne doit pas souffler des quartiers indigènes vers le quartier européen, risquant ainsi de contaminer ce dernier par le moustique anophèles qui se cache toujours dans les maisons obscures des Javanais, et qui s'envole le soir<sup>149</sup> ». Il présume ainsi que le quartier indigène est une source de maladies, et que si le vent souffle à partir de ce quartier vers le quartier des Européens, il lui transmettra des maladies.

En ce qui concerne les techniques à utiliser pour la construction des voies de circulation, Tillema rappelle que la chaleur sous les tropiques est causée par la position verticale du soleil. Le sol chauffé produit ensuite sa propre chaleur, de sorte que cette chaleur est insufflée à la fois par le haut et par le bas. C'est la raison pour laquelle le sol en pelouse plutôt que recouvert d'asphalte serait une bonne solution, car la pelouse ne provoque pas de double foyer de chaleur<sup>150</sup>. Pour lui, l'hygiène de la rue est très importante, car c'est là que se déroulent toutes les activités de la cité. Il dit par exemple que « les conditions de construction d'une route, l'usure d'un pont, les excréments d'animaux, qui entraînent la pollution des eaux pluviales, l'arrosage, les concentrations de dépôts d'ordures, les vapeurs d'asphalte, les émissions de poussières provoquées par la circulation, sa diffusion dans l'air, sa dispersion dans les maisons, sur les lieux de travail, dans les écoles, causant des agressions du système nerveux, tout cela a beaucoup d'influence sur l'hygiène des habitants de la ville<sup>151</sup> ».

---

<sup>149</sup>*Ibid.*, p. 101.

<sup>150</sup>*Ibid.*, p. 18.

<sup>151</sup>« *toestand van den ondergrond, slijtag van het dek, de dierlijke excrementen, die met regen en sproeiwater in den grond dringen en daar verrotten, de vorming van vuil, het versteenen van het verhardingsmateriaal, de afval, ontstaan dor het verkeer, de opneming ervan door de lucht, de*

La question de l'hygiène de la rue est également au centre des débats au sein du corps des ingénieurs pendant l'exposition sur l'hygiène de 1927. Une « Association pour la construction de la rue » affirme que « l'exigence principale en matière d'hygiène est de préserver la rue des risques de pollution. Cette pollution peut avoir deux origines : elle peut être apportée de l'extérieur ou produite par l'usure des revêtements due à la circulation. Une fois la rue polluée, les ordures seront transportées sur les vêtements et dans les maisons par les usagers de la route, soulevées de nouveau avec les (déchets) secs, elles entreront par le nez et par la bouche dans le corps des citoyens<sup>152</sup> ».

Avec la modernisation et l'avancement de la technologie, les voitures circulent de plus en plus rapidement dans les rues. Par conséquent, « la pollution des rues par les poussières engendrées par le trafic est inévitable<sup>153</sup> ». La pose d'un revêtement sur les rues est indispensable. « Par la construction en gravier ordinaire ou par l'empierrement, la poussière est un grand problème : il faut agglomérer les gravillons par un revêtement ». Cette construction a pour fonction de diminuer la quantité de poussière. La vitesse de la voiture n'est plus une menace. Il est aussi évident qu'« à part les avantages que représentent les revêtements modernes pour l'hygiène celui-ci facilite le nettoyage<sup>154</sup> ». Le durcissement du revêtement de la rue sert en outre à diminuer les bruits provoqués par les voitures dans la rue. Contrairement à ce que Tillema avait écrit dix-ans auparavant, l'auteur constate que « l'asphaltage est par excellence le meilleur<sup>155</sup> ».

A. H. J. Koreman fait remarquer qu'après la construction de la rue le travail ne sera pas achevé, car celle-ci devra être également régulièrement nettoyée<sup>156</sup>. Il est bien conseillé qu'avant de balayer, il est nécessaire de procéder d'abord à un arrosage pour ne pas provoquer trop de poussière. En ce qui concerne la périodicité, le nettoyage doit être fait plusieurs fois par semaine. Il pense que le moment le plus

---

*verspreiding ervan in woon-, werk- en schoollokalen, het zenuwenaantastende lawaai, al deze zaken zijn van invloed op de hygiene van der stad », Ibid., p. 101.*

<sup>152</sup>« de eerste en voornamste eisch in het belang der hygiene is het vrijhouden der wegen van verontreinigingen. Deze verontreinigingen kunnen van tweeerlei oorsprong zijn – ze kunnen van buiten af op den weg worden gebracht of ontstaan door afslijting der wegverharding onder het verkeer. Is de weeg eenmaal verontreinigd, dan wordt het vuil en stof door de weggebruikers in de huizen gebracht, stuift het bij droog weer op, en dringt het zoo in neus en mond, besmet het de kleeding der voorbijgangers », Nederlandsch-Indie Wegenvereening, *Wegen-Hygiene*, Bandoeng, Nix, 1927, p. 4.

<sup>153</sup>*Ibid.*, p. 7.

<sup>154</sup>*Ibid.*, p. 8.

<sup>155</sup>*Ibid.*, p. 10.

<sup>156</sup>A. H. J. Koreman, *Reiniging van Wegen*, Bandoeng, Nix, 1927, p. 9.

propice pour réaliser ce travail est le matin après la rentrée des classes et le début de la journée de travail ou en fin d'après-midi après la sortie des bureaux<sup>157</sup>.

A l'époque de la politique « éthique », le sujet principal de l'aménagement de l'espace urbain est le quartier où habitent les indigènes, car le quartier des Européens est censé respecter les règles d'hygiène. Leurs maisons sont grandes et bien aérées. La propagande du XIX siècle destinée aux Européens sous les tropiques semble donc avoir été efficace. Leurs quartiers se trouvent également dans des endroits sains. Il est vrai pourtant que parfois, l'aménagement des quartiers européens doit être réexaminé, mais il semble que le problème ait été résolu dans la deuxième décennie du vingtième siècle.

Le problème du *kampong* est d'abord défini par son apparence. La taille et la construction des maisons ne respectent nullement les règles d'hygiène en vigueur, surtout en ce qui concerne la circulation de l'air et l'entrée du soleil dans les habitations. La densité est aussi un problème ; la distance entre les maisons est très réduite, la circulation de l'air y est par conséquent bloquée. Le nombre d'habitants dans une maison dépasse la capacité réelle de sa surface, c'est-à-dire qu'une maison pour trois habitants peut être occupé par plus de six personnes. La rue est très dense et ne suit aucun plan de construction. Autrement dit la forme de la rue ne respecte pas le principe de l'alignement des maisons. En outre, le sol des voies du *kampong* est à base de terre. Cet état de choses du point de vue de l'hygiène n'est pas bon, car avec l'humidité cela occasionne une augmentation des risques de maladies. Étant donné que les Indigènes marchent souvent pieds nus, des bactéries peuvent pénétrer dans leurs corps par les pieds.

Ainsi, le *kampong* est défini comme la source des maladies ; il est une menace de propagation des maladies dans la ville. Du fait qu'il se trouve à côté de l'endroit où habitent les Européens, le *kampong* est une menace pour l'hygiène et la modernité. La santé de la ville est toujours sous la menace tant qu'il y a des *kampong* à proximité. La circulation des indigènes dans la ville depuis le *kampong* permet de supposer qu'ils vont apporter avec eux des maladies.

En 1919, Tillema écrit spécialement sur ce sujet. Après une visite dans un *kampong*, accompagné par le Dr. Krediet, il raconte : « il (Dr. Krediet) montre une maison javanaise située à côté d'un gros égout. Le cabinet d'aisance se trouve au-

---

<sup>157</sup>*Ibid.*, p. 11.



dessus (de l'égout), les matières fécales flottent à la surface, les puits se situent tout à côté. Tout cela porte les stigmates de la misère et de la ruine ». Le Dr. Krediet lui explique que c'est un « kampong de Batavia » (*Bataviasche stadskampong*). Concernant sa visite à Surabaya, il raconte : « Accompagné par M. Mooy et Fumau, je me rends dans plusieurs marchés sales des *kampongs*, à travers les ruelles et les bidonvilles du centre-ville densément peuplé, l'endroit où l' 'orang ketjil' (petit homme= les pauvres), les Chinois, vivent<sup>158</sup> »,.

En décrivant les conditions de vie dans le *kampong*, Tillema formule une critique contre le gouvernement colonial, en « essay (ant) d'illustrer le grand retard pris dans le domaine de la santé publique, et le très mauvais état des logements ». La santé publique est de nouveau critiquée dans son rapport, en raison du manque de logements dans les *kampongs*. L'autorité coloniale est responsable de l'amélioration de la question de la santé publique des Indes-Néerlandaises. Pour Tillema « l'homme sain et énergique constitue une société puissante, capable d'être lui-même, capable d'être un maître chez lui<sup>159</sup> ».

Le congrès de l'Association de Technique Sociale (STV-Sociaal Technische Vereeniging) en 1925 a principalement remis en cause la question du *kampong*. Rachman, Vice-inspecteur de l'inspection du logement de la municipalité Batavia, un des intervenants dans ce congrès, affirme qu'afin d'améliorer les conditions de vie dans le kampong, il est nécessaire de se servir de la méthode statistique. À partir de données chiffrées, il est certain d'obtenir des informations précises concernant les besoins du *kampong*. Il explique également que l'aménagement de celui-ci devra être intégré au programme de l'aménagement de la ville<sup>160</sup>. Il est donc évident que Rachman parle plutôt du point de vue de l'administrateur technique, en face des problèmes posés par le kampong.

À la différence de Rachman, Frumau, Directeur van Grond- en Woningzaken b/d Gemeente Soerabaja, a fait le lien entre l'amélioration du kampong et l'hygiène.

---

<sup>158</sup>« ze stelt voor een Javaansch 'huis' gelegen aan een vrij breede slokan (goot). Het 'privaat' staat er vlak boven, de faecalien drijven aan de oppervlakte, de 'waterpunt' is er vlak naast. Alles draagt het stempel van armoede en verval [...] Met de heeren Mooy en Fumau toog ik er op uit naar de vele en vieze pasars, naar de kampongs, door de stegen en sloppen zonder tal in de buitengewoon dicht bevolkte benedenstad, de plaats waar de 'orang ketjil' (de kleine man), de Chinees, woont », H. F. Tillema et A. S. Tillema-Weehuizen, *Kampongwee!*, Groningen, sn, 1919, p. 3-4.

<sup>159</sup>*Ibid.*, p. 12.

<sup>160</sup>A. Rachman, *Welke maatregelen moeten genomen worden ter verbetering de bestaande slechte kampongs?*, s.l., Sociaal-Technische Vereeniging, 1925, p. 1-3.

Selon lui « une amélioration efficace du *kampong* doit d'abord commencer par la réalisation des travaux publics nécessaires, en premier lieu dans les endroits qui bénéficient des services de santé publique<sup>161</sup> ». Nous devons par conséquent regarder dans la présentation de Frumau un programme d'aménagement du kampong tel que le voit un esprit d'hygiéniste. Pour lui, le travail du « Département de travaux publics » consiste, par exemple, à créer un système de drainage et d'égouts, à construire des cabinets d'aisance pour le public, à nettoyer l'espace public, mais aussi à approvisionner en eau non polluée et à construire des rues<sup>162</sup>. Dans sa conclusion Frumau souligne de nouveau que « l'amélioration de *kampong* commence par la réalisation de travaux publics pour l'intérêt de la santé publique<sup>163</sup> ».

Gellius Flieringe propose une perspective plus vaste dans un commentaire sur le congrès en disant que « la nécessité de l'amélioration de *kampong* n'est pas destiné pour lui-même, mais la nécessité la plus urgente est l'amélioration de la ville en général ». Cet auteur montre l'influence directe du *kampong* sur la santé de la ville<sup>164</sup>.

La relation entre le *kampong* et l'insalubrité dans la ville est très nette dans la traduction de travail de Flu : *Kesehatan didalam kampoeng*<sup>165</sup>. Ce livre est une traduction d'un autre livre publié en 1917 sous le titre *Tropenhygiene : populaire voordrachten*<sup>166</sup> (L'hygiène tropicale : une lecture populaire). Cette traduction a été réalisée par S. M. Rassat, et publiée par Balai Poestaka, la maison d'édition officielle du gouvernement colonial qui publie beaucoup de livres afin de propager l'idée de modernité. Le titre indonésien de ce livre suppose que le kampong est un lieu insalubre. Si on regarde son contenu, il n'y a pas d'analyse spéciale sur le *kampong*, mais plutôt sur l'ensemble des Indes-Néerlandaises. Son contenu se rapporte beaucoup plus au titre original : *Tropenhygiene*. La traduction tient par conséquent pour acquis que le kampong est une menace pour la ville.

---

<sup>161</sup>F. G. Frumau, *Welke maatregelen moeten genomen worden ter verbetering van de bestaande slechte kampongs?*, s.l., Sociaal-Technische Vereeniging, 1925, p. 2- 3.

<sup>162</sup>*Ibid.*, p. 4.

<sup>163</sup>*Ibid.*, p. 29.

<sup>164</sup>Gellius Flieringa, *De zorg voor de volkshuisvesting in de stadsgemeenten in Nederlandsch Oost Indië in het bijzonder in Semarang*, Sl, sn, 1930, p. 120.

<sup>165</sup>P. C Flu, *Kesehatan didalam kampoeng*, traduit par S. M Rassat, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur, 1922, 127 p.

<sup>166</sup>P. C. Flu, *Tropenhygiene : populaire voordrachten : gebruikt als leidraad bij het onderwijs in de hygiene aan de bestuurschool te Weltevreden*, Batavia, Javasche boekhandel & drukkerij, 1917, ii+350 p.

Nous pouvons dire que l'aménagement de l'espace urbain au début du XXe siècle se concentre sur la question de kampong, ce qui veut dire également sur le mode de vie des indigènes. Dans le cadre du développement des Indes-Néerlandaises, le kampong est une *laideur* qui pourrait polluer l'ensemble des Indes-Néerlandaises. De Vogel a déjà averti que le travail d'hygiène dans le kampong est une bonne chose pour ses habitants mais également pour « nous », les Européens.

Semarang est une des villes les plus dévastées par les maladies. Le nombre de morts dans cette ville est très élevé, quatre fois plus élevé qu'aux Pays-Bas ou dans d'autres pays européens. L'intérêt pour cette question se fait jour avant la création d'un Conseil Municipal. La nomination de Dr. Th. W. de Vogel, en tant que premier médecin de la ville, suivie par la nomination de Dr. Terburgh, montre l'intérêt que porte le Conseil aux questions d'hygiène. C'est M. De Vogel qui a mis en place deux programmes très importants pour la ville afin d'améliorer la santé : la distribution d'eau potable et l'extension du système d'égouts, mais il avertit aussi le nouveau conseil municipal sur le danger que pourrait représenter la banlieue nord de Semarang<sup>167</sup>.

## II – L'EAU, L'EAU POTABLE ET LA TOILETTE

La question de l'aménagement de l'espace urbain dans son rapport avec l'hygiène permet de souligner l'importance de la question de l'eau. Au début du vingtième siècle, cette question est étudiée dans son rapport avec la maladie. L'intérêt porte sur l'existence de lieux où se trouve de l'eau stagnante qui est une des causes du paludisme, et la distribution d'eau potable est liée à la lutte contre le choléra et la dysenterie, mais aussi la construction de toilettes est vue comme un moyen pour lutter contre l'ankylostomiase.

Des médecins soutiennent l'idée selon laquelle l'amélioration de la santé publique peut être réalisée par l'approvisionnement en eau potable. Autrement dit, la disponibilité de l'eau potable pour la population doit devenir le programme principal de la politique d'hygiène. La mise en exergue de la question de l'eau dans son rapport avec l'apparition des maladies s'avère être un des sujets principaux d'étude des

---

<sup>167</sup>J. Coté, « Towards an Architecture of Association: H. F. Tillema, Semarang and the discourse on the colonial "slum" », art cit, p. 324.

médecins au début du XXe siècle. Cela est rendu possible par la construction de laboratoires d'analyse. Il faut bien souligner qu'à cette époque l'eau n'est pas seulement analysée en laboratoire, car potentiellement porteuse de bactérie, mais qu'il est question également de développer la distribution de l'eau pour le besoin de la population. Ce travail repose sur l'idée que la propagation des maladies aux Indes-Néerlandaises est fortement influencée par la qualité de l'eau.

Au sein du débat, Tillema est une figure très importante. Il se met à travailler directement sur le terrain, avec son appareil photographique, il réalise un documentaire sur les habitudes des populations indigènes, surtout dans des endroits qui ne sont jamais visités par des Européens. Le travail de terrain de Tillema rend la problématique plus concrète, grâce à la photographie, dotée d'une capacité à convaincre sur ce qui se passe réellement.

Pour son enquête, Tillema s'est promené dans les ruelles d'un *kampong*, il a visité l'arrière des maisons, une partie cachée et souvent invisible, où il a trouvé des eaux stagnantes, avec un réseau d'évacuation des eaux sale et souvent bouché. Il a également trouvé des étangs à poissons à l'arrière des maisons. Il a observé les habitudes des habitants indigènes, surtout leurs rapports avec l'utilisation de l'eau. À partir de son observation sur les eaux stagnantes, il comprend mieux le danger du paludisme.

La question de la circulation des éléments tels que l'eau et l'air, apparue au XIXe siècle, est de nouveau posée, avec un diagnostic plus précis et un programme d'éradication plus systématique. L'eau stagnante étant considérée comme source de paludisme, la réponse doit être la mise en place de programmes pour l'éradiquer. L'étang de poissons doit être comblé, mais aussi il faut remettre en fonction le réseau d'égouts.

Le paludisme attire beaucoup l'attention des hygiénistes du début du XXe siècle, car celui-ci s'attaque souvent à la population. Les tentatives pour freiner sa propagation sont bien traitées dans des publications diverses<sup>168</sup>. Une étude très

---

<sup>168</sup>Pour citer quelques exemples, voir G.W.K. de Jonge, « De malariaverhoudingen te Batavia en hare bestrijding », art cit ; J. F. H. Kohlbrugge, « De bestrijding der Malaria in onze Kolonien », *Indische Gids*, 1908, vol. 2, n° 30, p. 1501-1509 ; J. J. Kunst, « Een woord van protest naar aanleiding van het artikel van Dr. J. H. F. Kohlbrugge: "De bestrijding der malaria in onze Kolonien" », *Indische Gids*, 1909, vol. 1, n° 31, p. 339-342 ; J. C. H. Fischer, *Maatregelen tegen malaria*, Amsterdam, Koloniaal Instituut, 1917, vol.5 ; L. Kirschner, « Over de malaria-enting bij dementia paralytica en de frequentie dezer ziekte in Nederlandsch-Oost-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1923, p. 303-323 ; S. C. Howard, « Malaria control on rubber estates in the F. M. S. » dans A. L. Hoops et J. W. Scharff (eds.), *Far*

approfondie a été réalisé par J. C. H. Fischer dans son ouvrage *Maatregelen tegen malaria* (Des mesures de lutte contre le paludisme), publié en 1917 par Kolonial Instituut te Amsterdam, dans la collection de « Afdeeling Tropische Hygiene » (Division de l'hygiène tropicale).

Fischer avance l'idée selon laquelle le paludisme diminue la résistance physique de la population. L'absence de force de travail est responsable de l'abandon de terres cultivées. Les récoltes sont plus faibles, de sorte que la population s'appauvrit et est exposée plus facilement aux maladies.

En 1907, le nombre de décès causé par le paludisme augmente de plus en plus à Batavia. De Jonge a donc demandé de réaliser une enquête pour identifier les causes principales de l'épidémie et le moyen d'y faire face. À partir de son enquête de terrain, il constate que le paludisme se développe en raison de la présence de rizières autour de Batavia. La rizière exige la présence d'eau stagnante, et c'est donc un endroit idéal pour le développement des larves des anophèles. De Jonge constate en outre que les terres dans des *kampongs* sont humides et sont, pendant la saison des pluies, remplies d'eau stagnante, une autre cause des épidémies. Le drainage de l'eau stagnante sur la surface est impossible s'il n'y a pas de système de drainage en place.

Le rapport de causalité entre la présence de rizières et l'apparition du paludisme n'est cependant pas clairement démontré. Dans son étude, Fischer constate que ce ne sont pas toutes les rizières qui sont des endroits propices au développement du paludisme. Il démontre, dans certains cas, que la présence de rizière n'est pas accompagnée de l'apparition de la maladie. Il n'y a pas d'automatisme. Il ajoute que concernant le paludisme, il ne faut pas se focaliser sur le problème posé par les rizières, mais il faut également regarder d'autres types de risques, tels que celui de l'eau stagnante, celui de l'étang à poissons ou bien celui d'un réseau d'égout qui ne permet pas à l'eau de circuler correctement. Dans certains cas, un chantier de construction peut devenir un endroit propice au développement du paludisme, ce qui a été le cas lors de la construction de la voie ferrée à Sumatra.

---

*Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the fifth biennial congress Singapore, 1923*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1924, p. 30-37; E. W. Walch et C. J. Schuurman, « Zoutwatervischvijvers en Malaria », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1930, p. 209-234; B. K. Zon, « Zoutwatervischvijvers en malaria », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1934, p. 529-540; E. L. Marwits, « De malaria te Priok », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 1026-1030; J. G. Overbeek, « De malaria te Tandjoeng-Priok », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 1474-1478.

Fischer parle également de l'importance de la mise en place d'un système de drainage, aux endroits favorables à la ponte des Anophèles<sup>169</sup>. « De temps en temps, à cause des inondations causées par une rivière ou par le cycle des marées, la région peut être inondée pour une durée plus ou moins longue ; le système défectueux de l'évacuation des eaux de pluie conduit à la création d'étangs et à l'apparition d'eau stagnante ; cette condition en tout état de cause doit être contrôlée<sup>170</sup> », écrit-il. Il ajoute que « lorsqu'apparaît de l'eau sur la surface de la terre qui ne provient pas de la pluie, on parle alors de l'eau d'infiltration. La flaque d'eau qui surgit est un lieu d'incubation favorable (pour les larves)<sup>171</sup> ». Ce médecin raconte également, qu'à Tjihea, au lieu de pénétrer dans la terre, l'eau de pluie est restée à la surface, en formant ainsi des flaques d'eau. C'est la raison pour laquelle, d'après Fischer, « il est très important d'évacuer l'eau de pluie qui reste en surface; ce type de drainage joue un grand rôle dans la lutte contre le paludisme<sup>172</sup> ».

La mise en place de réseaux d'égouts et de systèmes de drainage de la terre qui s'est révélée indispensable afin de créer une ville et un *kampong* sains, n'a pu être réalisé qu'à que grâce à un travail de collaboration entre le Département de la santé publique et le Département des travaux publics. Ce travail collaboratif est décrit dans un ouvrage *Het Rioleeringvraagstuk in Nederlandsch-Indie* (La question de canalisation aux Indes-Néerlandaises) en 1920<sup>173</sup>. Il s'agit d'un rapport sur le mauvais état du système d'égouts, surtout, dans les *kampongs*, mais aussi sur les travaux à y effectuer pour l'améliorer<sup>174</sup>.

Pendant sa visite dans les *kampongs*, Tillema n'est pas seulement alerté par le mauvais état du système d'égout, il a aussi pu observer le problème de l'eau stagnante, source d'insalubrité, et a également constaté la mauvaise habitude

---

<sup>169</sup>J. C. Fischer, *Maatregelen tegen malaria*, op. cit., p. 44.

<sup>170</sup>« Door van tijd tot tijd buiten de oevers treden van de rivieren, door de werking van eb en vloed kunnen geheele landstreken voor korter of langer tijd overstroomd worden ; gebrekkige afvoer van kwel- of regenwater kan aanleiding geven tot het ontstaan van stilstaande waterplassen ; deze omstandigheden moeten in elk geval worden nagegaan », *Ibid.*, p. 44-45.

<sup>171</sup>« Waar water aan de bodemoppervlakte te voorschijn treedt, dat niet van ter plaatse gevallen regens afkomstig is spreekt men van kwelwater. De waterverzamelingen door kwel ontstaande moeten in het algemeen als zee gunstige broedplaatsen worden beschouwd », *Ibid.*, p. 46.

<sup>172</sup>« Het is van zeer veel belang het op de terreinen vallende regenwater goed en snel weg te voeren ; deze soort drooglegging speelt in de malaria-bestrijding een groote rol », *Ibid.*, p. 47.

<sup>173</sup>Departement Der Burgerlijke Openbare Werken, *Het rioleeringsvraagstuk in Nederlandsch-Indie*, s.l., 1920.

<sup>174</sup>*Ibid.*, p. 5-9.

généralisée des habitants indigènes, dangereuse pour la santé : la défécation n'importe où.

Tillema raconte que les habitants ont pour habitude de déféquer dans un trou creusé dans la terre autour de leur habitation. L'endroit où ils accomplissent ce besoin n'est jamais le même. Autrement dit, les trous qu'ils utilisent pour déféquer se trouvent partout, mais toujours derrière leur maison. Ils ont également pris l'habitude de déféquer dans les rivières. Ils créent un cabinet d'aisance très simple au-dessus d'une petite rivière. Dans certains cas, quand on construit une maison sur pilotis, on fait un trou à l'intérieur de la maison, trou qui sert comme de cabinet d'aisance. Dans ce cas, les matières fécales tombent sur le sol et sont ingurgitées ensuite par les cochons et les chiens appartenant au propriétaire de la maison<sup>175</sup>.

Il est très difficile de trouver des toilettes publiques dans les villes des Indes-Néerlandaises. Tillema décrit les habitudes de défécation des habitants indigènes comme « *poep maar raak* », « faire caca n'importe où ». Les adultes, d'après Tillema, ont au moins la pudeur de ne pas le faire dans des endroits ouverts, mais ce n'est pas le cas des enfants. « Quand le petit Ardjo éprouve le besoin de faire caca, il s'accroupit et, étant donné qu'il n'y a pas de canal avec de l'eau courante à côté, dans n'importe quel lieu qu'il trouve en pleine innocence et ignorance, il fait caca, sans que sa mère ou son père lui indique si cela est juste ou pas<sup>176</sup> », écrit-il.

Cette habitude est cependant très dangereuse pour la santé. Dans son étude sur le choléra à Batavia pendant les années 1915 et 1916, Romer constate que la maladie se propage dans les *kampongs* qui longent la rivière Tjiliwoeng. L'eau de cette rivière est utilisée par les habitants pour leur consommation, pour prendre la douche, pour déféquer, et aussi pour boire. C'est la raison pour laquelle, ce dont les habitants du *kampong* de Batavia ont besoin c'est un « approvisionnement en eau propre pour boire et se baigner, et la construction de vrais cabinets d'aisance<sup>177</sup> ».

---

<sup>175</sup>Tillema a effectué une enquête afin de savoir les conditions générales des pratiques de défécation des indigènes des Indes-Néerlandaises. Pour cela, il a distribué aux autorités locales un questionnaire pour connaître les pratiques de défécation dans différents endroits. Il n'a pas toujours reçu de réponse, mais, du moins, il arrive à faire un rapport sur cette question dans les Indes-Néerlandaises. Voir H. F. Tillema, « *Kromoblanda* » : over « *t vraagstuk van "het wonen" in Kromo* » s *groote land*, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1916, vol. 6/2, p. 134-163.

<sup>176</sup>« *Als Ardjo Jr. voelt, dat hij een 'groote' moet doen, dan hurkt hij, als er geen goot met water in de nabijheid is, neer op de plaats waar hij zich bevindt en in volkomen onschuld en onwetendheid gaat hij 'boewang aër', niet door een moeder of een vader terecht geweest* », *Ibid.*, p. 132-133.

<sup>177</sup>« *Het verschaffen van zuiver drink- en badwater aan de bevolking, en het verschaffen van goede privaten, maar bovendien behoort de overheid niet voor te gaan door zelf openbare privaten te bouwen*

Le rapport entre l'eau de rivière et l'apparition du choléra est dû à la nature de la maladie. P. C. Flu constate que « les malades (du choléra) défèquent et vomissent souvent. Ils commencent parfois par la défécation suivie de vomissements ou bien à l'inverse, commencent par les vomissements suivis de défécation<sup>178</sup> ». Au cours de ce processus, le bacille de choléra qui se trouve dans les excréments des malades ou dans leurs vomis tombe sur la terre. Si la terre n'est pas exposée au soleil, le bacille se développe rapidement. Les enfants qui jouent souvent sur le sol contractent facilement la maladie. Dans le cas où on défèque dans les rivières, l'utilisation de l'eau devient très dangereuse<sup>179</sup>. Ce dernier cas explique l'apparition de l'épidémie de choléra tout au long de la rivière de Tjiliwoeng.

La solution qui permettrait d'empêcher la propagation du choléra est de ne pas laisser les habitants indigènes déféquer n'importe où. Ils doivent s'habituer à déféquer dans les lieux appropriés. Les habitants des villages, d'après Flu, n'avaient pas ce type de problème, du fait qu'ils avaient encore de vastes étendues de terre autour de leur maison, ils faisaient donc leurs besoins loin de leur habitation. Dans le cas du *kampong urbain*, cela est plus difficile, en raison de la concentration des habitations et l'étroitesse des lieux, il n'y a plus d'endroits libres. C'est la raison pour laquelle, pour le *kampong*, il faut construire des latrines, avec un réseau d'égouts conduisant les matières fécales à la rivière. Cette dernière doit cependant avoir un courant puissant, car si ce n'est pas le cas, cela risque de provoquer beaucoup de gênes pour la population, à cause des odeurs et pour des raisons sanitaires<sup>180</sup>.

Etant donné qu'il y a beaucoup de maladies provoquées par les matières fécales, la construction de latrines est une nécessité. Selon Flu, les latrines ne doivent pas se situer loin des habitations ; l'endroit doit être très aéré; d'une dimension minimum de 2 mètres carrés et une hauteur de 3 à 4 mètres au-dessus du sol. À l'intérieur, les toilettes doivent être toujours équipées d'une serviette, d'une petite brosse et d'un savon. Certaines personnes utilisent du papier de toilette pour se nettoyer, donc il faut également un type de papier adapté, car on ne peut pas utiliser

---

*boven de rivier, of meer in het verborgen de huisprivaten door riolen of zelfs door open goten naar de rivier of slokkans af te voeren, hetgeen op verschillende plaatsen nog het geval is, terwijl het stroomende water tevens de badplaats voor de bevolking is* », L. S. A. M. von Romer, « Over de cholera te Batavia in 1915 en 1916 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1917, p. 308.

<sup>178</sup>P.C. Flu, *Keséhatan didalam kampoeng*, op. cit., p. 47.

<sup>179</sup>*Ibid.*, p. 50.

<sup>180</sup>*Ibid.*, p. 111.



n'importe quel papier. Cependant, Flu constate, « dans ce pays on est habitué à se nettoyer avec de l'eau. C'est vrai que par ce moyen on peut mieux se nettoyer, mais il y a aussi un danger. On touche les excréments avec les mains, de sorte qu'ils s'agglutinent dans les ongles, au point qu'il est difficile de s'en débarrasser. C'est pour cette raison, qu'après s'est nettoyé, on doit vraiment se laver les ongles en utilisant le savon et la brosse<sup>181</sup> ». Flu entend mettre ainsi en avant les dangers provoqués par cette habitude. Comme il y a beaucoup de domestiques indigènes travaillant dans les maisons des Européens, et qu'ils s'occupent souvent de la préparation de repas, le danger est d'autant plus évident.

Les toilettes sont un équipement nouveau du début du XXe siècle. La construction de toilettes anglaises n'est pas bien acceptée, car les Indigènes ont l'habitude de s'accroupir<sup>182</sup>. La construction de toilettes doit donc être adaptée à leurs habitudes.

Hydrick constate qu'en général la nécessité de cabinet de toilette n'est pas bien comprise en milieu rural dans les années trente. À partir de son expérience, sa première tâche est de convaincre les habitants de leur importance pour lutter contre les maladies. Après avoir réussi à convaincre, il commence à réfléchir à la manière de construire des toilettes dans les maisons rurales des Indigènes qui ne prêtent aucune attention à la qualité de construction de leur maison.

C'est la raison pour laquelle « *in the beginning of the work in an area the latrine consists of a simple deep hole in the ground covered with a strong bamboo frame which is in turn covered with a bamboo mat to shut out the light. The small hole in the center is kept closed by a piece of wood or woven bamboo which serves as a cover. This type costs the village man nothing*<sup>183</sup> », écrit Hydrick. En ce qui concerne l'entretien de cette construction, les habitants des zones rurales sont convaincus que cela est aussi important que l'entretien de leur maison.

---

<sup>181</sup>« *Dinegeri ini orang biasa membersihkan dirinja dengan air, mentjébok namanja. Benar ta' dapat disangkal, bahwa dengan djalan itoelah kita dapat mebersihkan diri kita dengan sebersih-bersihnja, tetapi adalah poela bahaja-bahaja jang bersangkoetan dengan itoe. Kita mengenai tahi kita dengan djari dan tangan, tentoelah boléh djadi tahi ada tersangkoet dibawah koekoe atau dibawah koelit koekoe, dan soesahlah mengeloerakan kotoran itoe. Oléh karena itoe sesoedahnja mentébok itoe haroeslah djari apalagi kokoe, haroes dibersihkan dengan sebersih-bersihnja dengan saboen, air dan sikat koekoe* », *Ibid.*, p. 112-113.

<sup>182</sup>*Ibid.*, p. 114.

<sup>183</sup>J. L. Hydrick, *Intensive rural hygiene work and public health education of the Public health service of Netherlands India*, Batavia-Centrum, Java, Netherlands India, Public Health Service of Netherlands Indie, 1937, p. 53.

La construction gratuite de latrines pour les habitants ruraux est efficace. Ils commencent à s'habituer à les utiliser, mais aussi à prendre conscience de l'importance de l'hygiène. Ce résultat est bien obtenu avec le travail de terrain d'Hydrick, mais ce n'est pas le cas partout aux Indes-Néerlandaises.

### **III – LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SOCIAUX**

En dehors de l'aménagement de la ville, la question de l'eau et des toilettes, la pensée hygiéniste s'intéresse également aux mœurs de la population. La santé mentale et morale de la population doit être protégée afin de préserver la santé du corps. L'intérêt est aussi de présenter un visage radieux de la civilisation, en rapport avec la construction d'une société saine. Les questions de la prostitution, de l'abus d'alcool et de l'homosexualité sont donc très discutées, car ces trois éléments constituent le mal absolu de la société.

Depuis le XIXe siècle, la prostitution est considérée comme un problème sérieux aux Indes-Néerlandaises. Les médecins et les administrateurs coloniaux ont travaillé ensemble pour tenter de régler cette question. Ils sont conscients du danger que cela puisse engendrer : l'immoralité et les maladies vénériennes. Le premier danger est plutôt une préoccupation des autorités coloniales, alors que le second est celui des médecins. Ces derniers connaissent bien les dangers provoqués par la propagation des maladies vénériennes, notamment la syphilis. Sur la demande de médecins, le gouvernement colonial a donc promulgué une réglementation sur la prostitution qui oblige les prostituées à être enregistrées et à rester dans les maisons closes identifiées par les autorités.

J. F. H. Kohlbrugge, un médecin qui s'intéresse à la question sociale aux Indes-Néerlandaises, discute ce sujet lors d'une réunion de l'*Indische genootschap*. Le 19 février 1901, il décrit comment la prostitution se pratique dans ce pays. Il l'a définie comme une pratique condamnable : « tous les rapports sexuels en dehors du mariage, pratiques que je considère donc comme quelque chose d'indésirable, et d'anormal sont du domaine de la prostitution, mais je dois me hâter d'ajouter et de reconnaître que la société est déjà loin de la normalité et (des mœurs) désirés, et que ces actes

contre nature sont malheureusement déjà regardés comme naturels<sup>184</sup> ». Ainsi, tous les rapports sexuels en dehors du mariage sont considérés comme de la prostitution. À partir de cette définition, il divise la prostitution en deux : premièrement, la prostitution professionnelle, telle qu'on la connaît en Europe et, deuxièmement, la prostitution libre. Cette dernière fait référence à la femme indigène vivant avec un homme européen sans être mariée.

Le discours de Kohlbrugge ressemble plus à celui d'un sociologue qu'à celui d'un médecin. À part son commentaire sur la nécessité d'avoir une vie sexuelle (selon lui, l'absence de vie sexuelle serait dangereuse), son travail est essentiellement un travail de classification concernant les différentes pratiques de prostitution existantes aux Indes-Néerlandaises. En outre, il ne regarde pas cela comme une question de santé publique, mais plutôt comme une question de moralité. Son discours est un symptôme annonçant la venue d'une nouvelle époque pour la prostitution.

Un mois après les déclarations de Kohlbrugge, J. Haga, Chef du service de santé militaire, prononce un discours sur le même sujet dans une réunion de la Société des Médecins pour l'avancement des sciences médicales, le 28 mars 1901. Haga parle de « *Schaduwzijden van het reglement op de prostitutie in Ned. Indie* », l'aspect négatif des règlements sur la prostitution aux Indes-Néerlandaises<sup>185</sup>. Comme le montre ce titre, Haga s'intéresse à la mise en pratique des lois sur la prostitution promulguées en 1852. Ces lois avaient pour but de combattre les maladies vénériennes, mais à partir des recherches sur le terrain de Haga, la propagation de maladies ne ralentit jamais malgré les cinquante années de lutte contre la prostitution. Une des raisons principales réside sans doute dans le fait qu'il y a énormément de prostituées non enregistrées et qu'il y a aussi moins de médecins qui s'occupent de cette question.

Certes, le discours de Haga touche la question de la santé publique, étant donné qu'il y parle du combat contre les maladies vénériennes. Avec les critiques émises, il évalue les résultats de l'application de la loi. Kohlbrugge semble partager son opinion. Dans un article publié en 1903, alors qu'il raconte son expérience en tant que médecin aux Indes-Néerlandaises, il fait part de ses préoccupations par

---

<sup>184</sup>Indisch Genootschap, *Indisch genootschap : vergadering van 19 Februari 1901 : prostitutie in Nederlandsch Indie*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1901, p. 18.

<sup>185</sup>J. Haga, « De Schaduwzijden van het reglement op de prostitutie in Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1901, n° 41, p. 531-538.

rapport à la prostitution<sup>186</sup>. Par son travail quotidien, il a été continuellement au contact des prostituées, et est devenu « un médecin pour prostituées ». Les deux hommes se sont rendus compte que la réglementation de la prostitution ne fournit qu'une pseudo sécurité, à cause du manque de surveillance. Les maisons closes qui prétendent donner des assurances en terme de santé deviennent des lieux dangereux pour la propagation des maladies vénériennes.

Le rapport de la Commission de réorganisation du service de la santé mentionne également la question de la prostitution. Selon cette commission, les dépenses de l'État pour la mise en place de la réglementation sont plus élevées que le fruit qu'on pensait en tirer. La réglementation est donc considérée comme inefficace, et l'abrogation de cette loi semble nécessaire. Certes, il y a aussi le côté moral qui est utilisé pour critiquer cette réglementation ; la mise en place de la loi donne l'impression d'approuver officieusement des pratiques immorales. Mais on met en avant que le but officiel – qui est d'arrêter la propagation des maladies vénériennes – n'a pas été atteint. Pour appuyer son argumentation, la Commission fait une comparaison avec les pays européens qui ont déjà abrogé une loi similaire. L'abrogation de la loi a permis de ralentir la propagation des maladies vénériennes<sup>187</sup>.

La mise en place de la loi était également critiquée par Ruitenbach. Dans un article publié en 1908, il constate que la loi ne fait que stimuler la propagation des maladies vénériennes. L'abrogation de la loi se révèle donc indispensable<sup>188</sup>. C'est ainsi qu'en 1911 la loi sur la prostitution est abrogée et, à partir de cette date, cette pratique est officiellement totalement interdite aux Indes-Néerlandaises.

Néanmoins, l'abrogation de la loi ne veut pas dire que le débat sur la question est clos et que les médecins ont cessé d'en parler. Au contraire, à cause de l'augmentation de la propagation des maladies, le débat s'intensifie. De nombreux articles sont publiés sur le danger des maladies vénériennes, ainsi que sur les mesures prophylactiques à prendre. La revue *GTNI* est toujours un lieu de d'échanges, et est accompagnée par des publications de format populaire.

---

<sup>186</sup>J. F. H. Kohlbrugge, « Ervaringen van een Indisch geneesheer », *Vragen des Tijds*, 1903, vol. 2, n° 29, p. 309-346.

<sup>187</sup>J. Bijker, *Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15)*, Batavia, Landsdrukkerij, 1908, p. 101-107.

<sup>188</sup>D. J. (Ducimus) Ruitenbach, « De reglementeering van de prostitutie in Indie », *Indische Gids*, 1908, vol. 1, n° 30, p. 33-47.

J. C. Hollander écrit par exemple en 1915, en collaboration avec J. Lameijn, un livre intitulé *Bahaya jang mengantjam pada laki-laki dan perempoean* (le danger qui menace les hommes et les femmes). Cet ouvrage donne des explications sur des maladies graves : les maladies vénériennes. Écrit par un instituteur, son ouvrage est didactique et est destiné à donner un avertissement sur « un grand danger qui menace la santé des gens. Il ne s'agit pas seulement de la santé d'un seul individu, mais aussi la santé de sa femme et de ses enfants ». L'auteur de cet ouvrage a senti qu'il devait écrire car, « par cette destruction de la santé, leurs joies de vivre vont disparaître<sup>189</sup> ».

Son initiative a été encouragée par le fait qu'il se trouve peu de livrets fournissant des renseignements sur la nature et le danger des maladies vénériennes. Certes, la plupart des habitants les connaissent déjà, comme ils le montrent dans leurs conversations quotidiennes. Cependant, « les indigènes les regardent comme des maladies bénignes, et en parlent en rigolant<sup>190</sup> ». En outre, les gens ont des informations erronées sur ces maladies. On dit également, parmi d'autres idées fausses, que pour se faire soigner de ces maladies, on doit avoir un rapport sexuel avec une femme vierge<sup>191</sup>. D'ailleurs, il est important de diffuser des informations exactes sur ces maladies parce que leur propagation est une menace pour l'avenir d'une nation. « Et nous savons que lorsque cette sale maladie se propage largement dans la vie des indigènes, elle est une cause de la *régression* ou de la *décadence* d'une nation<sup>192</sup> ». (la mise en italique est dans le texte original)

Le docteur Soetomo, un médecin indigène qui est aussi un des chefs du mouvement nationaliste indonésien, s'est rendu compte du danger engendré par la transmission des maladies vénériennes, comme il le montre dans son ouvrage *Sesalan Kawin, Roesak Keloearga dans Doenia* (un mariage désolant, ruinant la famille et la vie), publié en 1928<sup>193</sup>. Dans cet ouvrage Soetomo constate que la maladie, au départ, attaque et détruit l'individu. L'individu atteint de maladie vénérienne la transmettra ensuite à sa femme et ses enfants lorsqu'il se mariera, la destruction ne sera plus

---

<sup>189</sup>J. C. Hollander et J. Lameijn, *Bahaya jang mengantjam pada laki2 dan perampoean*, traduit par Abdul Moeis, Bandoeng, Vorkink, 1923, p. 3.

<sup>190</sup>*Ibid.*, p. 4.

<sup>191</sup>*Ibid.*, p. 6.

<sup>192</sup>*Ibid.*, p. 8.

<sup>193</sup>R. Soetomo, *Sesalan kawin, roesak keloearga dan sengsara doenia*, Weltevreden, Balai Poestaka, 1928.

qu'individuelle, mais deviendra familiale. Dans une perspective plus vaste, cette destruction aboutit à la fin de la société dans son ensemble. C'est à ce moment-là, dans le regard de Soetome, que la maladie vénérienne menace l'avenir d'une nation. Le fait que l'Indonésie entre dans une période de développement du mouvement nationaliste, la ruine de l'individu aggrave le problème, car il attaque également les intérêts de ce mouvement. La publication de cet ouvrage didactique en 1928 prend ainsi toute son importance.

Soetomo constate que la source de la transmission se trouve dans la prostitution. Pour préserver l'avenir des jeunes générations, cette pratique doit être éliminée. Il arrive souvent que le mari touché par la syphilis après avoir visité une prostituée, transmette cette maladie à sa femme. Les enfants nés de ce mariage seront très faibles et fragiles, et ils seront plus facilement exposés aux maladies. C'est là, ce qu'on appelle le risque de dégénération. Ce risque est représenté dans une pièce de théâtre de Kwee Tek Hoay : *Mait idoeop* (la morte vivante)<sup>194</sup>. La pièce raconte la vie « d'un homme fragile et maladif qui est toujours sous traitement depuis sa naissance, au point qu'il ne peut pas étudier, qu'il ne peut rien faire, mais il a toujours le rêve et le désir de se rendre utile pour la société<sup>195</sup>. Cette histoire, selon Kwee, a été bien appréciée par les médecins et les officiers de santé publique, car elle s'intéresse aux problèmes de santé publique et à l'avenir des générations futures.

À part la prostitution, la propagation des maladies vénériennes était également liée à la pratique de l'homosexualité. R. D. G. Ph. Simons constate que 40% des homosexuels aux Indes-Néerlandaises sont touchés par les maladies vénériennes. Si, par homosexuel, on compte aussi ceux qu'on appelle le « pseudo-homosexuel » et le bisexuel, le chiffre de contamination atteint 63%. Simons explique que la transmission a lieu lors du rapport sexuel avec le sexe opposé, car il y avait une croyance que ce type de rapport sexuel peut guérir les homosexuels de leur maladie. Simons écrit : « le rapport sexuel avec le sexe opposé est accompli dans l'espoir de guérir de son homosexualité ou pour apprendre la pratique de l'hétérosexualité. Toutes les recherches montrent que l'homosexualité en question s'est manifesté avant que l'individu soit porteur de la maladie vénérienne ou avant qu'il ait une première expérience hétérosexuelle. L'explication en est celle-ci : 'Je me sens différent

---

<sup>194</sup>Tek Hoay Kwee, *Mait idoeop : tooneelstuk dalem anem bagian*, Batavia, Moestika, 1931.

<sup>195</sup>*Ibid.*, p. II-III.

de mes amis mais je pense que je pourrais leur ressembler si j'avais une expérience avec une fille'. Malgré plusieurs tentatives, leurs attentes sont déçues, mais leur état de santé se sera aggravé (la maladie vénérienne, l'impotence et l'aversion)<sup>196</sup> ». Dans sa conclusion, Simons écrit cependant que l'homosexualité peut aussi être à l'origine des maladies vénériennes, mais que le vrai danger provient de la prostitution<sup>197</sup>.

En ce qui concerne la lutte contre les maladies vénériennes, la répression du désir est un discours de moralité. Au début du XXe siècle, ce discours, identique à celui des médecins, constitue une symbiose entre la question morale et médicale. L'homosexualité est également vue de la même façon, son existence doit être éliminée de l'espace public des Indes-Néerlandaises<sup>198</sup>.

Tout comme la prostitution et l'homosexualité, la question de l'alcool est un sujet qui a attiré l'attention des médecins aux Indes-Néerlandaises depuis le XIXe siècle. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent (voir la première partie, chapitre 1), les médecins sous les tropiques sont intéressés par cette question à cause de ses conséquences. Des témoignages de médecins ont souligné que l'habitude de boire de l'alcool doit être abandonnée, car sous les tropiques cela augmente la température du corps et a donc des conséquences dangereuses pour la santé.

Dans un manuel sur la santé écrit pour les Européens ayant l'intention de partir pour les Indes-Néerlandaises, Dozy mentionne clairement que les boissons alcooliques ne sont pas bonnes à consommer et que les discours affirmant le contraire sont complètement faux. D'après lui « nos plus grandes autorités médicales dans les Indes-Néerlandaises ont condamné cet abus dans les termes les plus forts, et pourtant rien n'est plus commun que de noter que le climat stimule l'utilisation d'une telle boisson. L'alcool chauffe la température (corporelle) et provoque la congestion

---

<sup>196</sup>« *Het heterosexuele contact vond plaats in de hoop de homosexualiteit af, of de heterosexualiteit aan te leeren. Alle onderzochten verklaarden hun homosexualiteit wel bewust te zijn geweest, voordat zij een geslachtsziekte hadden verworven of voordat zij heterosexueel contact hadden gehad. De verklaringen kwamen doorgaans hierop neer: 'Ik voelde, dat anders was dan mijn vrienden en ik dacht, dat ik kon worden als zij, door met een vrouw om te gaan'. Niettegenstaande de poging meermalen werd herhaald, kwamen deze mensen in hun verwachtingen bedrogen uit (geslachtsziekte, impotentie, aversie)* », R. D. G. Ph. Simons, « Homosexualiteit en geslachtsziekten », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1940, p. 2482.

<sup>197</sup>Ibid., p. 2485.

<sup>198</sup>L'étude sur l'homosexualité à cette époque a déjà été étudiée par plusieurs chercheurs. L'analyse se focalise souvent sur la question morale dans son rapport avec la civilisation, sans être mis en rapport avec les discours de santé publique.

des organes internes<sup>199</sup> ». Ce qui paraît courant dans un pays tempéré a un effet très différent sous les tropiques. La consommation d'alcool est dangereuse, car elle diminue l'appétit, affaiblit le corps, donne mal à la tête et à de nombreux autres effets négatifs. « Ceci est une cause majeure de mauvaise digestion, surtout si on mélange le champagne avec la bière<sup>200</sup> », écrit-il.

C. L. van den Burg mentionne également dans un ouvrage célèbre que la consommation de l'alcool est en général mauvaise pour la santé et suggère de consommer plus de boissons fraîches. « Sous le climat chaud, son effet sur le corps est encore plus que sous les climats plus froids, et nous devons donc faire l'importation de grande quantité de glace, car cela, comme nous l'avons déjà vu, permet de diminuer la consommation de boissons spiritueuses<sup>201</sup> ». Cette idée est reprise dans son ouvrage sur les questions de l'alimentation, publié en 1904. Dans le chapitre sur les boissons alcooliques, Van den Burg constate que « la polémique sur les bienfaits et les inconvénients de la consommation de boissons alcooliques n'est pas encore entièrement terminée, mais la conviction que l'abus d'alcool est très dangereux est très commune<sup>202</sup> ». Van den Burg a donc changé d'opinion à l'égard de l'alcool dont il ne condamne pas complètement la consommation. Ce changement est dû au fait qu'il pense que la consommation d'alcool est utile dans la vie sociale ; elle conduit à une certaine joie de vivre, « voire, pour réveiller et stimuler une ambiance conviviale, considérée comme indispensable ». Il admet cependant que sa consommation a un effet négatif sur la santé, surtout lorsque l'alcool n'est pas consommé avec modération. Le problème soulevé ensuite est de savoir à quel niveau déterminer la limite à ne pas dépasser. Ne pas modérer sa consommation d'alcool est très mauvais, car « son abus (de l'alcool) est ici (sous les tropiques) beaucoup plus dangereux qu'en

---

<sup>199</sup>« Onze beste Indische geneeskundige autoriteiten hebben in de sterkste bewoordingen dit misbruik afgekeurd, en toch is niets meer algemeen dan de opmerking, dat het klimaat het gebruik van een goeden borrel vordert. Het klimaat vordert zoo iets niet. Alcohol verhit het gestel en veroorzaakt congestie naar inwendige organen », J. P. Dozy, *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, Amsterdam, De Bussy, 1881, vol. 1/, p. 35.

<sup>200</sup>Ibid., p. 41.

<sup>201</sup>« In het heet klimaat, waarvan wij den invloed op het organisme later zullen beschouwen, is dat nog meer het geval dan in koelere streken en wij mogen daarom den invoer van grootere hoeveelheden ijs een geluk achten, daar die van zelf, zoals wij reeds reeds zagen, aanleiding heeft gegeven tot een minder verbruik van sterke dranken », C. L. van der Burg, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, Batavia, Ernst and Co, 1884, vol. 3/1, p. 224-225.

<sup>202</sup>« De strijd over het nut en het nadeel van het gebruik van alcoholische dranken is nog niet geëindigd, al is de overtuiging van het groote nadeel van misbruik algemeen », C. L. van der Burg, *De Voeding in Nederlandsch-Indie*, Amsterdam, J. H. de Bussy, 1904, p. 391.



Europe, parce que l'alcool ajoute un effet négatif sur le paludisme chronique et le bérubéri, alors que tant de gens souffrent de ces maladies, sans compter qu'il s'y ajoute certains symptômes désagréables<sup>203</sup> ».

Le débat sur la question de l'alcool aux Indes-Néerlandaises au XIXe siècle et au début du XXe siècle ne porte pas la question de la dégénérescence comme cela s'est produit en Europe, où des médecins se sont posés la question sur le caractère génétique de l'alcoolisme. On pense alors que l'alcool contient élément qui pouvant être transmis aux enfants par leurs parents.

Les médecins hollandais ne font pas exception, ils partagent la même opinion que d'autres médecins européens. Dans un manuel de santé publique, Ali Cohen constate que la consommation de genièvre est une des causes des malheurs de la population néerlandaise. Nicolaas Donkersloot, un psychiatre et éditeur de *Geneeskundig courant*, constate que la consommation de liqueur n'est pas seulement une question de santé physique, mais aussi psychique, au point que cela peut être considéré comme un problème social qui menace la vie économique de la société et détruit la cohésion de la nation<sup>204</sup>.

Aux Pays-Bas, et en Europe en général, au XIXe siècle, la question de l'alcool est partie intégrante des problèmes de santé publique. Le débat concerne les moyens d'information sur les menaces que l'alcool fait peser sur la santé, et les moyens nécessaires pour diminuer sa consommation. La situation est différente aux Indes-Néerlandaises qui voit l'alcool comme une question d'hygiène personnelle.

Toutefois, il en est autrement dans le milieu militaire qui est peut-être une exception. L'insistance sur les dangers de l'alcoolisme est largement présente chez les militaires. Le travail de J. G. Wanrooy, *Het Drankmisbruik in ons Indische Leger*<sup>205</sup>, en est un exemple. Ce livre a été publié par une commission créée pour combattre l'abus de consommation d'alcool par les soldats. Son auteur, Wanrooy, n'est pas médecin, mais il développe ses arguments sur le danger de boissons alcoolisées, d'un point de vue à la fois médical et moral.

---

<sup>203</sup>Ibid., p. 393.

<sup>204</sup>Stephen Snelders, Frans J. Meijman et Toine Pieters, « Heredity and Alcoholism in the Medical Sphere: The Netherlands, 1850–1900 », *Medical history*, 2007, vol. 51, n° 02, p. 228.

<sup>205</sup>J. G. Wanrooy, *Het drankmisbruik in ons Indisch leger : één en ander over den omvang, de oorzaken en de gevolgen van dit kwaad, en wat tot verbetering zou kunnen gedaan worden*, Amsterdam, Commissie van Onderzoek, benoemd door verschillende vereenigingen voor drankbestrijding met het oog op de toestanden in ons Indisch Leger, 1899, 62 p.

Sur la question morale, Wanrooy écrit, par exemple, que « l'alcool est l'un des plus grands ennemis de l'humanité, car il obscurcit l'esprit, tue le contrôle de soi et rend la conscience muette<sup>206</sup> ». En ce qui concerne les dangers qu'il représente pour la santé, il écrit que : « ... dans l'esprit de conserver à son armée une existence aussi saine que possible et pour permettre aux militaires de résister aux difficultés qui les attendent sous les tropiques, on fait attention dès le premier jour, lorsqu'ils embarquent sur les navires, de ne leur accorder qu'une certaine quantité d'alcool à consommer pendant le voyage<sup>207</sup> ».

Ruitenbach a également publié un article en 1902 sur le danger de l'abus de l'alcool, *Drankbestrijding in het Indische Leger*<sup>208</sup>. Il s'agit d'un article qui s'intéresse à la question prophylactique, sans parler de la question de la santé publique, mais il en parle plutôt du point de vue moral. Son étude est destinée spécifiquement aux militaires. Il écrit par exemple qu'« à l'arrivée aux Indes-Néerlandaises ils (les soldats) n'ont pas un moral plus bas que leurs camarades restés aux Pays-Bas, mais que, par contre, ils rentrent déprimés en métropole. Nos sous-officiers, ainsi que nos soldats dépérissent pendant leur service, physiquement et moralement, mais surtout moralement. Il est difficile de l'admettre, mais le devoir est de ne pas le cacher. Les mesures gouvernementales doivent être prises pour empêcher cet état<sup>209</sup> ».

Ruitenbach parle donc de la détérioration des facultés physiques et morales causée par l'abus de l'alcool. Pour lui, le moyen le plus efficace pour la combattre est la mise en place d'une réglementation sur la consommation d'alcool. Comme dans le cas de la prostitution, la réglementation sur l'alcool est réservée aux milieux militaires, elle ne concerne pas la population en général, étant donné qu'à l'époque le service de santé est encore sous la direction du Département militaire.

La question de l'alcool est abordée dans son rapport avec la santé publique à la fin de la première décennie du XXe siècle. Elle se retrouve dans la publication d'un article de Hulshoff Pol, « Opium en Alcohol als Oorzaken van Krankzinnigheid », en 1910 dans la revue *Indische Gids*. Hulshoff Pol est un médecin travaillant à l'hôpital

---

<sup>206</sup>Ibid., p. 7.

<sup>207</sup>Ibid., p. 8-9.

<sup>208</sup>D.J. (Ducimus) Ruitenbach, « Drankbestrijding in het Indische Leger », *Indische Gids*, 1901, vol. 2, n° 23, p. 817-836, 933-949.

<sup>209</sup>« Bij aankomst in Indië staan zij zedelijk niet lager dan hunne kameraden in Nederland, maar bij het repatriëren is dit wel het. Onze onderofficier zoowel als onze soldaat degeneert gedurende zijn dienstdtijd, fysiek en moreel, maar moreel het meest. Hard valt het dit te bekennen, maar plicht is het dit niet te verzwijgen. Door de regeering moeten maatregelen worden genomen om dat te verhoeden », *Ibid.*, p. 949.

pour les malades mentaux à Malang. Son article étudie les rapports entre l'alcool, l'opium et l'apparition de la folie.

Étant médecin dans un asile d'aliénés, Pol a la possibilité de d'étudier le lien entre l'opium et l'alcool comme causes de la folie. Il admet l'influence des études européennes dans son travail. À partir de son étude, il a démontré que la consommation d'alcool et d'opium, en plus de détruire la santé corporelle, entraîne également un risque de comportements criminels, comme par exemple le vol et l'assassinat. Il a également constaté que, dans certains cas, les malades de l'asile d'aliénés, sont devenus fous et ont donc été internés à cause de leur consommation d'alcool. Pol reconnaît cependant que la consommation d'alcool aux Indes-Néerlandaises, surtout dans la partie ouest de l'archipel, n'est pas encore très fréquente. Quant à l'opium, cet auteur affirme qu'il ne provoque que très rarement la folie<sup>210</sup>.

La question de l'alcool a été également un sujet abordé lors de la réunion de l'*Indisch Genootschap*. Durant la session du 16 janvier 1912, A. H. J. G. Walbeehm fait un exposé sur « Een drankverbod voor Nederlandsch-Indië », où il aborde le problème de la consommation d'alcool chez les Indigènes. Il constate que la consommation de ce type de boisson s'accroît dans l'île de Java. A Java-ouest, la consommation est liée à des événements spéciaux comme les fêtes, mais est aussi utilisé dans le domaine médical. Il constate cependant qu'à Java-est et Java-centre l'abus d'alcool existe et, bien que la consommation soit inférieure à celle des autres parties de l'île, celle-ci commence à être dangereuse pour la santé des habitants de ces régions. Cela est sans doute dû, d'une part, à l'influence de l'Islam qui est très forte dans cette île et, de l'autre, au fait que l'influence des Européens y est moins importante. L'augmentation de la consommation est aussi perceptible grâce à l'accroissement de la production d'alcool, ce qui représente une menace car les habitants de Java n'ont pas l'habitude de boire et qu'ils risquent d'autant plus. Dans

---

<sup>210</sup>Pol écrit: « 1. Alcohol verwoest bij overmatig gebruik het lichaam; vermeerderd de criminaliteit van diefstal tot moord toe; verwekt een hereditaire zwaar belast nageslacht, en is bij 15 tot 40 pCt. der krankzinnigheid de oorzaak der ontstane zielsziekte; 2. Opium put bij vermatig gebruik het lichaam langzaam maar zeker uit, vermeerderd de criminaliteit, doch in hoofdzaak slechts van diefstal, heeft echter geen invloed op het nageslacht, en voert slechts bij zeer hooge uitzondering tot krankzinnigheid », D. J. Hulshoff Pol, « Opium en Alcohol als oorzaken van krankzinnigheid », *Indische Gids*, 1910, vol. 2, n° 32, p. 1461-1462.

des îles hors Java, la consommation d'alcool est beaucoup plus courante, du fait que l'influence de la doctrine islamique y est moins forte<sup>211</sup>.

La propagande sur les dangers de l'alcool et de l'opium s'est renforcée par la publication d'ouvrages en langue locale destinés à atteindre un public plus vaste. La première publication est : *Obat pemboenoh madat*, écrit par deux instituteurs indigènes, Mas Joedadibrata et Mas Joedokoesoemo, en 1918. Cette publication est destinée à avertir du danger social qui menace : la consommation de l'opium. Il s'agit d'une menace sociale et économique. Les deux auteurs affirment que consommer de l'opium est une maladie. Une fois qu'on la consomme, « toutes les parties du corps touchées par l'opium sont détruites. La circulation du sang est ralentie, les lèvres deviennent noires, les yeux sont gonflés, les joues sont molles, les poumons noircissent et se couvrent de pus<sup>212</sup> ». En outre, « les gens dépendants (de l'opium), ne ressentent pas la faim et dorment moins longtemps, alors que ces deux choses sont très importantes dans la vie. Nous pouvons dire que ces gens dorment quand ils se réveillent et se réveillent quand ils dorment<sup>213</sup> ». Dans ces conditions, le progrès d'une nation est un rêve utopique, car loin de penser au développement de la société, le drogué n'arrive même pas à s'occuper de lui-même. C'est la raison pour laquelle l'opium est considéré comme un obstacle pour le progrès de la société.

L'opium est également une menace pour la vie sociale et économique. En effet, ceux qui sont dépendants peuvent faire n'importe quoi pour obtenir leur dose quotidienne d'opium. S'ils sont riches, ils peuvent facilement dépenser pour l'acquérir, mais s'ils sont pauvres, ils tombent dans la criminalité et dans le vol. En outre, ceux qui sont dépendants, ne peuvent plus travailler ; ils restent chez eux sans rien faire, car leur corps n'a plus aucune force pour aller au travail. C'est là que l'opium est considéré comme une menace pour l'économie.

La deuxième publication est un livre de J. Kats sur le danger de la consommation d'alcool, publié en 1920. Comme celui sur l'opium, ce livre est destiné à avertir un vaste public. Mais c'est aux instituteurs que ce livre est principalement destiné, pour qu'ils puissent partager leurs connaissances à leurs élèves. Dans ce livre, J. Kats fournit une description détaillant les effets produit sur le corps par la

---

<sup>211</sup>Indisch Genootschap, *Indisch genootschap : vergadering van 16 Januari 1912 : Een drankverbod voor Nederlandsch-Indie*, 's-Gravenhage, Nijhoff, 1912, p. 120.

<sup>212</sup>Joedadibrata Mas, *Obat pemboenoh madat*, Betawi, Visser, 1918, p. 2.

<sup>213</sup>Ibid., p. 3.

consommation d'alcool : « la sensation de brûlures au ventre et puis dans tout le corps<sup>214</sup> ». D'après Kats, la consommation d'alcool donne l'impression d'avoir plus de force mais cela ne dure pas longtemps. Quelque temps après la fatigue et la paresse apparaissent. Kats a mis l'accent sur le danger provoqué par l'alcool sur la pensée ; celui-ci détruit la partie critique de la pensée, en conséquence on raconte souvent n'importe quoi. A ceux qui utilisent l'alcool comme « médicament » pour acquérir des forces, il dit : « le soutien que vous gagnez en consommant de l'alcool ressemble à un coup de fouet sur le cheval fatigué [...] à la fin du compte il ne produit que la destruction du corps<sup>215</sup> ».

Ces deux livres envoient des avertissements par l'intermédiaire de récits d'individus malheureux après avoir consommé ces deux substances. Sa publication dans plusieurs langues locales est destinée à toucher un large public<sup>216</sup>.

Les méfaits de l'alcool s'aggravent encore en cas de combinaison avec des maladies comme la syphilis, comme le montre une thèse soutenue en 1923<sup>217</sup>. Les recherches de Denis Gerard Mulder concernent l'influence des nouveaux modes de vie sur la propagation de la syphilis dans la population sundanaise, les habitants de Java-ouest. Il emploie le terme de « culture moderne » pour désigner l'habitude de consommer de l'alcool. À partir de sa recherche, il a constaté que la consommation d'alcool aggrave les symptômes de la syphilis chez les Sundanais influencés par le mode de vie moderne. La syphilis devient beaucoup plus sévère au point qu'elle attaque le système nerveux, d'où se produit ce qu'on appelle la para-syphilis. D'après Mulder, la para-syphilis est provoquée par la *chemisatie* et *syphilisatie*<sup>218</sup>. Par la *chemisatie*, il veut dire qu'il s'agit d'un mélange de substances chimiques que l'on trouve dans les boissons alcoolisées.

Le débat sur les dangers que représentent les maladies vénériennes, surtout la syphilis, s'ajoutant aux abus de l'alcool et à la consommation d'opium conduit à un nouveau débat : la question de l'eugénisme. Il s'agit d'un mouvement ayant comme

---

<sup>214</sup>J. Kats, *Het alcoholkwaad en zijn bestrijding : voornamelijk met het oog op Nederlandsch-Indië = Bahaja minoeman keras serta daja oepaja mendjaoehinja : teroetama bagi Hindia-Belanda*, Weltevreden, Volkslectuur, 1920, p. 15.

<sup>215</sup>*Ibid.*, p. 25.

<sup>216</sup>Kats J., *Bab panjegahing minoeman keras*, Sl, Indonesische Drukkerij, 1919, 116 p ; J. Kats, *Bab njegah nginoem arak*, traduit par S. Sastradiwirja, Weltevreden, Balai Poestaka, 1920, 89 p.

<sup>217</sup>Denis Gerard Mulder, *De Invloed der Moderne Cultuur op het Verloop der Syphilis bij den Soendanees.*,L.E. Bosch & Zoon, Utrecht, 1923.

<sup>218</sup>*Ibid.*, p. 144.

projet de préserver l'avenir des jeunes générations en empêchant la transmission de maladies héréditaires, que les adeptes de ce mouvement pensent trouver dans le cas de la syphilis et de l'abus de l'alcool. L'étude de Mulder a montré les risques de la combinaison de ces deux maux, mais les mesures de prévention doivent être renforcées pour ne pas provoquer le malheur des enfants.

L'idée de l'eugénisme remonte à Francis Galton qui publie en 1883 *Inquiries into human faculty and its development*. C'est dans cet ouvrage qu'il définit 'eugenics' comme « l'étude des facteurs soumis au contrôle social et susceptibles d'augmenter ou de diminuer les qualités soit physiques, soit mentales des futures générations. Son but est de régler les unions humaines, de façon à obtenir le plus grand nombre d'individus aptes à composer la société considérée comme la meilleure<sup>219</sup> ». L'eugénisme comme mouvement organisé se manifestant avec la création d'une organisation n'apparaît qu'au début du XXe siècle, 1905 en Allemagne, 1907 en Angleterre et 1910 aux États-Unis<sup>220</sup>. Un même mouvement se crée en France le 22 décembre 1912, six-mois après le premier congrès de l'eugénisme à Londres en juillet 1912<sup>221</sup>. Les Pays-Bas ne participent qu'au deuxième congrès qui a lieu à New York en 1921. L'organisation qui promeut l'idée de l'eugénisme n'apparaît qu'en 1924 : Central Committee of Collaborating Societies Promoting Research in Human Heredity. En 1930, cette organisation porte le nom de Dutch Eugenic Federation. Les Hollandais sont beaucoup plus proches des Américains sur ce sujet que de leurs voisins allemands. Certes, les Hollandais sont très influencés par la pensée médicale allemande, mais concernant la pensée eugénique allemande ils sont dubitatifs ; les Hollandais admirent les savants allemands, mais ils hésitent à suivre ce que proposaient les Allemands sur des thèmes concernant les races « supérieures ». Cette hésitation apparaît surtout après la prise de pouvoir des Nazis en 1933<sup>222</sup>. Cette idée est moins populaire aux Pays-Bas, et son apparition y est plus tardive. La suprématie

---

<sup>219</sup>Cité dans Jacques Léonard, « Le premier congrès international d'eugénique (Londres, 1912) et ses conséquences françaises » dans *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 173.

<sup>220</sup>William H. Schneider, *Quality and Quantity: The Quest for Biological Regeneration in Twentieth-Century France*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 5.

<sup>221</sup>J. Léonard, « Le premier congrès international d'eugénique (Londres, 1912) et ses conséquences françaises », art cit, p. 178.

<sup>222</sup>Hans Pols, « Eugenics in the Netherlands and the Dutch East Indies » dans Alison Bashford et Philippa Levine (eds.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, New York, Oxford University Press, 2010, p. 351-353.

de la pensée religieuse, catholique et protestante, dans la vie quotidienne, comme dans la vie politique en est une des causes<sup>223</sup>.

Cela n'est pas le cas aux Indes-Néerlandaises du fait que la pensée religieuse chez les Européens y est moins forte. Les penseurs sociaux, les scientifiques et les politiciens ont beaucoup influencé les modes de pensée de la société coloniale. La division raciale est une constante pour gérer et administrer les populations. En ce qui concerne 'l'hygiène raciale', celle-ci a déjà discutée dans la société coloniale des Indes-Néerlandaises depuis la fin du XIXe siècle. L'apparition des « Indos », fruit du concubinage entre des Européens et des habitants locaux, est vu comme la gangrène de la société coloniale. Le corps des 'Indos' est considéré comme la concentration de tous les maux provenant du mélange des races européennes et indigènes, raison pour laquelle ils sont méprisés par les deux communautés<sup>224</sup>.

Fondamentalement raciste, la société coloniale des Indes-Néerlandaises est un terreau fertile pour développer l'idée de l'eugénisme. L'idée de la pureté de la race s'est trouvée confrontée à l'existence des Indo-européens<sup>225</sup>. Toutefois, cette idée ne se développe que pendant la troisième décennie du XXe siècle, quelques années après l'apparition de l'organisation Eugenics aux Pays-Bas. Cela peut être expliqué par les conséquences de la théorie du nécessaire développement de l'hygiène chez les Indigènes, une politique voulue par les forces de l'Etat<sup>226</sup>. D'ailleurs, l'influence du développement de l'eugénisme en Allemagne pendant les années vingt<sup>227</sup>, ne doit pas être également oubliée, du fait que la pensée de l'eugénisme aux Indes-Néerlandaises

---

<sup>223</sup>Ibid., p. 360.

<sup>224</sup>D'après Baay, cette pensée était fort influencée par Francis Galton à la fin du XIXe siècle. Voir Reggie Baay, *Nyai & pergundikan di Hindia Belanda*, Jakarta, Komunitas Bambu, 2010, p. 180.

<sup>225</sup>Pour la question des Indo-européens aux Indes-Néerlandaises, voir Ann L. Stoler, « Making empire respectable: the politics of race and sexual morality in 20th-century colonial cultures », *American Ethnologist*, 1989, vol. 16, n° 4, p. 634-660 ; Ann Laura Stoler, « Rethinking colonial categories: European communities and the boundaries of rule », *Comparative Studies in Society and History*, 1989, vol. 31, n° 1, p. 134-161 ; Ann Laura Stoler, « Carnal Knowledge and Imperial Power: Gender, Race, and Morality in Colonial Asia » dans *Feminism and history*, Oxford; New York, Oxford University Press, 1996, ; Ann Laura Stoler, *Along the archival grain : epistemic anxieties and colonial common sense*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 2009 Surtout le chapitre 5, « Commissions and Their Storied Edges », pp. 141-178, qui traite le rapport d'une enquête sur la pauvreté des Indo-européens.

<sup>226</sup>Voir Marieke Bloembergen, *Polisi Zaman Hindia Belanda: Dari Kepedulian dan Ketakutan*, Jakarta, Kompas et KITLV-Jakarta, 2009, 540 p Surtout le chapitre VIII, « Tangan Bersih, Pekarangan Kotor: Kepolisian dan Kualitas Kewibawaan Pemerintah Negara Kolonial pada Masa Akhir », pp. 387-436 ; Marieke Bloembergen, « Being clean is being strong: Policing cleanliness and gay vices in the Netherlands Indies in the 1930 » dans *Cleanliness and Culture*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 117-145.

<sup>227</sup>Voir Paul Weindling, *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, 641 p surtout le chapitre VI, « Weimar Eugenics », et le chapitre VII, « The Sick Bed of Democracy, 1929-1932 ». Ces deux chapitres donnent un arrière-plan à l'apparition de la politique raciale Nazi, discuté dans le chapitre VIII. .

est fortement influencée par un Allemand, Ernst Rodenwaldt, un élève d'Eugen Fischer (1874-1967)<sup>228</sup>.

Nous commencerons par présenter J. Ch. Van Schouwenburg, la figure la plus importante du mouvement eugéniste aux Indes-Néerlandaises. Dans son article « Holland taak in Indie : Bescouwd van een euginistisch standpunt<sup>229</sup> », publié en 1927, il exprime l'importance de ce mouvement dans l'intérêt du colonialisme hollandais. Il constate que le colonialisme a été mis en place depuis trois siècles, mais que cette longue durée n'a pas été à la hauteur des besoins de productivité sociale et économique. Il admet que l'autorité coloniale ne s'est intéressée à cette question qu'au début du XXe siècle, et s'est caractérisée par l'introduction de la « Politique éthique ». Cependant, cela est encore loin d'être suffisant, car lorsqu'on parle des progrès encouragés par cette politique, on ne s'intéresse pas assez à la question des mœurs des Indigènes. C'est à ce stade que Schouwenburg a découvert l'importance de l'eugénisme aux Indes-Néerlandaises.

« Je pense à l'eugénisme, écrit Schouwenburg, qui s'est beaucoup développé ces dernières années et qui est une pensée surprenante, nouvelle et précieuse entre toutes, dans le domaine de la sociologie, et qui se révèle plus particulièrement utile pour les pays dans lesquels existe la division raciale et je me demande s'il est justifié de ne pas nous informer davantage sur l'eugénisme et analyser ses apports positifs dans certains pays et pour nous, examiner les leçons à en tirer dans les pratiques quotidiennes<sup>230</sup> ». Il en ressort que Schouwenburg entend appliquer cette théorie pour organiser la vie dans un pays colonisé : les Indes-Néerlandaises.

Afin de montrer l'importance de l'eugénisme dans le contexte colonial, l'idée de Schouwenburg se fonde sur un manuel d'eugénisme écrit par Van Baur, Fischer et Lenz. Il cite : « quand nous ne savons pas de quelles différentes races se compose une société et comment celles-ci se comportent, nous tâtonnons autour de mesures sociales et politiques dans une obscurité complète!<sup>231</sup> ». À partir de cette idée, il a

---

<sup>228</sup>H. Pols, « Eugenics in the Netherlands and the Dutch East Indies », art cit, p. 356.

<sup>229</sup>J. Ch. van Schouwenburg, « Hollands taak in Indie: beschouwd van een eugenetisch standpunt », *Koloniale studiën*, 1927, vol. 11, n° 1, p. 45-56.

<sup>230</sup>« *Ik denk hierbij aan de eugenetiek die in de laatste jaren zulke groote vorderingen heeft gemaakt en verrassende, nieuwe en waardevolle inzichten, o.a. op sociologisch gebied heeft geopend, vooral van waarde voor landen, met rassentegenstellingen en ik vraag mijzelf af, of wij wel verantwoord zijn, door ons niet op de hoogte te houden dier eugenetiek en of wij niet op verschillende punten betere resultaten zouden hebben verkregen, wanner wij hare lessen meer in practijk hadden gebracht* », *Ibid.*, p. 46.

<sup>231</sup>*Ibid.*, p. 53.



demandé au gouvernement colonial de résoudre la question du mariage mixte. Pour renforcer l'argument scientifique de l'eugénisme, Schouwenburg propose de créer un laboratoire. Les résultats de ces recherches doivent ensuite être diffusés largement. Schouwenburg affirme également que dans le cas des Indes-Néerlandaises, le gouvernement colonial doit créer une commission chargée de s'en occuper.

Dans son discours pendant l'exposition *de Eerst hygiëne tentoonstelling* à Bandung le 4 juillet 1927, Schouwenburg a repris son idée. Le titre de son discours est *De hygiëne van het nageslacht (eugenitiek)* – l'hygiène dans le domaine de l'hérédité (eugénisme)<sup>232</sup>. Dans ce discours il exprime que l'hygiène dans l'hérédité peut être renforcée par « une loi ou une planification des mariages, un renforcement de la discipline et de l'éducation, une orientation professionnelle, un contrôle de l'émigration et l'immigration, une politique financière, une prise en compte du vieillissement, etc.<sup>233</sup> ». D'après Schouwenburg, d'autres pays européens ont déjà mis en place une politique d'eugénisme. Ainsi, « la découverte et la recherche des facteurs de bien-être des populations, est l'intention visée ici, c'est cela la tâche de l'eugénisme<sup>234</sup> ».

La force de la nation se situe au centre du discours de Schouwenburg sur l'eugénisme. Mais il parle toujours de l'importance de l'aspect scientifique de celui-ci, car pour lui la justification scientifique est essentielle dans les fondements du mouvement. Une « Association pour l'eugénisme aux Indes-Néerlandaises » avait déjà été créée le 20 juillet 1927. À la fin de son discours il dit : « souhaitant que cette conférence contribue à renforcer la foi et à éveiller les esprits dans le but de soutenir un mouvement dont l'aspiration est de faire de ce pays un bon pays, habité par des hommes bons, c'est notre devoir national, la meilleure idée<sup>235</sup> ».

J. C. van Schouwenburg n'est pas médecin, il est directeur de la gestion des forêts en retraite et membre de « l'Association des communautés Indo-Européennes. » Son idée sur l'eugénisme n'est donc pas éloignée de celle d'Ernst Rodenwaldt, un médecin allemand spécialiste de médecine tropicale, qui est arrivé

---

<sup>232</sup>J. Ch. van Schouwenburg, *De hygiëne van het nageslacht (eugenitiek) : lezing, gehouden op de eerste hygiëne-tentoonstelling te Bandoeng op 4 juli 1927*, [S.l.], Emmink, 1927, vol.8.

<sup>233</sup>*Ibid.*, p. 5.

<sup>234</sup>*Ibid.*, p. 9.

<sup>235</sup>« *Moge deze lezing ertoe bijdragen om dat geloof te versterken en om bij U den zin te wekken een beweging te steunen, wier streven bedoeld is om van dit land te maken, een goed land, bewoond door goede menschen, onze nationale plicht, naar de opvatting der besten* », *Ibid.*, p. 21.

aux Indes-Néerlandaises en 1921, après la défaite de l'Allemagne pendant la Première Guerre mondiale. Dans le mouvement eugéniste aux Indes-Néerlandaises, ce médecin allemand a été une figure très importante ; c'est lui qui a élaboré la base de la pensée scientifique pour ce mouvement ; c'est également lui qui a encadré les recherches effectuées pour ce mouvement<sup>236</sup>.

Inspiré par son professeur, Eugen Fischer, Ernst Rodenwaldt porte un intérêt particulier à la question du mariage mixte. Son intervention dans la propagande sur les dangers du paludisme l'a obligé à voyager dans différents endroits de l'archipel. Lors d'un de ses voyages, il a visité l'île de Kisar, située à l'est de Timor, où une petite communauté de soldats de la VOC s'était installée depuis la fin du XVIIe siècle. Ils se sont mariés avec des femmes locales, et leurs descendants ont continué à ne se marier qu'entre eux, au sein de ce petit groupe. Ces faits offrent, aux yeux de Rodenwaldt, un très bon exemple sur la problématique du mariage mixte<sup>237</sup>.

Dans un article publié en 1929 par *Ons nageslacht*, la publication officielle de « l'Association de l'eugénisme aux Indes-Néerlandaises », il parle du « Eugenetische Problemen in Nederlandsch-Indie » (Le problème de l'eugénisme aux Indes-Néerlandaises)<sup>238</sup>. Rodenwaldt avance l'idée selon laquelle le travail de l'eugéniste a pour objectif de prévenir l'apparition de la dégénérescence par « la désunion du ménage et grâce à une limitation du nombre d'enfants de ces ménages qui sont peut-être la cause du déclin de notre culture<sup>239</sup> ». En ce qui concerne l'existence des Indo-européens, un groupe de race mixte, il soutient l'idée selon laquelle ceux-ci offrent un bon exemple de mariage mixte, car ils résistent mieux au climat tropical. Cette opinion n'est pas fréquente<sup>240</sup>, du fait que ce groupe est souvent critiqué comme source du mal attribué aux mariages mixtes. Rodenwaldt parle également du chiffre de la population indigène qui s'accroît de plus en plus, mais aussi du développement de l'industrialisation. Ce phénomène cependant, d'après lui, n'est pas accompagné par une amélioration de la qualité de vie. « La multiplication des patients atteints de tuberculose parmi les jeunes intellectuels javanais devient un phénomène inquiétant. Cette étude et la lutte contre ce phénomène est vraiment une question posée à

---

<sup>236</sup>H. Pols, « Eugenics in the Netherlands and the Dutch East Indies », art cit, p. 355-356.

<sup>237</sup>Ibid., p. 356-357.

<sup>238</sup>Ernst Rodenwaldt, « Eugenetische problemen in Nederlandsch-Indie », *Ons Nageslacht*, 1929, n° 2, p. 1-8.

<sup>239</sup>Ibid., p. 2.

<sup>240</sup>Hans Pols écrit « unusually ». Stoler interroge beaucoup cette question.

l'eugéniste, et – à mon avis – celle-ci est au moins, aussi importante que le problème politique<sup>241</sup> », explique-t-il.

Le fait que Deggeler, en tant qu'officier de santé publique, ait été élu comme premier président de « l'Association de l'eugénisme » montre également que cette question est considérée comme essentielle. La promotion de l'eugénisme est très active avec la publication de *Ons nageslacht*. Dans le rapport annuel de l'année 1930, il est mentionné que la première chose à réaliser est bien sûr de propager l'idée de l'eugénisme, mais aussi d'essayer de gagner la sympathie du public<sup>242</sup>. Ce rapport mentionne également l'organisation de débats publics, ainsi que des débats privés qui permettent d'attirer l'attention sur cette question. La publication de *Ons nageslacht* a pour objectif de populariser l'idée de l'eugénisme<sup>243</sup>. La peur de la dégénérescence incite ses défenseurs à mettre en place une série de mesures pour prévenir son apparition. Avec l'appui des médecins, son travail est d'améliorer la santé des habitants des Indes Néerlandaises.

L'aménagement de la ville attire l'attention des hygiénistes, car il est la condition essentielle nécessaire pour assurer la santé des habitants. L'approvisionnement en eau, ainsi que la construction de toilettes sont réalisés dans le but d'empêcher la propagation d'épidémies ayant pour origine la consommation ou l'utilisation d'eau impropre. Au-delà, la construction de toilettes oblige des habitants indigènes à s'adapter à ce dispositif moderne. Tout est réalisé pour assurer la bonne santé de la population dans son ensemble. Toutefois, en dehors du problème de la santé physique, les hygiénistes se sont préoccupés également de l'état de santé psychique, d'où une campagne sur les dangers de la prostitution, de l'abus d'alcool, de la consommation d'opium, ainsi que de la prévention de la dégénérescence à cause de l'homosexualité, et des mariages mixtes.

---

<sup>241</sup>« *Het veelvuldige voorkomen van tuberculose onder de jongere intellectueelen van Java is een zorgwekkend verschijnsel. Het bestudeeren daarvan en de bestrijding van dat verschijnsel is een exquiset eugenetisch vraagstuk, dat m.i. minstens zoo gewichtig is als tal van politieke problemen die hier thans de gemoederen beroeren* », E. Rodenwaldt, « *Eugenetische problemen in Nederlandsch-Indie* », art cit, p. 7.

<sup>242</sup>Eugenetische Vereeniging, « *De Eugenetische Vereeniging in Nederlandsch-Indie van medio 1927 tot ultimo 1929* », *Ons Nageslacht*, 1930, p. 4.

<sup>243</sup>*Ibid.*, p. 15-17.



## Chapitre 9

### PURIFIER LE CORPS DES INDIGÈNES : ENQUÊTE SOCIO-MÉDICALE

La première préoccupation des hygiénistes a été la construction de dispositifs facilitant la mise en place de règles d'hygiène dans la vie quotidienne. L'aménagement de la ville, l'approvisionnement en eau potable et la construction de toilettes ont été des terrains de combat essentiels pour la sauvegarde de la santé publique. Dénoncer les comportements menaçant la population tels que la prostitution, l'abus d'alcool, l'homosexualité, mais aussi le danger de la dégénérescence sont également la cible des hygiénistes pour prévenir l'apparition des maux. Ces mesures ont été mises en oeuvre afin d'assurer la bonne santé de la population des Indes-Néerlandaises dans son ensemble.

Toutefois, s'intéresser à la vie des indigènes et les prendre comme animaux de laboratoire peut paraître surprenant. L'aménagement du *kampong* et l'introduction des toilettes dans leur vie en sont des illustrations. La publication de livrets en langues locales sur le danger de la prostitution, de l'abus d'alcool et de la consommation d'opium montre que les indigènes sont devenus l'objet de travail de l'hygiéniste. C'est tout au moins, c'est ce que montre la recherche de Tillema pendant l'année 1920, mais aussi celle d'autres médecins qui se sont intéressés à l'hygiène. Nous pouvons dire que pendant la troisième et quatrième décennie du XXe siècle la question de l'hygiène est liée à la question de l'indigène. Cela a commencé par l'interrogation de Tillema sur le bien-être des populations autochtones, puis s'est poursuivi par la mise en place de recherches sur leur alimentation et s'est terminé par une politique de moralisation de la société liée à la politique de l'hygiène. Cela aboutit finalement à une indigénisation de l'hygiène.

## I – LA PAUVRETE, LA MALADIE ET LA MORT

Tillema est une figure très importante pour l'étude de la population aux Indes-Néerlandaises. Son ouvrage *Kromoblanda* est devenu une référence essentielle. Si dans le premier et deuxième tome il évoque la mise en place du travail sur l'hygiène, dans le troisième tome il parle des risques de transmission des maladies en l'absence de cette mise en place. À la fin du troisième tome, il soulève une question qui s'avère être son centre d'intérêt principal : « *Is de bevolking van Indonesië vermeerdend en kon ze in aantal toenemen onder de bestaande omstandigheden ?* » (Est-ce que la population des Indes néerlandaises s'accroît et peut-elle s'accroître sous la présente condition ?)<sup>244</sup>.

Tillema avance l'idée que la population est une question essentielle pour la nation. Son nombre et son bien-être en tant que somme d'individus déterminent la puissance d'une nation. Un grand nombre d'habitants ne signifie rien si ceux-ci sont faibles. « Les vraies richesses de la nation reposent sur la santé, les capacités de travail et la force de ses citoyens<sup>245</sup> », écrit-il. Pour lui « *a healthy population is the finest form of national wealth, et que, curative measures yield far less return to the state, than those which sweep away the conditions causing disease*, il faut savoir que la maladie amène la pauvreté, l'obscurantisme et d'autres maux, mais malheureusement ceux qui dirigent le pays ne s'en rendent pas compte encore<sup>246</sup> », précise-t-il. Tillema place sa pensée sous le paradigme de la productivité et de la richesse du pays, qui reposent sur le nombre d'individus capables de travailler.

Son enquête sur l'environnement des Indes-Néerlandaises le conduit à découvrir le fait que ce trésor national est menacé. En effet, il constate l'accroissement du nombre de décès et le faible nombre de naissances. Ces deux éléments entraînent une diminution de la population. Pour un pays qui est en train de se développer comme les Indes-Néerlandaises, cet état de choses grippe le processus.

---

<sup>244</sup>H. F. Tillema, « *Kromoblanda* » : *over « t vraagstuk van "het wonen" in Kromo »s groote land*, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1920, vol. 6/3, p. 192.

<sup>245</sup>H. F. Tillema, « *Kromoblanda* » : *over « t vraagstuk van "het wonen" in Kromo »s groote land*, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1921, vol. 6/4, p. 226.

<sup>246</sup>*Ibid.*, p. 225.

« La richesse des forces physiques, spirituelles et morales est freinée et entravée par la pauvreté et la faiblesse [de ses habitants]<sup>247</sup> », écrit-il.

Tillema constate que ces éléments ont deux causes: la propagation des maladies et l'habitude ou le comportement des Indigènes. Pour la première, Tillema a noté que la propagation des maladies telles que la peste, le paludisme et la variole sont la source principale du décès des indigènes. En ce qui concerne les habitudes et les comportements, Tillema montre que la pratique du mariage des enfants et la prostitution sont responsables de la stérilité de nombreuses femmes. Cette dernière est aggravée par la propagation de la syphilis – surtout à cause de la prostitution –, qui provoque la mort de nombreux nouveaux nés.

Aux yeux de Tillema, la propagation des maladies est le fruit de la rencontre entre l'Occident et l'Orient. L'ouverture de l'Orient a en effet rendu possible la circulation des personnes, des biens, mais également la circulation des maladies. Elle a permis également la création et le développement des villes qui encouragent ensuite le phénomène d'urbanisation des populations. « Les habitants des villages, croupissant dans la pauvreté, vont à la ville pour trouver un travail », écrit-il. Les conséquences néfastes de ce phénomène sont inévitables ; la migration des populations vers la ville a une mauvaise influence et présente des dangers pour la race européenne. De la sorte, la régression constatée n'a pas seulement pour conséquence une diminution du nombre d'Indigènes mais aussi une diminution de la qualité de leur travail. Pour lui « les villes sont le cimetière de la nation<sup>248</sup> ».

Tillema pense que la pratique de la prostitution, source de syphilis, est causée par la rencontre entre les Européens et les indigènes. Leur arrivée multiplie la pratique des relations sexuelles hors mariage, tout comme la pratique du concubinage. En outre, l'habitude des Européens de visiter les maisons closes les expose facilement à la maladie et ils la transmettent ensuite aux habitants locaux en pratiquant le concubinage. Le fait que les Européens arrivant aux Indes-Néerlandaises sont la plupart du temps célibataires a favorisé ce processus.

Au-delà de la maladie, Tillema constate que le vrai problème des habitants des Indes-Néerlandaises est la pauvreté. « A cause de l'industrialisation, les familles sont

---

<sup>247</sup>« *De aan lichamelijke, geestelijke, zedelijke krachten rijkeren worden geremd en gehinderd door aan die eigenschappen armen of minderwaardigen. Politici, althans voor zoover ze over het vraagstuk nadenken, nemen vaak aan, dat met het verbeteren van maatschappelijke toestanden ook de eigenschappen, die de mensch bij zijn geboorte erft, verbeterd zijn. Deze meening is onjuist* », *Ibid.*, p. 226.

<sup>248</sup>*Ibid.*, p. 238.

déracinées, les femmes et les enfants se prolétarisent, ils travaillent et habitent dans des endroits insalubres<sup>249</sup> ». Il insiste beaucoup sur l'idée selon laquelle l'humain n'est pas fait pour vivre en ville, après avoir vécu des siècles dans les forêts et dans les champs. La misère des Indigènes les expose fréquemment à la maladie. Et une fois qu'ils sont touchés par celle-ci, ses effets sont très sévères. Leurs corps affaiblis ne peuvent plus résister aux attaques de n'importe quelle infection. Il entend par pauvreté : les mauvaises conditions de d'habitat, un accès très limité à l'eau potable et le manque de vêtements. L'accès à une nourriture de bonne qualité est en outre très limité (nous allons le voir particulièrement dans le chapitre suivant). C'est pourquoi, aux yeux de Tillema, cette inégalité sociale a pour conséquence l'inégalité devant la maladie et devant la mort. En effet, le nombre de morts chez les indigènes est beaucoup plus élevé que celui des Européens<sup>250</sup>.

Le nombre élevé de décès parmi les Indigènes est souvent lié à la question raciale. Cela veut dire que les Indigènes n'ont pas les capacités nécessaires pour résister aux maladies à cause de la faiblesse de leur résistance physique. Certes, comme le montre déjà Tillema, ce n'est pas une question raciale, mais plutôt une question économique et sociale. Le fait que la plupart des Indigènes sont pauvres explique le problème alors que l'interprétation de l'époque laisse penser qu'il s'agit d'une question raciale.

En Papouasie, Tillema montre que la syphilis est très répandue. La pratique du mariage endogamique est également très courante. En conséquence, les femmes de Papouasie ont des difficultés pour avoir des enfants, font de nombreuses fausses couches et de nombreux enfants décèdent à la naissance. Dans ces conditions, la diminution de la population est inévitable. « L'auteur pense que la cause principale de la diminution de la population se trouve dans les fréquents décès prématurés des enfants, soit à cause des avortements provoqués, soit à cause du manque de

---

<sup>249</sup>*Ibid.*

<sup>250</sup>La classification raciale ne va pas toujours de pair avec la catégorie de classe. Un indigène par exemple peut être riche s'il appartient à l'aristocratie locale. Mais dans l'analyse de Tillema la catégorie raciale est identique à celle de la classe. Un indigène est toujours pauvre. Dans la plupart des cas, Tillema avait raison, mais pas toujours. L'idée de l'inégalité sociale devant la maladie nous rappelle la loi de Villerme. Mais dans l'explication de Tillema il ne se trouve aucune référence à cet hygiéniste français. Pour étudier la pensée et le travail de Villerme, voir William Coleman, *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*, Madison, États-Unis d'Amérique, University of Wisconsin press, 1982, xxi+322; 1 p.



nourriture<sup>251</sup> », écrit-il. Dans le cas des habitants de Papouasie, la pauvreté semble donc être responsable de nombreux décès. La population d'Halfoersche a également diminué à cause de la baisse du nombre de naissances et de l'accroissement du nombre de morts-nés. Cela est aussi causé par l'absence de bonne nourriture, aux mauvaises conditions d'habitat et au manque de vêtements<sup>252</sup>. Ainsi pour les habitants de Boeroe : la vie immorale, la mauvaise nourriture et les habitats délabrés en sont la cause<sup>253</sup>.

Dans le sixième tome, concluant un travail qu'il a commencé en 1915, Tillema analyse la question de la population, surtout en ce qui concerne la pauvreté des habitants des Indes-Néerlandaises. Cela se manifeste dans le sous-titre de ce tome : « Tropische handelswaren en tropische ellende » (Les marchandises tropicales et la misère sous les tropiques). Dans cette préface, il écrit, par exemple, « sa pauvreté (des habitants de l'Archipel) est souvent liée, de manière directe ou indirecte, à la tentative des sociétés occidentales de se pourvoir en marchandises<sup>254</sup> ». Ce passage est ensuite confirmé par le constat affirmant que « l'homme blanc est le fardeau de l'homme noir<sup>255</sup> ». Cette phrase est une expression satirique qui se réfère au poème de Rudyard Kipling « *White Man's Burden* », publié en 1899. Elle est souvent employée pour justifier l'impérialisme. Mais cette fois-ci, Tillema a renversé la situation : « ce n'est pas l'homme noir qui est le fardeau de l'homme blanc, mais ce dernier qui est le fardeau de l'homme noir ». Autrement dit, « le bien-être des habitants sous les tropiques est détérioré par la tentative de l'Occident de toujours chercher les bénéfices économiques<sup>256</sup> ».

La raison de l'intérêt de Tillema pour la question indigène se retrouve dans son ouvrage *Zonder Tropen Geen Europa !* (Sans les Tropiques il n'y aurait pas d'Europe!), publié en 1926, c'est-à-dire trois ans après la publication du dernier tome

---

<sup>251</sup>« De schrijver meent, dat de oorzaak van het uitsterven der bevolking wellicht gelgen is in systematischen kindermood, 't zij door afdrijving, 't zij door onthouding van voedsel », H.F. Tillema, *Kromoblanda*, op. cit., p. 194.

<sup>252</sup>*Ibid.*, p. 198-199.

<sup>253</sup>*Ibid.*, p. 199.

<sup>254</sup>« Hun armen worden vaak verlamd door de gevolgen, directe en indirecte, verbonden aan het treven de Westersche samenleving van die vurige verlangde handelswaren te voorzien », H. F. Tillema, « *Kromoblanda* » : *Tropische handelswaren en tropische ellende*, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1923, vol. 6/6, p. iii.

<sup>255</sup>*Ibid.*, p. 1.

<sup>256</sup>*Ibid.*

de *Kromoblanda*<sup>257</sup> en 1923. Nous pouvons dire que cet ouvrage est une sorte de carnet de voyage, de la côté Est de l'Archipel jusqu'à la côté Ouest, mais il contient aussi des réflexions sur ce qui se passe dans cet Archipel. Pendant son voyage il a noté tous les aspects de la vie des sociétés qu'il rencontre en mettant l'accent sur les problèmes de santé des habitants. En arrière-plan de son observation se trouve dans le premier paragraphe de cet ouvrage : « Les Tropiques constituent une partie essentielle dans le mécanisme complexe de la société moderne. Sans les produits tropicaux, l'Europe et l'Amérique ne peuvent pas exister. La dépendance sera plus forte dans l'avenir, car la population mondiale s'accroît et aura de plus en plus besoin d'obtenir des matières premières provenant des zones tropicales<sup>258</sup> ». Ce passage met en évidence deux éléments que souligne Tillema : les Tropiques et les produits tropicaux. Le premier élément se réfère à un espace, un lieu, avec ses habitants, tandis que le deuxième parle de produits résultants du travail de ceux-ci. À partir de ce point de vue, Tillema avance l'idée selon laquelle la santé des habitants sous les tropiques est essentielle à l'homme blanc pour qu'ils puissent travailler et accroître la production. « Les Tropiques fournissent ensuite le caoutchouc : sans caoutchouc il n'y a pas de société moderne<sup>259</sup> », précise-t-il.

Sur ce plan, le travail de Tillema a été rendu possible par son désir d'améliorer la santé des habitants locaux. Si dans ses premières recherches, il a souligné les problèmes d'infrastructure en rapport avec l'hygiène, dans ses derniers travaux il s'est interrogé sur la question de santé des habitants. C'est dans *Zonder Tropen* qu'il montre à quel point le travail de la population indigène est essentiel pour les Indes-Néerlandaises, mais aussi pour l'Europe. Son intérêt pour la population s'est également manifesté dans la publication, en 1926, de l'ouvrage *Over het Bevolkingsvraagstuk in Indonesië en de uitbreiding van den Dienst der Volksgezondheid*<sup>260</sup> (Le problème démographique en Indonésie et le développement du service de santé publique). Dans cet ouvrage il a repris le même argument, en

---

<sup>257</sup>H.F. Tillema, *Kromoblanda*, op. cit.

<sup>258</sup>« *De Tropen vormen een onontbeerlijk deel van het samengestelde mechanisme der moderne samenleving. Zonder Tropische voortbrengselen zouden noch Europa noch Amerika kunnen bestaan. Die afhankelijkheid zal in de toekomst nog sterker worden, omdat de bevolking der aarde geregeld toeneemt en deze hoe langer hoe groter behoefte krijgt aan de stoffen, die alleen de Tropische bodem voortbrengt* », H. F. Tillema, *Zonder tropen geen Europa!*, Bloemendaal, Tillema, 1926, p. 7.

<sup>259</sup>*Ibid.*, p. 9.

<sup>260</sup>H. F. Tillema, *Over het bevolkingsvraagstuk in Indonesië en de uitbreiding van den Dienst der Volksgezondheid*, Sl, sn, 1926, 23 p.

apportant plus de précisions. Pour lui, la rencontre entre l'Orient et l'Occident a engendré des conséquences néfastes pour les habitants natifs des Indes-Néerlandaises<sup>261</sup>.

Tillema a eu raison de s'inquiéter. À partir des rapports annuels de l'autorité coloniale, dès l'année 1915 le nombre de décès s'accroît de plus en plus jusqu'en 1926. Dans les années 1917-1918, le nombre de morts s'accroît de près de 80% par rapport à l'année 1916-1917, à cause de la propagation d'une épidémie<sup>262</sup>. Nous pouvons donc voir que dans les années vingt, l'autorité coloniale porte un grand intérêt à la question de la population. La mise en place du recensement de la population de 1920 en témoigne. Certes, ce n'est pas le premier recensement. En 1905, a été déjà réalisé un recensement, le dernier recensement du quinquennat. Celui de 1920 a été beaucoup plus précis au niveau des données qu'il apporte. Le recensement le plus sérieux a été réalisé en 1930. À la différence de ceux qui le précèdent, le recensement de l'année 1930 est centralisé, même si le travail est effectué correctement au niveau local<sup>263</sup>.

Le recensement de la population permet entre autres, de comparer le nombre de naissances et le nombre de morts. Ceci a pour but de déceler les causes du déséquilibre que montre la diminution de la population dans les statistiques – un problème que l'autorité coloniale essaye toujours de régler. Aux yeux des autorités coloniales, cette donnée a en effet pour conséquence une diminution de la main d'œuvre. Pendant cette période, la revue *GTNI* a publié plusieurs recherches sur la mortalité des enfants à Batavia et dans les plantations de Sumatra<sup>264</sup>. Le taux élevé de décès parmi les enfants représente une menace pour l'accroissement de la population.

---

<sup>261</sup>*Ibid.*, p. 2-3.

<sup>262</sup>Widjojo Nitisastro, *Population trends in Indonesia*, Ithaca etc, Cornell University Press, 1970, p. 68.

<sup>263</sup>*Ibid.*, p. 64-65.

<sup>264</sup>M. Straub, « Kindersterfte als Biologisch Verschijnsel en het Bevolkingsvraagstuk ter Oostkust van Sumatra », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1930, p. 28-29 ; B.M. van Driel, « De Sterfte der Ondernemingsarbeiders in de Buitengewesten van Nederlandsch Indië in 1931 en 1932 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1935, p. 1911 ; J. H. de Haas, « Over de Zuigelingensterfte in de Stad Batavia in 1934 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1936, p. 2186-2203 ; J. H. de Haas, « Sterfte naar Leeftijdsgroepen in Batavia, in het Bijzonder op den Kinderleeftijd », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 707-726 ; Tjay Tie Liem et J. H. de Haas, « Over de Zuigelingensterfte in enige Onderdistricten van het Regentschap Tasikmalaja (West Java) in 1935, 1936, en 1937 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 5015-5038 ; W. Brand, « Sterfte te Batavia, 1929-1931 », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1940.

L'accroissement du nombre de morts confirme donc l'enquête de Tillema. Son constat sur le manque de respect des règles d'hygiène et la misère de la population étant considéré comme cause de la progression de la mortalité est de nouveau confirmé par deux recherches publiées à la fin des années trente. Il s'agit des recherches réalisées par Johan Wendel Tesch sur la mise en place du programme d'hygiène publique dans un petit district de Batavia<sup>265</sup> et de l'enquête statistique sur la vie des classes laborieuses à Batavia réalisées par le Centraal Kantoor voor de Statistiek<sup>266</sup>.

Dans son étude Tesch avance l'idée selon laquelle l'état de santé des habitants est fortement influencé par les conditions de son habitat. L'auteur divise le mode d'habitation en trois types : *pondok*, *petak* et *single*<sup>267</sup>. En ce qui concerne la nature de la construction, elle est divisée en : *primitive*, *better* et *permanent*<sup>268</sup>. La plupart des habitations dans le district étudié sont des *pondok* (58,1%), et la nature principale de cette construction est *primitive* (56,9%). 23,2% des habitants habitent dans un *petak*, alors que le reste (18,2%) habite dans un *single*<sup>269</sup>. À partir de son enquête de terrain, il montre que 80% du nombre de décès se trouvent dans le premier type d'habitat et respectivement 8,3% et 11,7% se trouvent dans les deux derniers types<sup>270</sup>. De ce fait, Tesch constate que la cause de l'accroissement de la mortalité est en grande partie due aux mauvaises conditions d'hygiène que l'on retrouve dans le *pondok*.

Une recherche est également effectuée pour connaître la répartition des maladies telles la typhoïde, la dysenterie et la diphtérie. La méthode consiste à randomiser des échantillons de matière fécale afin de rechercher s'ils contiennent des bactéries des maladies mentionnées. La collecte des échantillons est également réalisée sur des personnes soupçonnées d'avoir été atteintes par ces maladies. Enfin, la recherche a également été effectuée sur les cadavres de morts récentes. Le résultat

---

<sup>265</sup>Johan Wendel Tesch, *The Hygiene Study Ward Centre at Batavia : planning and preliminary results (1937-1941)*, Leiden, Universitaire pers Leiden, 1948.

<sup>266</sup>Dutch East Indies et Centraal Kantoor voor de Statistiek, *Een onderzoek naar de levenswijze der gemeentekoelies te Batavia in 1937*, Batavia, s.n., 1939.

<sup>267</sup>1. *Pondok*: Dwelling-units under a common roof but arranged more or less regularly; 2. *Petak*: Dwelling units under one roof, in a row with common back and front walls; 3. *Single*: Detached, single dwellings. Voir J. W. Tesch, *The Hygiene Study Ward Centre at Batavia*, op. cit., p. 87-88.

<sup>268</sup>1. *Primitive (temporary) construction*: the greater part of these buildings consists of woven bamboo, or *gedek*; the roofs are made of palm-leaves or discarded petrol tins; 2. *Better or semi-permanent construction*: for the greater part of timber. The walls partly of woven bamboo; 3. *Permanent construction*: mainly concrete or brick. Voir *Ibid.*, p. 88.

<sup>269</sup>*Ibid.*

<sup>270</sup>*Ibid.*, p. 111.

montre qu'il n'y a personne atteint de typhoïde. On suppose que les indigènes ont été immunisés grâce à l'interaction fréquente avec cette bactérie. Cette idée repose sur le fait que l'environnement dans lequel vivent les habitants (l'eau et la terre), contiennent cette bactérie<sup>271</sup>. Dans le cas de la dysenterie, le résultat est tout le contraire. Tesch a trouvé que les Indigènes portent des bactéries que l'on trouve dans la dysenterie à un point tel que la propagation de cette maladie est très répandue<sup>272</sup>.

En ce qui concerne la diphtérie, Tesch a formulé une idée intéressante en mettant en rapport la propagation de cette maladie et la situation socio-économique. L'enquête est réalisée sur des enfants d'âges différents. Les résultats montrent que les enfants pauvres résistent plus à la maladie qu'enfants de familles riches. Pour l'auteur, cela s'explique par l'interaction fréquente des pauvres avec la bactérie, qui fait qu'ils sont immunisés. Dans ce cas, la différence de classes sociales donne beaucoup d'avantages aux pauvres. Toutefois, cet état de choses souligne que les Indigènes étant porteurs de la bactérie, le contact avec eux doit être évité pour éviter d'être contaminé. Concernant l'immunité, Tesch écrit: « *Any one who is acquainted with the poorer Native pre-school and school children of Batavia will agree that these children living in densely populated surroundings show a more than sufficient number of ulcerating wounds, inflamed ears, noses and eyes to produce the 'repeated stimulations of subclinical infections' to acquire such high level of immunity at the age of 5-6 years*<sup>273</sup> ».

Tesch constate clairement que le développement des maladies n'a aucun rapport avec la race, mais est plutôt causé par la différence de classes sociales. Selon le résultat d'une recherche effectuée sur un autre terrain, à Bandung, la différence de transmission des maladies est fortement influencée par la différence de classes sociales. Son enquête a été également effectuée dans une école pour les Indigènes. Le résultat montre que les enfants indigènes sont beaucoup plus touchés par la maladie. La raison est « *that the native (Sundanese) children attending the primary vernacular schools at Bandung originate from some what higher social stratum than those attending the same schools at Batavia Study Ward*<sup>274</sup> ».

---

<sup>271</sup>*Ibid.*, p. 149-152.

<sup>272</sup>*Ibid.*, p. 163-166.

<sup>273</sup>*Ibid.*, p. 184.

<sup>274</sup>*Ibid.*, p. 178.

Le rapport entre classe sociale et condition de santé est bien visible dans l'enquête effectuée par le Centre de statistiques en 1937 sur les conditions de vie des ouvriers à Batavia. La recherche commence par le classement des groupes sociaux en fonction de leurs salaires mensuels. À partir de ce classement, le chercheur observe l'état de santé et la qualité de la nutrition dans chaque famille, les conditions d'habitation, l'environnement autour de la maison, la présence de toilettes, le système de drainage, l'approvisionnement en eau potable et les soins du corps et le lavage de vaisselle<sup>275</sup>. Parmi 202 ouvriers étudiés, 106 (52%) sont catégorisés comme « très pauvres » et 19 personnes (9,5%) sont classés en « très bonnes conditions »<sup>276</sup>. En ce qui concerne le type d'habitation, la plupart des ouvriers vivent dans le *pondok*. Les ouvriers très pauvres, pauvres et modérément pauvres sont facilement exposés aux maladies. Ceci peut être expliqué par le fait que la mauvaise construction de l'habitat et le manque d'accès à l'eau potable influencent beaucoup l'état de santé des individus. La question des toilettes peut illustrer ce fait. Il est dit que « *the toilet facilities left much to be desired. Only 12,5% of the dwellings investigated had their own facilities, and only three toilets were provided with a cesspool. The other toilets were extremely primitive. No more than 15,5% of the households made use of the public toilet facilities constructed by the municipality*<sup>277</sup> ».

Cette recherche réalisée par le Centre de Statistiques s'avère plus claire et montre le rapport entre les conditions socio-économiques et l'état de santé de l'individu. Sa petite échelle, son objet très limité (la classe ouvrière), ne signifie pas pourtant que le résultat obtenu est incomplet. Ce qu'a montré cette enquête donne au moins une image de la situation aux Indes-Néerlandaises. En outre, elle a vérifié l'observation qu'avait faite Tillema une décennie auparavant. Même si elle concerne

---

<sup>275</sup> Centraal Kantoor voor de Statistiek, *Een onderzoek naar de levenswijze der gemeentekoelies te Batavia in 1937*, op. cit., p. 64 ; et W.F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology*, The Hague, W. Van Hoeve; distributed in the U.S.A. by the Institute of Pacific Relations, New York, 1958, p. 169-170.

<sup>276</sup>Dans cette enquête les ouvriers sont regroupés comme suit : 1. Très pauvre (erg mager), 2. Pauvre (mager), 3. Moyen (matig), 4. Aisé (goed), 5 Très aisé (zeer goed). Centraal Kantoor voor de Statistiek, *Een onderzoek naar de levenswijze der gemeentekoelies te Batavia in 1937*, op. cit., p. 65 ; Voir aussi W.F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology*, op. cit., p. 172.

<sup>277</sup>W.F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology*, op. cit., p. 224.

seulement des ouvriers indigènes, le résultat ne peut pas nier le fait qu'il y a « un rapport entre l'état de la santé et le niveau de revenu et la condition de l'habitat<sup>278</sup> ».

Dans un pays colonisé comme les Indes-Néerlandaises, l'autorité coloniale parle rarement des divisions qui existent entre les classes sociales. La catégorie raciale a toujours été employée pour distinguer un groupe et un autre. Cela a permis de dissimuler le fait qu'il y a des Européens pauvres à l'époque. En divisant la société en fonction de la race, on a permis de conserver la supériorité de l'Européen même s'il est pauvre. Pour la même raison, la catégorie raciale est également souvent employée pour expliquer la différence des taux de mortalité. La fragilité des Indigènes, sur le plan racial, est attribuée à leur état de « sauvages ».

L'article du docteur Brand, publié dans *kolonial studiën* en 1940, illustre ce phénomène. Dans cet article il compare le taux de mortalité dans trois « races » différentes – européenne, chinoise, indigène – à Bandung, et son objectif est de trouver dans quel groupe se trouve le taux le plus élevé. D'après lui, « *as was to be expected, the European death rate is significantly lower than that of the other two groups. The higher level of living – which in this context means better health care, better sanitary knowledge, and better housing conditions – is responsible for this* ». Brand note que le revenu des Européens à Bandung est moins élevé que celui des Européens à Batavia. Pourtant le taux de mortalité à Bandung est moins élevé du fait que le climat de Bandung est plus agréable que celui de Batavia.

En ce qui concerne les Chinois de Bandung, en général ils ont des revenus très bas et leur vie est loin de bénéficier de bonnes règles d'hygiène. Brand écrit « *These brief data emphasize the fact that the high chinese death is closely associated with the low level income of education, and housing still prevailing for a large proportion of the chinese group. It is beyond dispute that unfavourable housing conditions exert an influence on hygiene, and the difference between Bandung and Batavia in chinese mortality is certainly to be traced partly to that factor*<sup>279</sup> ».

Brand constate également que le taux de mortalité des Indigènes « *is approximatly the same, with the Chinese rate sometimes higher, sometimes the*

---

<sup>278</sup> Centraal Kantoor voor de Statistiek, *Een onderzoek naar de levenswijze der gemeentekoelies te Batavia in 1937*, op. cit., p. 67 ; W.F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology*, op. cit., p. 173.

<sup>279</sup>W. F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology*, op. cit., p. 252-253.

*Native*<sup>280</sup> ». Ces deux groupes peuvent améliorer leurs états de santé « *after certain economic and social improvement*<sup>281</sup> ».

Brand qui a entrepris son enquête en utilisant une classification sur base raciale, ne peut pas, à la fin de son étude, échapper à la catégorisation socio-économique pour expliquer les différences entre les habitants des Indes-Néerlandaises. Le fait que la plupart des Indigènes sont pauvres ne signifie pas que leur pauvreté est une question de race. Pourtant ces deux critères sont souvent difficiles à séparer, comme le montre l'enquête sur l'état de la nutrition de la population que nous allons aborder.

## II – RECHERCHES SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL DE LA POPULATION

La sollicitude de l'autorité coloniale à l'égard de la population se manifeste également dans les enquêtes sur son état nutritionnel. L'étude qui a été menée consiste à analyser en détail la composition des aliments consommés par les habitants et à en établir le rapport avec leur état de santé. Il s'agit également de s'intéresser au rapport entre la qualité de l'alimentation et la situation sociale des intéressés. Cette recherche repose sur la présupposition que les conditions socio-économiques déterminent la qualité de l'alimentation qui, à son tour, influe sur l'état de santé. Autrement dit, cette recherche a également l'intention d'établir un rapport entre pauvreté et bien-être d'un individu à travers l'analyse de la nourriture qu'il consomme.

L'étude de cette question n'était pas tout à fait nouvelle. A la fin du XIXe siècle et jusqu'au début du XXe siècle, les médecins des Indes-Néerlandaises s'étaient intéressés au rapport pouvant exister entre alimentation et apparition du béri-béri<sup>282</sup>. On pourrait même dire que c'est la recherche pour combattre le béri-béri qui est à l'origine des recherches sur la nutrition aux Indes-Néerlandaises.

---

<sup>280</sup>*Ibid.*, p. 233-234 ; W. Brand, « Sterfteverhoudingen in de stad Bandoeng », *Koloniale studiën*, 1940, n° 24, p. 312-338, 385-405.

<sup>281</sup>W.F. Wertheim (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology.*, *op. cit.*, p. 273 ; W. Brand, « Sterfteverhoudingen in de stad Bandoeng », art cit.

<sup>282</sup>Voir, entre autres, Adolphe Guillaume Vorderman, *Onderzoek naar het verband tusschen den aard der rijstvoeding in de gevangenissen op Java en Madoera en het voorkomen van beri-beri onder de geïnterneerden.*, Batavia, Jav. Boekh. & Drukkerij, 1897, concernant le rapport entre la consommation du riz et l'apparition de béri-béri ; G. Grijns, *Researches on vitamins, 1910-1911*, Gorinchem, Holland, J. Noorduyt en Zoon, 1935, pour la fondation de recherche sur les vitamines.



Toutefois, à la différence de cette première recherche, l'étude sur l'état nutritionnel de la population n'a pas été réalisée en réponse à l'apparition d'une épidémie ; elle n'a pas pour but de freiner la propagation d'une maladie, elle répond donc à une autre préoccupation de l'autorité coloniale vis-à-vis de la population. D'abord, si on postule que le manque de nourriture affaiblit le corps et l'expose en conséquence facilement à la maladie, l'autorité coloniale se doit de réaliser une enquête pour déterminer la qualité de la consommation alimentaire des autochtones. Un autre but de cette enquête est de montrer à quel point l'autorité coloniale prête sérieusement attention au bien-être de la population indigène. Toutefois, en se focalisant sur elle, l'attention de l'autorité coloniale donne l'impression qu'elle est la source principale des maladies. Mais, ignorer ce fait pourrait mettre en danger la construction d'un pays moderne, surtout quand les Indonésiens habitent à côté des Européens.

Le jour de son intronisation comme professeur de chimie à l'École de Médecine de Batavia (STOVIA) le 18 septembre 1931, Willem Frederik Donath<sup>283</sup> a prononcé un discours intitulé « *Opmerkingen over de Inheemsche Voeding* » (Des remarques sur l'alimentation indigène)<sup>284</sup>. Donath s'était intéressé à la recherche en chimie depuis son arrivée aux Indes-Néerlandaises et il avait travaillé au Laboratoire de médecine à Weltevreden (Geneeskundige Laboratorium in Weltevreden) de 1921 à 1927<sup>285</sup>. L'énoncé de son discours montre qu'il porte un regard éclairé, du fait qu'il avait pu établir un rapport entre nutrition et état de santé, grâce à ses recherches conjointes en chimie et en médecine concernant l'alimentation<sup>286</sup>: « il me semble très important de prêter plus d'attention qu'auparavant à la nature, au mode de préparation et à la composition qualitative et quantitative de l'alimentation des indigènes<sup>287</sup> », proclame-t-il.

---

<sup>283</sup>Willem Fredrik Donath, né à Wormerveer le 25 juin 1889 et décédé à Den Dolder le 20 février 1957, est un chimiste spécialiste de la nutrition.

<sup>284</sup>W. F. Donath, *Opmerkingen over de inheemsche voeding : Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleerarr in de scheikunde aan de Geneeskundige Hoogeschool te Batavia op den 18 September 1931*, Buitenzorg, Archipel-Drukkerij, 1931, 32 p.

<sup>285</sup>Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging, *De geschiedenis van de scheikunde in Nederland. 2: De ontwikkeling van chemie en chemische technologie in de eerste helft van de twintigste eeuw*, Delft, Delft University Press, 1997, p. 150.

<sup>286</sup>W.F. Donath, *Opmerkingen over de inheemsche voeding*, op. cit., p. 4.

<sup>287</sup>Donath écrit: « *Dat ik voor hedenavond dus geen onderwerp van zuiver chemischen aard koos, moge deels worden toegeschreven aan den specialen eisch die het onderwijs in de scheikunde aan de Geneeskundige Hoogeschool aan ons stelt, immers wij moeten trachten onze leerstof zoo veel mogelijk toe te spitsen op de na de propadeuse volgende zuiver medische studie, anderdeels viel mijn keuze op de*

La pensée de Donath doit être examinée à la lumière du développement de l'étude sur les vitamines. A l'occasion du quatrième congrès de « l'Association Extrême-Orientale de la médecine tropicale » (Far Eastern Association of Tropical Medicine) qui eut lieu du 6 à 13 août 1921, Barend Coenraad Petrus Jansen<sup>288</sup>, un chimiste arrivé aux Indes-Néerlandaises en 1917 et nommé directeur de la section de chimie au Laboratoire de la médecine à Batavia en 1919<sup>289</sup>, a présenté un exposé intitulé « On Vitamines<sup>290</sup> ». Il y raconte l'histoire de la découverte et de l'étude des vitamines. « *In the last 25 years quite a change has come in our insight into the requirements to be fulfilled by the human food*<sup>291</sup> », dit-il en introduction. Le terme même de "vitamine" remonte à Casimir Funk qui découvre « *that some parts of the food, which are only found in little quantities, are extremely important- and that the want of them may cause very distinct diseases*<sup>292</sup> ». Funk, entreprenant sa recherche sur la question du béribéri, a montré qu'outre celui-ci, de nombreuses maladies étaient également causées par le manque de vitamines dans l'alimentation, ce qu'on appellera plus tard : « avitaminose » ou maladie de déficience vitaminique<sup>293</sup>. Toutefois, Jansen admet qu'à l'époque, en dehors des principales vitamines : A, B et C, on ignore encore tout des potentielles autres.

Pour Jansen, l'enjeu de ce type de recherche était très important. D'abord, parce qu'elle permettait d'établir le rapport existant entre la consommation de riz et l'apparition de béribéri. D'après lui, « *this question will be of still greater importance for the future, because by the economical development of East-Asia a continually greater part of the natives will live no more by agriculture. And then these people will no more grind their own rice, but will buy and eat machine-polished rice*<sup>294</sup> ». C'est le bon moment, selon Jansen, pour appliquer des mesures de prévention contre les

---

*voeding, omdat het mij van veel belang voorkomt, dat in het algemeen meer aandacht dan tot dusverre aan den aard, de wijze van toebereiding, de kwalitatieve en quantitatieve samenstelling der inheemsche voeding wordt besteed* », *Ibid.*, p. 4-5.

<sup>288</sup>Barend Coenraad Petrus Jansen, né à Zwolle le 1er avril 1884 et mort à Amsterdam 18 octobre 1962, est un chimio-physiologiste. Il est titulaire d'un doctorat de chimie à Amsterdam, et a soutenu sa thèse le 10 juillet 1912.

<sup>289</sup>Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging, *De geschiedenis van de scheikunde in Nederland. 2, op. cit.*, p. 150.

<sup>290</sup>B. C. P. Jansen, « On Vitamines » dans Committee for Scientific Work of the Congress (ed.), *Far Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the fourth congress held at Weltevreden, Batavia, 1921*, Weltevreden, Javasche Boekhandel en Drukkerij, 1922, vol. 2/1, p. 258-277.

<sup>291</sup>*Ibid.*, p. 258.

<sup>292</sup>*Ibid.*, p. 259.

<sup>293</sup>*Ibid.*, p. 260.

<sup>294</sup>*Ibid.*, p. 276.

risques du polissage du riz industriel. Jansen met également en avant la grande influence sur l'amélioration physique et psychique de l'individu de la consommation de lait. C'est la raison pour laquelle il conseille d'en consommer en quantité, mais avec beaucoup de regret, il reconnaît que le lait est une denrée rare dans les Indes-Néerlandaises<sup>295</sup>. Pour lui, d'une part, il est important de préserver la substance des vitamines dans la nourriture consommée par les habitants et, de l'autre, il conseille la consommation de nourritures riches en substances porteuses de vitamines. C'est donc à la suite de Jansen que Donath, dans son discours, affirme que « l'hygiène nutritionnelle doit comporter un nouvel élément et qu'on ne peut pas nier qu'à côté de la nécessité des protéines, des glucides, du gras et des composés organiques, les vitamines doivent maintenant être considérés comme des constituants essentiels de notre alimentation, sans lesquelles nous exposons notre corps à certaines maladies telles que l'avitaminose<sup>296</sup> ». La découverte des vitamines a donc complété l'ancien paradigme concernant l'alimentation nécessaire au maintien en bonne santé, qui, avant, se focalisait seulement sur les protéines et les lipides.

Dans leur discours, Jansen et Donath avouent qu'ils ne peuvent mener seuls le projet d'analyse qu'ils proposent concernant les quantités et qualités de nourriture nécessaire à la population. La collaboration avec le Département de l'agriculture, de l'industrie et du commerce leur est en effet indispensable, car ce département établit chaque année des données statistiques sur l'étendue des surfaces de terres agricoles utilisées et les quantités produites. Production et distribution des denrées agricoles sont un sujet d'intérêt pour ce département permettant de savoir si les populations ont subi la famine ou non. Cette collaboration, selon Donath, doit être réalisée pour comprendre la nature des denrées consommées par la population, le type de production agricole d'une région et son alimentation principale. Vient ensuite la composition nutritionnelle de chaque type d'alimentation pour en connaître sa qualité. Il admet qu'il y a des sortes d'aliments riches en protéines, mais qui possèdent moins de vitamines, comme le poisson par exemple. C'est la raison pour laquelle, dans son discours, Donath avance l'idée selon laquelle la combinaison de

---

<sup>295</sup>*Ibid.*, p. 277.

<sup>296</sup>« *Hiermede is de voedingsleer dus in geheel nieuwe banen geleid en het kan niet meer ontkend worden, dat naast de van ouds bekende groepen, de eiwitten, koolhydraten, vetten en anorganische verbindingen, nu ook de vitamines moeten worden beschouwd als noodzakelijke bestanddeelen van onze voeding, zonder welke we ons lichaam blootstellen aan bepaalde ziekten, de avitaminosen* », W. F. Donath, *Opmerkingen over de inheemsche voeding*, op. cit., p. 10.

différents aliments est très importante pour respecter les besoins nutritionnels du corps. Autrement dit, Donath, dans ce discours, insiste sur l'importance de la collaboration entre médecins, chimistes et officier du Département de l'agriculture qui lui permet de présenter un résultat des plus complets de sa recherche.

Donath a repris cette idée dans son article sur l'amélioration de la qualité de l'alimentation des indigènes dans les Indes-Néerlandaises publié en 1936. Il débute son analyse par l'évocation de la crise économique des années trente dont les conséquences sur le pouvoir d'achat sont très importantes, particulièrement en ce qui concerne les denrées alimentaires consommées par la population indigène. Il s'est rendu compte que des carences en certains aliments provoquent des déficiences graves. « Ainsi, un corps mal nourri est beaucoup plus exposé à toutes sortes de dangers et d'infection venant de l'extérieur, du fait qu'il a moins d'anticorps et de moyens de défense, ce qui est la caractéristique d'un corps bien nourri<sup>297</sup> ». Donath a en outre mis l'accent sur le fait que les carences alimentaires ne sont pas toujours de l'ordre du quantitatif, mais plutôt du qualitatif, car la population indigène dispose de suffisamment de ressources pour leur consommation mais que leur qualité n'est pas bonne. Ce fait, du point de vue de la santé publique, était toujours un danger, car ce manque de substances essentielles dans le régime alimentaire des populations ne peut plus être ignoré<sup>298</sup>.

En même temps que le discours de l'intronisation de Donath, J. J. Ochse du Département de l'agriculture publie un ouvrage intitulé *Waarom moeten wij groenten en vruchten eten?* (Pourquoi devons-nous manger des légumes et des fruits?)<sup>299</sup>. Cette publication est un travail de collaboration entre Ochse et Donath mettant l'accent sur les connaissances très limitées de la population concernant les besoins nutritionnels et en particulier sur les vitamines. D'après Ochse, cette ignorance des habitants est susceptible de les conduire à préférer consommer de la nourriture de mauvaise qualité, comme des sucreries et des gâteaux par exemple, alors que ces denrées sont chères. Cette idée l'encourage à réaliser une enquête sur les pratiques alimentaires des populations et la qualité des denrées qu'elles consomment. Cette

---

<sup>297</sup>« *Zulk een foutief gevoed lichaam staat veel meer bloot aan allerlei invloeden en infecties van buitenaf, doordat het minder afweerstoffen en afweermiddelen ter beschikking heeft dan een krachtig, goed gevoed organisme* », W. F. Donath, « *Verbetering van de volksvoeding in Nederlansch-Indie* », *Indische Gids*, 1936, vol. 1, n° 58, p. 482.

<sup>298</sup>*Ibid.*, p. 484.

<sup>299</sup>J. Ochse, *Waarom moeten wij groenten en vruchten eten?*, 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1931.

enquête s'avère donc comme une tentative de mise en place d'une recherche collective sur l'alimentation dans les Indes-Néerlandaises. Certes, la recherche de Ochse est également inspirée par l'article du professeur Mc. Cay qui a écrit « Daadkracht en voeding bij tropische volken » (L'énergie et l'alimentation des habitants tropicaux) dans l'hebdomadaire *De Taak* en 1922. Cay, entre autres, mettait en avant dans cet article, l'importance des protéines végétales et animales pour satisfaire les besoins en énergie du corps. Cet article fut ensuite repris par P. A. Scheeltema (Département d'agriculture) qui, quant à lui, insistait sur le fait que le besoin en protéines était différent pour chacun. Il donnait comme exemple les habitants de l'est de Priangan (Java-ouest) qui mangent essentiellement du riz trois fois par jour, et très peu de protéine, mais cela ne signifie pas qu'ils ont moins d'énergie<sup>300</sup>.

C'est le débat sur cette question qui a incité Ochse à approfondir sa recherche. D'après lui, l'énergie ne peut pas être mesurée par l'activité déployée par un individu. Certes, l'activité des Européens (sous les tropiques) n'est pas la même que celle des indigènes, et dire que l'une demande moins d'énergie parce qu'elle est moindre ne semble pas correct. Toutefois, pour éclaircir tous ces présupposés Ochse cherche à établir une relation entre la nature de la consommation et son coût réel. Collaborant avec Donath, il va remettre en question la qualité de la nutrition en lançant une étude sur ce que consomment réellement les habitants. Enfin, pour montrer le lien entre consommation alimentaire et état de santé, C. D. Langen, un médecin de santé publique, lance un questionnaire auprès des habitants<sup>301</sup>.

Cette enquête dure deux ans et demi, de 1932 à 1934 et est réalisée auprès de quinze familles de paysans. Plusieurs questions sont posées aux familles. Parmi celles-ci on peut citer : « comment préparez-vous votre riz ? », « est-ce que vous

---

<sup>300</sup>J. J. Ochse et al., *Geld- en producten-huishouding, volksvoeding en -gezondheid in Koetowinangoen*, Buitenzorg, Archipel, 1934, p. 1-2.

<sup>301</sup>J. J. Ochse et G. J. A. Terra, « Het onderzoek naar den economischen en landbouwkundigen toestand en het voedselverbruik te Koetowinangoen » (Enquête sur la situation économique et agricole et la consommation alimentaire à Koetowinangoen); W. F. Donath, « De voedingswaarde van het Inheemsche menu te Koetowinangoen » (La valeur nutritive du régime indigène à Koetowinangoen); C. D. Langen, « De gezondheidstoestand van de bevolking te Koetowinangoen » (L'état de santé des habitants de Koetowinangoen). Voir J.J. Ochse et al., *Geld- en producten-huishouding, volksvoeding en -gezondheid in Koetowinangoen*, op. cit.

consommez ce que vous récoltez ? », et « quel est votre revenu à partir de votre exploitation principale ? »<sup>302</sup>.

À partir cette enquête de terrain, Ochse et Terra découvrent que la plupart des indigènes consomment des légumes et des fruits. Cette possibilité vient du fait que les familles vivent au milieu de terres fertiles pour ce type de culture. Il existe des rizières (avec un système d'irrigation), des landes, des potagers, ce qui permet la production de riz, de maïs, de légumes et de fruits, et donc une alimentation variée. Contrairement à la première et à la deuxième de ces cultures, les potagers sont destinés à la consommation privée, mais c'est la production de ces derniers, d'après Ochse et Terra, qui assure les besoins nutritifs et en vitamines de la famille.

Au cours de cette enquête, les deux chercheurs ont également constaté que les indigènes ne dépensent que 2,5 cents par jour. Cette découverte provoque beaucoup de débats, malgré la véracité du fait. La question de l'alimentation en effet ne se trouve pas dans la quantité, mais plutôt dans la valeur nutritionnelle des aliments consommés ; il ne s'agit pas seulement d'une question économique, mais aussi d'une question de savoirs. Certains indigènes dépensent souvent leur argent pour acheter, par exemple, des bonbons, une alimentation sans grande valeur nutritive.

Dans un article publié en 1936, Donath commente les découvertes d'Ochse et de Terra qui s'expriment avec des sous-entendus méprisants sur les indigènes. Donath y répond par une explication à partir du domaine qu'il maîtrise, c'est à dire par les substances nutritives consommées. Pour cela, il analyse la composition des protéines consommées pendant une journée. D'après lui, 4 sur 21 familles sur lesquelles porte l'enquête, sont considérées comme ayant une alimentation de meilleure qualité que les autres. Elles consomment, chaque jour, 137 à 155 grammes de protéines, dont 5.9, 4.6, 8.4 et 22.5 grammes de protéines animales. Trois familles considérées ayant une alimentation de plus mauvaise qualité consomment 88-113 grammes de protéines, dont 1.8, 2, et 1.5 grammes proviennent de protéines animales. Cette dernière valeur, même s'elle est considérée comme étant la plus mauvaise en terme de nutrition, est encore meilleure comparée à celles d'autres pays<sup>303</sup>. Donath évoque ensuite la dépense de chaque famille pour l'alimentation et analyse sa composition nutritionnelle. Il prend en exemple les deux familles les plus

---

<sup>302</sup>*Ibid.*, p. 10.

<sup>303</sup>W. F. Donath, « Verbetering van de volksvoeding in Nederlansch-Indie », art cit, p. 486.

pauvres. Pour la première, son menu quotidien consiste en riz et soja, alors que la deuxième utilise moins de riz et de soja mais consomme des tubercules (pour remplacer le riz). Pour leurs besoins, ces deux familles ont dépensé, la première, 1,7 cent, alors que la deuxième, qui a le menu le plus varié et le meilleur sur le plan nutritif, ne dépense que 1,5 cent. Donath conclue donc « *Goedkoop en toch beter !* » – moins c'est cher, mieux c'est quand-même !<sup>304</sup>. Certes, la question ne se trouve pas dans le montant de la dépense, mais dans la qualité de l'alimentation que l'on consomme. Le savoir sur la nutrition est donc essentiel. En fait, Donath sous-entend que, concernant l'alimentation, il ne s'agit pas seulement d'une question de richesse, mais aussi de savoirs.

Toutefois, Ochse et Terra ont eu des difficultés pour interroger les habitants sur leur alimentation principale. Ils ont donc distingué trois types de consommation : ce que les paysans consomment au cours de leurs repas journaliers, ce qu'ils achètent comme collation en dehors des repas, qui est en général chère et très sucrée et ce qu'ils consomment pendant le « *slametan* »<sup>305</sup>. Cette dernière dépense s'avère être la plus importante pour les habitants, raison pour laquelle un tiers de leurs dépenses annuelles était utilisé pour préparer cet événement organisé une ou deux fois par an. Nous pouvons ainsi imaginer à quel point sont importantes les dépenses de consommation ce jour-là. Mais quelle est la qualité de cette alimentation ?

Concernant *slametan* Donath écrit : « Je soutiens, donc, l'idée selon laquelle *slametan*, – inconsciemment – ne joue un rôle très important dans l'économie domestique des indigènes qu'au cours de cette festivité : lors des organisations à répétition de cette fête, la consommation des meilleures ingrédients, qui sont absents dans la ration journalière, surtout les protéines animales, peut avoir lieu<sup>306</sup> ». Ainsi, *slametan* permet aux habitants peuvent d'assouvir leur besoin grâce à une alimentation de luxe, plus variée qu'à l'ordinaire.

En ce qui concerne l'alimentation quotidienne, la quantité de protéines que consomment les habitants n'est pas importante, mais elle n'est pas insuffisante non

---

<sup>304</sup>*Ibid.*, p. 487.

<sup>305</sup>Une sorte de rites religieux pour célébrer en général la naissance, le mariage ou la mort.

<sup>306</sup>« *Ik ben dan ook van meening, dat de slametans – onbewust – in de inheemsche samenleving nog een andere plaats innemen dan alleen die van festiviteit: door deze ritueele, zich steeds herhalende gebeurlijkheden worden door de veel betere ingrediënten, die genuttigd worden, tekorten in den dagelijkschen kost en dan wel in de eerste plaats van dierlijke eiwitten aangevuld* », J. J. Ochse et al., *Geld- en producten-huishouding, volksvoeding en -gezondheid in Koetowinangoen*, op. cit.

plus. Donath note que « le pourcentage en protéines par rapport au total de ce que consomment les familles (y compris lors des collations entre les repas et du *slametan*) se situe entre 10,1% et 13,3%, mais que dans la majorité des familles le chiffre se situe entre 11,5% et 12,5%<sup>307</sup> ». Cette valeur, selon Donath, est suffisante pour remplir les besoins en protéines. Toutefois, il admet également qu'il y a encore des familles dont la consommation de protéines est insuffisante.

D'après la comparaison entre la consommation de protéines végétales et animales, Donath constate qu'en général la plupart des indigènes sont végétariens. Le riz reste toujours l'alimentation principale, et sa teneur en protéines est faible, ce qui explique le manque de protéines. Pour cette raison « la combinaison du riz avec le soja est très avantageuse, du fait que pour raison financière les protéines animales sont un peu ignorées dans l'alimentation des indigènes<sup>308</sup> ». De plus, Donath a également mis l'accent sur le fait qu'il y a une alimentation riche en protéines animales facile à obtenir : le poisson. Il faut toutefois admettre que, d'après lui, la consommation de poisson à Koetowinangon n'était pas très courante<sup>309</sup>.

En ce qui concerne les lipides, Donath mentionne qu'en moyenne leur consommation n'est pas insuffisante, mais qu'elle reste quand même très basse. Il est intéressant de lire son commentaire sur les vitamines où il note que le problème principal se trouve dans la méthode de préparation des aliments. Préparer des légumes en les faisant bouillir, ce que les indigènes font souvent, risque de détruire leurs substances essentielles<sup>310</sup>. C'est pour cette raison qu'enseigner aux indigènes comment préparer les aliments lui semble indispensable. Sur ce point, il s'est rendu compte que la question alimentaire n'était pas seulement une question économique, mais aussi une question de connaissances. En optimisant le rôle des jardins potagers autour de leur maison, des indigènes ont pu satisfaire leur besoin alimentaire<sup>311</sup>.

La question qui reste à élucider est le rapport entre les besoins alimentaires et l'état de santé des individus, d'où l'intervention de C. D. Langen, officier de santé publique. Son enquête fut réalisée après la période de recherche de Ochse et Terra,

---

<sup>307</sup>*Ibid.*, p. 293.

<sup>308</sup>Donath écrit: « *Uitvoerig werd stilgestaan bij de combinatie rijst-kedelee en ik noem het een zeer gelukkige omstandigheid, dat, waar vooral om financieele redenen het dierlijke eiwit in de inheemsche voeding nu eenmaal een ondergeschikte plaats inneemt, het percentage der gebruikte hoeveelheden kedeleeproducten ten opzichte van rijst zoo gunstig is* », *Ibid.*, p. 294.

<sup>309</sup>*Ibid.*, p. 297.

<sup>310</sup>*Ibid.*, p. 300-302.

<sup>311</sup>*Ibid.*, p. 308-309.



visant les familles qui ont été de questionnées, mais aussi à partir d'une observation générale sur la santé des habitants du district où résident ces familles<sup>312</sup>.

Notons d'abord sa méthode de travail. D'après Langen, avant d'entreprendre une micro-analyse sur les états de santé individuels, il faut commencer par décrire l'état général de santé des habitants. Pour cela, il se rend au marché, l'endroit qui, d'après lui, donne une bonne image de l'état de santé de la population. Là en effet on peut trouver « les mendiants et les affamés qui se rassemblent, étant donné qu'à cet endroit il est possible d'obtenir une sorte de repas. Pour cette raison, on trouve les sous-alimentés davantage qu'ailleurs à cet endroit ». Si le jour de visite au marché tombe au même jour que la vaccination, « on peut obtenir une idée de l'état nutritionnel des femmes enceintes et des petits enfants ». De plus, ce type d'information peut également être obtenu en se rendant à l'école. « Là à travers de simples questionnements concernant leur alimentation, on peut obtenir de solides informations de la part des élèves, alors que l'examen de leur apparence physique fournit également des informations essentielles<sup>313</sup> », écrit-il.

Sur le plan individuel, la recherche consiste en une analyse de sang, car « la malnutrition se manifeste dans la composition du sang ». Ceci est alors possible grâce à la disponibilité de la technologie de laboratoire. En outre, les données physiques sur la famille concernée sont également notées. Il s'agit de mesurer la taille, le poids des membres de la famille en rapport avec leur âge. L'analyse se poursuit par l'observation d'autres traits physiques. C'est à partir de ces analyses que Langen peut considérer qu'un individu est en état de malnutrition ou pas. Pour lui, « lorsqu'on se trouve à la frontière de la malnutrition, il apparaît en général une baisse d'énergie, et une moindre disponibilité au travail. [Les personnes] s'occupent moins de leurs maisons, de leur cour, etc. et leurs vêtements ne sont pas propres ; ils se lavent moins, car ils n'ont pas d'argent pour acheter du savon, et ces gens n'ont pas le courage de se laver surtout quand l'eau ne se trouve pas dans leur cour, ce qui fait qu'ils doivent aller à la rivière à côté pour le faire. Dans ce type de région, la vie au marché est moins vivante<sup>314</sup> ».

---

<sup>312</sup>*Ibid.*, p. 336.

<sup>313</sup>*Ibid.*, p. 336-337.

<sup>314</sup>« *Wanner een bevolking leeft aan de grens der ondervoeding, zien we een aglemeenen achteruitgang van haar energie en willigheid tot werk. De huizen, erven met paggers etc. worden slechter onderhouden, de kleeven zijn niet helder ; er wordt weinig gewasschen, want er is geen geld voor zeep en de bevolking is*

À partir de ses observations, grâce à la méthode décrite ci-dessus, Langen trouve que la condition des habitants de Koetowinangon est bonne, et ne découvre aucun cas de malnutrition. Certes, en ce qui concerne le poids des habitants, il est encore loin d'être idéal, du fait du manque de consommation de protéines comme l'a montré Donath. Toutefois, il souligne le fait que « bien que ce peuple ne soit pas sous-alimenté, il existe encore un symptôme présent, au moins en ce qui concerne les familles pauvres : elles se nourrissent en deça de ce qu'on doit considérer comme l'essentiel pour l'organisme humain du point de vue européen<sup>315</sup> ». Langen met ainsi l'accent sur le problème des pauvres. Bien qu'on ait déjà expliqué que la malnutrition n'est pas un problème économique, mais plutôt un problème de connaissance des besoins nutritifs, les pauvres ont un accès très limité à une bonne alimentation quotidienne. Se manifeste donc de nouveau une concurrence entre une explication socio-économique mettant l'accent sur la pauvreté comme cause de malnutrition et une cause « raciale » qui souligne plutôt l'ignorance des indigènes sur la valeur nutritive des aliments.

La collaboration entre différents spécialistes inspire encore par la suite la mise en place d'autres recherches. Trois années après cette dernière publication, la même équipe de chercheurs, à laquelle ne participe toutefois pas de Langen, publie une étude, exécutée selon un modèle et une méthode identiques aux précédents, sur l'état nutritionnel des habitants de Grisse. L'enquête concerne 101 familles, provenant de 9 sous-districts<sup>316</sup>. Cette recherche est rendue possible grâce à la création de l'Institut voor Volksvoeding (L'institution pour l'alimentation du peuple) en 1934<sup>317</sup>. Cette création institutionnalise le travail de recherche sur l'état nutritionnel de la population. La recherche n'est donc plus un travail collaboratif entre un chimiste, un médecin et un officier du département de l'agriculture, mais il s'agit plutôt d'un travail réalisé par une institution dédiée à cette recherche. La réalisation de recherches systématiques est le résultat de cette institutionnalisation. Ainsi, la

---

*te energieloos voor het wasschen zelf, vooral, wanner zij daarvoor het water niet op eigen erf heeft en ze dus met het wasgoed naar een naburige kali moet trekken. De passars zijn minder druk.* », *Ibid.*, p. 337.

<sup>315</sup>*Ibid.*, p. 351.

<sup>316</sup>J. Ochse, *Onderzoek naar de voeding in het regentschap Grissee*, Batavia, Landsdrukkerij, 1937, p. 1-2.

<sup>317</sup>C. D. de Langen, « Institut voor onderzoek der Volksvoeding », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1934, vol. 74, p. 442-444.

publication au début des années quarante des recherches effectuées depuis 1937, en est le témoignage<sup>318</sup>.

Au cours de ces recherches, un débat apparaît concernant la méthode la plus efficace pour l'étude des conditions alimentaires des habitants. Certes, la recherche collaborative de Ochse et Donath est utilisée comme modèle, mais on continue de chercher à l'améliorer. En outre, l'idée de conjuguer la recherche en laboratoire et la pratique sur le terrain est lancée au sein de l'Institution. Cela apparaît au moins dans un article publié en 1939<sup>319</sup>.

Nous pouvons dire que cet article est l'expression d'une tentative de collaboration entre le travail théorique et la pratique. Écrit par un expert de la nutrition, un expert de l'agriculture et un officier de santé, il constitue un programme destiné à améliorer la qualité de l'alimentation de la population des Indes-Néerlandaises. Ce programme peut sembler tardif, étant donné que des essais dans ce sens ont déjà été réalisés quelques années auparavant. Toutefois, ce qu'essayent les chercheurs, c'est de construire une théorie permettant de faciliter le travail dans ce domaine, alors qu'à cette date plusieurs recherches sont en cours<sup>320</sup>. Par ailleurs, cet article indique également le rôle que l'Institut de l'alimentation doit jouer sur cette question<sup>321</sup>.

La propagande prônant la consommation d'aliments riches en substances essentielles à l'organisme apparaît également avec des publications populaires. Ce type d'écrits insiste sur la consommation de produits disponibles dans l'environnement immédiat de la population. . L'Insituut voor Volksvoeding publie, par

---

<sup>318</sup>Nous voyons par exemple la publication de Instituut voor Volksvoeding, *Beschrijving en resultaten van een massaal-opname-systeem voor menu-onderzoekingen*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding, 1940, 11 p; Instituut voor Volksvoeding, *Patjet-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van de bevolking te Patjet (regentschap Tjiandoer) in 1937-1939*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding, 1940; Instituut voor Volksvoeding, *Rengasdengklok-rapport: onderzoek naar de voeding van de bevolking in Rengasdengklok (regentschap Krawang) in 1939. Beschrijving en resultaten van een massaal-opname-systeem voor menu-onderzoekingen*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding, 1940, 11 p; Instituut voor Volksvoeding, *Sagalaherang-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand der bevolking te Sagalaherang (regentschap Krawang) in 1937-1939*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding, 1940; Instituut voor Volksvoeding, *Poelosari-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand der bevolking in Zuid-Pemalang in 1939-1941*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding, 1941, 3 p.

<sup>319</sup>W. F. Donath, J. H. de Haas et G. J. A. Terra, « The Improvement of the Nutrition in the Netherlands Indies », *Mededelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*, 1939, p. 22-56.

<sup>320</sup>Voir citation 73 ci-dessus

<sup>321</sup>Postmus dans un article publié la même année écrit un commentaire selon lequel la recherche sur l'état nutritionnel de la population doit se focaliser sur trois points : méthode somatique, clinique et physiologique. Voir S. Postmus, « Onderzoekingsmethoden ter verbetering der voeding in Nederlandsch-Indie », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1939, vol. 79, p. 416-424.

exemple, *Makanan jang moerah tetapi baik* (L'alimentation bon marché, mais bonne [pour la santé]) en 1941. Le livre traite non seulement des aliments quotidiens faciles à se procurer mais aussi de la manière de les préparer. Il insiste sur l'importance de ces deux aspects, car « il arrive parfois qu'on ait bien choisi une bonne alimentation, mais nos santés sont toujours dérangées. Pour quelle raison ? C'est parce qu'on ne l'a pas bien préparée, ou bien parce que toutes les substances qui sont bonnes ne se trouvent pas dans notre alimentation quotidienne<sup>322</sup> ». La publication de cet ouvrage a donc pour but de diffuser l'information auprès des indigènes sur une bonne alimentation et sa préparation, une réponse à la question du manque de connaissance de la population à ce sujet.

L'enquête sur l'état nutritionnel de la population indigène reflète une orientation de la santé publique dans ce domaine sur un problème considéré comme propre à la population indigène. En mettant l'accent sur la différence raciale, l'analyse fait abstraction de la question des classes sociales. On peut parler d'une indigénisation de la santé publique. Les publications populaires en témoignent. Il s'agit d'abord d'une moralisation de l'hygiène.

### III – MORALISATION DE L'HYGIÈNE

Les indigènes sont la source des maladies. Ils hébergent de nombreux pathogènes qui peuvent être transmis aux autres, tout particulièrement aux non-indigènes. Ils sont les vecteurs des maladies tropicales. Les indigènes possèdent une immunité aux maladies, du fait de leur accoutumance aux microbes. Pour les Européens, c'est une menace sérieuse.

A partir de cette présupposition, les indigènes sont devenus la cible des campagnes d'hygiène. Tout ce qui les concerne, comme leurs habitations, l'endroit où ils vivent, et jusqu'à leurs habitudes quotidiennes sont devenues un sujet de débat pour les médecins. Nous avons examiné comment le *kampong* est devenu un terrain

---

<sup>322</sup>Instituut voor Volksvoeding, *Makanan jang moerah tetapi baik*, Batavia, Balai Poestaka, 1941, p. 4 La publication en langue locale montre à qui est destiné cet ouvrage. Le thème discuté est très simple avec une explication tout aussi simple ; Pour une publication destinée au public européen ou indo-européen, ou même aux indigènes capables de lire le néerlandais, voir G. A. de Mol, *Gezonde voeding : leerboek ten dienste van het huishoudonderwijs in Nederlandsch-Indië*, 2e verb. en verm. dr., Groningen etc, Wolters, 1940, 115 p Cet ouvrage donne une explication beaucoup plus complète avec une classification basée sur les différentes vitamines se trouvant dans différents aliments.

de combat des hygiénistes, du fait qu'il est considéré comme la source des maux ainsi que les maisons qui s'y trouvent. Nous avons également discuté de l'alimentation quotidienne des indigènes, considérée comme pauvre en nutriments.

Il faut rappeler que dans la société coloniale des Indes-Néerlandaises, la catégorie sociale basée sur la différence raciale, plutôt que la différence de classes, sert à expliquer tout phénomène social. En réalité, dans le cas de l'hygiène, le problème est plutôt une question socio-économique, pour laquelle le recours aux classes sociales est plus adapté. L'instauration du paradigme d'économie politique fait apparaître qu'il existe des Européens pauvres, une réalité que l'autorité coloniale a toujours évitée. Elle pourrait conduire à assimiler ces Européens pauvres aux indigènes, ruinant la légitimation de l'impérialisme, fondé sur la supériorité raciale des Européens. C'est une raison pour laquelle, la question de l'hygiène doit être indigénisée, autrement dit un problème propre aux indigènes.

C'est ainsi que les indigènes sont ciblés par la propagande, comme en témoigne la publication de manuels d'hygiène depuis le début du vingtième siècle en langue locale. Concernant la langue locale, il peut s'agir d'une des langues parlées par une grande communauté ethnique des Indes-Néerlandaises, comme le malais, le javanais ou même le sundanais. Il faut rappeler qu'à l'époque le malais était la langue la plus parlée parmi les différentes ethnies, et qu'aujourd'hui elle s'est transformée en langue nationale, indonésienne.

Du fait que la plupart des Indonésiens de l'époque sont illettrés, la publication de manuels en langues locales posent néanmoins question. Nous imaginons que ce type d'ouvrage n'était lu que par les classes sociales moyennes et l'ancienne aristocratie ayant eu la chance d'une formation dans une école occidentale. Cela se manifeste dans le caractère de récits s'adressant toujours à un individu qui a été formé dans une école coloniale. De plus, les publications en langue locale (en écriture local et arabe) supposent l'existence d'un groupe d'indigènes éduqués dans une école traditionnelle. Les élèves des écoles coraniques avaient évidemment accès à ce type d'information, grâce à leurs capacités à lire l'arabe. En fait, la propagande par la publication de manuels sur l'hygiène s'avère être limitée à ceux qui ont eu une éducation moderne ou traditionnelle, mais la majorité de la population n'a pas accès à ces manuels.

Toutefois, le groupe social réellement ciblé par cette propagande est l'instituteur de l'école. Certains manuels le visent spécifiquement. Dans ce cas, il s'agit d'un livret, renfermant des informations pratiques concernant l'hygiène du corps. L'instituteur est employé comme intermédiaire pour informer sur la pratique de l'hygiène dans la vie quotidienne. On peut parler « d'agentisation » de l'instituteur sur la question de l'hygiène et la cible sont les élèves de l'école. Néanmoins, il y a très peu d'Indonésiens ayant la chance d'aller à l'école à l'époque, et l'éducation à l'hygiène reste donc attachée à l'éducation occidentale.

La publication des ouvrages populaires autour de la question d'hygiène est réalisée par Balai Pustaka. Cette institution a été créée par l'autorité coloniale au moins pour deux raisons : la diffusion de l'idée de progrès provenant de l'Occident et l'introduction d'une langue officielle par la formalisation de la langue malaise pure en s'écartant de langue malaise courante<sup>323</sup>. Concernant la première raison, elle n'intéresse pas seulement des publications sur la santé et l'hygiène, mais aussi la publication de manuels pratiques, comme ceux traitant de technique agricole et de création de jardins potagers.

Les ouvrages publiés par Balai Pustaka concernent donc tous les aspects de la vie ; ils ont pour but de servir de guides sur la façon de vivre dans une nouvelle société. Ils donnent toujours le sentiment de l'importance des progrès en provenance d'Europe et incitent les indigènes à laisser derrière eux leurs traditions arriérées. Autrement dit, la publication d'ouvrages chez Balai Pustaka a pour objectif de mettre l'accent sur l'idée selon laquelle l'Occident est une source de sagesse<sup>324</sup>.

C'est du moins ce que l'on retrouve dans la propagande sur l'hygiène, un domaine où il a été souvent souligné le fait que la misère des indigènes était le fruit

---

<sup>323</sup>Pour l'histoire de la création de Balai Pustaka, voir Doris Jedamski, « Balai Pustaka : A Colonial Wolf in Sheep's Clothing », *Archipel*, 1992, vol. 44, n° 1, p. 23-46 ; Sur la politique de la langue, Benedict Anderson a bien analysé à quel point le Balai Pustaka était utilisé pour formaliser la langue malaise, entendue comme outil de la colonisation, à la différence de la langue malaise parlée par les nationalistes. Voir Benedict R. O'G. Anderson, *Language and Power: Exploring Political Cultures in Indonesia*, Jakarta-Kuala Lumpur, Equinox Pub, 2006, 305 p surtout le chapitre 4, « The languages of Indonesian politics » et le chapitre 6, « Sembah-Sumpah: The politics of languages and Javanese culture ».

<sup>324</sup>Voir Balai Poestaka, *Awas! Penyakit influenza*, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur, 1920, 14 p ; J. Kats, *Bab njejah nginoem arak*, op. cit. ; H. L. Roelfsema, *Pertjakapan tentang keséhatan*, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur, 1924, 125 p ; R. Soetomo, *Sesalan kawin, roesak keloearga dan sengsara doenia*, op. cit. ; *Batoek kering : (tuberculose)*, Tjét. ke-2., Weltevreden, Balai poestaka, 1929, 22 p ; H. arts Heinemann, *Pemimpin bagi mengadjar anak-anak disekolah dalam hal mengoeroes baji : petikan dari « Säüglingspflegefibel » karangan Antonia Zerwer*, Tjétakan ke 6., Batavia-Centrum, Balai poestaka, 1931, 20 p ; Instituut voor Volksvoeding, *Makanan jang moerah tetapi baik*, op. cit.

de leurs ignorances et leurs mauvaises habitudes, faute d'éducation. Une façon d'éviter cette misère est de suivre la voie que les Européens ont créée. Contester cette voie ne fait qu'aggraver la misère des indigènes.

Néanmoins, le Balai Pustaka n'est pas la seule institution qui produit des manuels sur l'hygiène. Il existe aussi la section de propagande du Département de santé publique qui publie des ouvrages sur la mise en place de règles d'hygiène dans la vie quotidienne<sup>325</sup>. Sur le plan du contenu, il s'agit de conseils pratiques de ce qu'on peut ou ne peut pas faire dans la vie quotidienne afin de rester en bonne santé, en évitant l'attaque des maladies.

La série d'ouvrages publiés par cette section de propagande est en néerlandais. L'utilisation de cette langue suggère qu'ils ne sont pas destinés aux indigènes ; seuls ceux qui ont la capacité de lire le néerlandais peuvent y accéder. Nous pouvons dire qu'il s'agit d'indigènes provenant des classes moyennes ou de l'ancienne aristocratie locale.

La classe moyenne indonésienne est donc bien particulièrement ciblée pour devenir l'intermédiaire d'une propagande sur l'hygiène ; en effet ce n'est que grâce à eux que la diffusion des idées sur l'hygiène peut se faire. Il en résulte deux avantages. D'une part, la diffusion des idées est beaucoup plus efficace, étant donné que les indigènes n'écoutent que les conseils de leurs compatriotes. De l'autre, la présence d'une classe intermédiaire a également pour fonction de créer un écart entre un petit groupe éduqué et les indigènes en général. Une hiérarchie est alors créée, en présentant les premiers comme ceux qui ont une formation à l'école occidentale et sont plus nobles que les seconds, mais en même temps toujours inférieurs à l'Européen. L'Européen est un modèle de progrès, mais néanmoins, il faut aussi admettre que les indigènes ne seront jamais Européens malgré leur éducation.

---

<sup>325</sup>Voir par exemple P. Eenhoorn, *Beschouwingen over lichamelijke opvoeding*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.4 ; A. F. J. E. Eilerts de Haan, T. J. Eskes et J. A. Oudendal-v. Marle, *Mond- en tandhygiëne*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.5 ; L. Kirschner, *De tien geboden der hygiëne voor de tropen*, Bandoeng, Drukkerij Maks & v.d. Klits, 1927, vol.8 ; J. A. Luymes, *Beschouwingen over kleeding-hygiëne en de toepassing in de tropen*, Bandoeng, Vorkink, 1927, vol.2 ; H. M. Neeb, *Een beknopt geschiedkundig Overzicht van de ontwikkeling der hygiëne uit de geneeskundige wetenschap.*, Bandoeng, Vorkink, 1927, vol.1 ; H. M. Neeb, *Korte wenken betreffende de wegen waarlangs de mensch met ziektekiemen besmet kan worden : en doeltreffende maatregelen om zulks zooveel mogelijk te voorkomen*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.3 ; Sangkanningrat, *Iets over hygiëne : in verband met adat, geloof en bijgeloof van het Soendaneesche volk*, Bandoeng, Nix, 1927, vol.10 ; J. C. van Schouwenburg, *De hygiëne van het nageslacht (eugenetiek)*, op. cit.

Des ouvrages populaires sont également publiés, en néerlandais ou en malais, par d'autres éditeurs que ces deux derniers. Ces ouvrages sont souvent une traduction d'un ouvrage écrit en néerlandais<sup>326</sup>. Sous forme de guides pratiques, ils se focalisent toujours sur la préservation de la santé. Les idées se transmettent par l'intermédiaire d'un récit ou bien par la description de tactiques visant ce qu'on peut ou ce qu'on doit éviter pour respecter les règles d'hygiène dans la vie quotidienne.

Le livre de Raden Mas Djokomono, *Sahabat jang baik akan sasaorang* (un bon ami de quelqu'un), publié en 1901, est un exemple de publication par un éditeur privé. Le sujet traité dans cet ouvrage est donné par le sous-titre « *jakni hikajat, jang membri djalan aken sasoeatoe, jang hendak mendjaga dirinja soepaja di djaoehkan dari pada segala penjakit* » (histoire sur le chemin qui mène à sa propre protection contre toutes les maladies).

La préservation de la santé qui se situe donc au centre de cet ouvrage écrit au début du XXe siècle devient alors un leitmotiv. Elle est l'objet principal des publications populaires à partir la seconde décennie du XXe siècle. Le corps est un capital très important à préserver. Les auteurs commencent en général leur discours par une sorte d'analogie corps/machine. Dans le livre de Djokomono, le corps humain est par exemple « imaginé comme une machine telle qu'une locomotive ou une machine à coudre, etc. ». L'auteur explique ensuite que le corps, comme une locomotive de train, consiste en plusieurs éléments qui travaillent en collaboration l'un avec l'autre. Préserver la fonction de chaque élément est très important pour assurer la fonctionnalité de la machine<sup>327</sup>. Avec cette analogie, Djokomono veut signifier que toutes les mesures effectuées pour maintenir la fonctionnalité de la machine doivent également être faites pour le corps ; la machine a besoin de carburant, ainsi que le corps pour l'alimentation ; la propreté de la machine doit être assurée pour ne pas gêner sa fonctionnalité.

---

<sup>326</sup>Djokomono Raden Mas, « *Sahabat baik akan sasaorang* » : *jaini hikajat, jang membri djalan akan sasoeatoe, jang hendak mendjaga dirinja soepaja di djaoehkan dari pada segala pennjakit*, Batavia, Oeij Tjaj Hin, 1901, 66 p ; I. Groneman, *Gevaarlijke vrienden*, sn, Benjamins, 1911, 10 p ; Karta di Radja, *Ngamoemoele badan*, Sl, sn, 1912, 32 p ; H. A. Benjamins, *Dari hal penghidoean dan perang bermoesehan jang tida kliatan*, Semarang, 1917, 54 p ; Th. J. A. Hilgers, *Leesboek over gezondheidsleer voor de Indische scholen*, Gouda, Van Goor, 1917, 112 p ; P. Peverelli, *Toelichting bij de platen atlas « blijf gezond »*, Groningen, Den Haag, Batavia, J. B. Wolters, 1933, 52 p ; Pierre Peverelli, *Nasihat tentang keséhatan : bagi goeroe anak negeri*, Groningen etc, Wolters, 1933, 48 p.

<sup>327</sup>Djokomono Raden Mas, *Sahabat baik akan sasaorang*, *op. cit.*, p. 5-6.



La question de l'hygiène est donc traitée par la préservation de la propreté du corps. Pour cela, il faut utiliser de l'eau et du savon, et cette activité doit être effectuée régulièrement, deux fois par jour. En outre, conserver un corps propre nécessite également le port de vêtements propres, des vêtements sales porteurs de bactéries rendant vaines le fait de prendre une douche. Il est également bien conseillé de porter un vêtement de couleur claire, comme le blanc par exemple. En effet, la couleur sombre va absorber les rayons du soleil et de la chaleur du corps surgit les maux.

L'alimentation des indigènes est également traitée. Dans le chapitre précédent, nous avons discuté sur la qualité de l'alimentation des indigènes qui est encore loin d'être suffisante sur le plan nutritif. La question a été traitée dans les publications populaires dans un but de propagande pour la consommation d'une bonne alimentation : elle doit être propre et contenir des nutriments essentiels. L'analogie avec le carburant des machines fait des aliments la source d'énergie permettant aux habitants d'accomplir leurs activités quotidiennes.

Le sport est un autre moyen pour rester en bonne santé. Afin d'assurer la circulation du sang, condition pour préserver sa santé, il faut prêter attention à la manière de s'asseoir et de se tenir debout. Les élèves à l'école doivent redresser leurs corps lorsqu'ils s'assoient. Faire de la gymnastique est donc conseillé, surtout aux élèves à l'école.

Au-delà de l'hygiène corporelle, la santé est également liée à la propreté de l'environnement. La maison doit être propre, la circulation de l'air assurée, et elle doit également être bien éclairée par les rayons du soleil. L'absence de ces deux conditions est une invitation à l'apparition de maladies.

En fait, les thématiques discutées dans ces manuels n'étaient pas tout à fait neuves. Depuis le XIXe siècle, des médecins européens exerçant dans les colonies tropicales en avaient déjà discuté. Mais cette fois, le traitement de la question vise l'intérêt des indigènes. Il est donc intéressant d'analyser la manière de présenter ces manuels et la conséquence de leur mode de présentation.

La diffusion d'un mode de vie sain est un des moyens les plus utilisés par les Européens pour l'enseignement aux indigènes. D'abord, parce que la santé est toujours une pratique quotidienne, dont le changement est facilement visible. Aussi, se mettre en danger conduit à risquer la mise en danger des gens de son entourage. Les interventions lors de l'apparition d'une maladie, surtout s'il s'agit d'une épidémie,

quand elles conduisent à des résultats, font que l'idée de progrès dans le domaine de la santé devient tangible. Par ailleurs, elle conduit à l'idée que la santé elle-même est liée au progrès. Les succès dans la lutte contre la maladie sont une manifestation du progrès de la science et de la technologie. Être malade signifie être arriéré, car incapable de lutter contre la maladie. Par conséquent, la diffusion de l'idée de progrès est liée à la mise en place d'un mode de vie sain, et c'est là que l'intervention de l'autorité coloniale, par l'intermédiaire de ses médecins trouve sa justification.

Un ouvrage prêchant un mode de vie sain sous forme de récit consiste toujours en une conversation entre un Européen et un indigène. Le premier est toujours la source des connaissances, alors que le second est un élève soumis, fasciné par le savoir du premier. L'européen dans le récit est représenté par un adulte sage, alors que l'indigène est représenté par un adolescent.

Du moins c'est ce qu'on peut lire dans *Pertjakapan tentang kesehatan* (Une conversation sur la santé), livre écrit par le couple Roelfsema, publié en 1924<sup>328</sup>. Comme les auteurs l'évoquent dans l'introduction, le livre est destiné à des élèves de l'école hollandaise, mais aussi aux élèves de Meer Uitgebreid Lager Onderwijs (MULO)<sup>329</sup>. Balai Pustaka, l'éditeur, a publié cet ouvrage pour des non-néanderlophones, en soulignant son importance, « non seulement pour des élèves de l'école de Boemipoetra<sup>330</sup>, mais aussi pour des jeunes et des anciens qui ont déjà quitté l'école ». L'objectif principal de cette publication est « une aide à la santé publique<sup>331</sup> ».

Comme l'évoque son titre, *Conversation*, il s'agit d'une discussion entre plusieurs personnages: Un homme hollandais et sa femme qui est institutrice à MULO ; Piet, le fils de ce couple européen, un élève de MULO ; Arsad, l'ami de Piet, élève de MULO également ; une infirmière hollandaise ; le père de Arsad, un fonctionnaire dans le bureaucratie coloniale ; Raden Ajoe, la mère de Arsad. En dehors de Piet, Arsad et sa mère – Raden Ajoe – les personnages n'ont pas de nom, mais donne à l'ouvrage le caractère d'une fable mettant en scène les rapports entre l'Orient et l'Occident. Ainsi, l'homme hollandais et sa famille jouent un rôle de tuteur

---

<sup>328</sup>H. L. Roelfsema, *Pertjakapan tentang keséhatan*, op. cit.

<sup>329</sup>C'est une école synonyme de collège dans le système éducatif français. Littéralement, MULO veut dire « école inférieur plus vaste ». Le cycle dure pendant trois ans. Voir Robert Cribb et Audrey Kahin, *Historical Dictionary of Indonesia*, 2nd Revised edition., s.l., Scarecrow Press, 2004, p. 132.

<sup>330</sup>Expression pour désigner une école avec un système éducatif occidental, mais destiné aux indigènes.

<sup>331</sup>H. L. Roelfsema, *Pertjakapan tentang keséhatan*, op. cit., p. 4.

pour Arsad. Parlant du lieu d'habitation d'Arsad, sa femme fait un commentaire : « C'est vrai, Arsad, je pense que le *kampong* où tu habites n'est pas sain. Là-bas, il y a beaucoup de fossés, de sorte qu'il y a beaucoup de moustiques et donc le paludisme<sup>332</sup> ». Son mari ajoute ensuite que, malgré le soin donné à sa propre hygiène corporelle et à celle de l'environnement, la menace reste présente. Il dit : « Piet ! Rappelle-toi, pas tous ceux qui sont autour de nous nettoient leurs cours et leurs salles de bain, comme je l'ai dit tout à l'heure. De plus, le moustique peut voler très loin<sup>333</sup> ». Le propos de cet Hollandais, mis en avant dès le début de l'ouvrage est que le problème de santé ne concerne pas seulement l'individu, mais aussi les personnes qui vivent autour de lui. Ce qui montre à quel point les Européens se sentaient toujours menacés par leur environnement considérés comme malsains.

Certes, de manière indirecte, ce constat conduit à promouvoir la pratique de l'hygiène chez les Indonésiens qui sont encore loin d'avoir conscience de son importance. Lors d'un petit voyage avec Piet et son père, Arsad rencontre un mendiant indigène qui les approche. Le père de Piet demande l'opinion de Arsad sur la présence de ce mendiant : « Je suis triste de voir ce mendiant qui nous demande de l'argent et va au petit magasin pour acheter de quoi manger », répond Arsad. Ce qui le rend triste s'explique par le constat de Piet : « J'ai vu les produits vendus dans le petit magasin. Il y a beaucoup de mouches qui se posent sur la nourriture. Mais on la consomme quand même ignorant la présence de ces mouches. J'en suis dégoûté !<sup>334</sup> ». Cette intrigue montre la manière dont sont perçues les habitudes des indigènes en général ; la réaction d'un compatriote, représenté par Arsad, vis à vis du mendiant est la tristesse, , alors que l'Européen éprouve du dégoût.

La conversation entre ce petit indigène et le Hollandais concerne un champ très vaste de thèmes différents, mais surtout les maladies se propageant aux Indes-Néerlandaises telles que le paludisme, le choléra, le typhus, la dysenterie et l'ankylostomiase, ainsi que les maladies causées par les déficiences alimentaires. Le Hollandais joue le rôle d'un vieux monsieur, patient pour répondre à toutes les questions posées par le jeune indigène. Ce qu'il souhaite est le bien pour l'avenir de

---

<sup>332</sup>« *Benar, Arsad, saja rasa kampoeng tempat engkau tinggal itoe koerang séhat. Disana banjak sekali lopak dan parit ; itoelah jang menjebakkan banjak njamoek dan penjakit malaria* », *Ibid.*, p. 5.

<sup>333</sup>« *Piet ! Ingatlah, tidak semoea orang jang tinggal dekat-dekat kita membersihkan pekarangannya, dan tidaklah poela semoea orang jang membersihkan kamar mandinja, seperti jang koekatakan tadi lain daripada itoe njamoek itoe djaoeh poela terbangnja* », *Ibid.*

<sup>334</sup>*Ibid.*, p. 18.

Arsad, autant que pour celui d'autres indigènes éduqués, au contraire de la plupart des indigènes ignorants.

Dans le livre de Kezer, la forme de la conversation est différente, elle se passe entre deux indigènes, dont l'un est un médecin et l'autre un enfant. Leur conversation constitue également une sorte d'enseignement. Le fait que cette fois-ci, l'enseignement provient d'un indigène témoigne de l'objectif impérialiste: au final, ce sont les indigènes qui vont enseigner leurs compatriotes. Cependant, n'importe quel indigène ne peut jouer ce rôle: il doit avoir eu une formation dans une école occidentale, croire à l'idée d'un progrès apporté par l'Occident. C'est le cas du médecin, personnage principal de ce livre, dont le titre est *Pendjaga diri : kitab batjaan tentang kesehatan ontoek sekolah Boemipoetra* (Le soin de soi : un livre sur la santé pour des élèves de l'école *Boemipoetra*)<sup>335</sup>.

Le récit commence par la description de la maison du père de Arsik dans laquelle vivent de nombreuses personnes. En effet, la propreté de la maison est en jeu et le père de Arsik qui est un personnage important dans la plantation est malade. La foule de ses amis qui sont venus lui rendre visite lui souhaite d'aller mieux. Face à la maladie qui s'empire de plus en plus, la famille décide d'appeler un *dukun*, une catégorie de médecin traditionnel qui soigne les malades grâce à des pouvoirs surnaturels, très connu dans sa région. Cette famille dépense beaucoup d'argent, à la demande de ce *dukun* pour entreprendre le processus de traitement. La famille décide pourtant de céder à ce qu'il demande. Cependant, malgré le traitement, le malade ne va pas mieux. Par contre même, la maladie empire de plus en plus.

C'est à ce moment-là qu'arrive le supérieur du père de Arsik à la plantation. Apprenant que le père est atteint d'une maladie grave, il lui conseille d'aller à l'hôpital se faire soigner. Le père de Arsik est convaincu des possibilités offertes par l'hôpital, mais sa famille se méfie toujours de cette institution, et elle préfère appeler le *dukun*. D'après elle, une fois qu'on est entré à l'hôpital, on n'en sortira jamais ; et une fois mort le corps sera disséqué. Le supérieur propose alors de l'accompagner à l'hôpital, qui est le meilleur moyen pour se faire soigner.

C'est à l'hôpital qu'il rencontre le médecin indigène, très gentil et ne donnant pas l'impression d'être aussi cruel que le décrivent souvent les gens du *kampong*. En

---

<sup>335</sup>Wim Keizer, *Pendjaga diri : kitab batjaan tentang kesehatan oentoek sekolah boemipoetra*, Tjétakan jang keempat., Groningen ; Batavia, JB Wolters, 1941, 102 p.

outre, le malade est bien accueilli, on commence par le laver, on lui offre un vêtement propre et on le place dans une chambre propre. Le père de Arsik se sent très à l'aise. C'est pendant son séjour à l'hôpital, que la conversation entre le médecin indigène et Arsik a lieu.

Le message transmis au cours de la conversation est que la prévention est toujours mieux que le traitement. Il reflète l'esprit de la santé publique au début du XXe siècle. La discussion concerne des problématiques très courantes sur la santé pour la population. Arsik représente un bon candidat pour étudier. Il se soumet toujours aux explications du médecin, de sorte qu'il demande à ses parents de changer leur mode de vie.

Diffuser l'information pour l'adoption d'un mode de vie sain fait partie du programme politique du gouvernement colonial. L'objectif final est de créer une société saine. Mais, au-delà de cet objectif, le gouvernement colonial a un autre projet à réaliser : la modernisation.

Moehamad Joesoef, un médecin indigène, écrit en 1913 : « Si notre corps est frais et en forme, nous pouvons travailler pour chercher fortune, et nos pensées marchent bien si notre corps est sain. Le corps faible a moins de force ; il n'a pas envie de travailler et il ne peut rien faire, surtout il ne peut pas faire grand-chose dans la vie<sup>336</sup> ». Ce constat montre comment un médecin indigène établit un rapport entre la capacité de travail et l'état physique. La capacité de travail est une condition essentielle surtout pour une nation qui est encore dans un processus de développement. Joesoef ajoute: « Quel pays peut se développer tant que sa population est malade, et que le président du pays ne peut pas penser à développer son pays, car il est très occupé par lui-même, ou même s'il est en bonne santé, ce sera encore difficile, car des gens de son entourage sont malades, et ainsi cela continue pour toujours<sup>337</sup> ». Par ce passage, est souligné le rapport entre la santé et le progrès.

« Notre corps est comme un joyau », écrit Karta di Radja. Si on ne prend garde à sa propreté, il va perdre son brillant, et ne va susciter l'intérêt de personne .:

---

<sup>336</sup>« Kalau diri kita segar dan koeat, dapatlah dipakainja dengan senang pada mentjari oentoeng dan akal kitapoen lebih elok tatkala diri didalam sehat. Badan jang tiada segar, koerang koeatnja ; dan tiadalah maoe dipajahkan, apalah jang boleh diboeatnja dengan badan begitoe, tiada banjak, dan barang jang besarpoeen tiada boleh dikerdjakan », Moehamad Joesoef, Kitab « pemeliharaan diri », Betawi, Kolff, 1913, p. 3.

<sup>337</sup>« Dimanakah negeri jang orangja selaloe sakit boleh madjoe, dan orang jang mengepalai negeri itoe tentoelah tiada ada pikirannja akan memadjoekan bangsa, sebab ia sendiri selaloe didalam soesah, walaupoen dirinja segar, tetapi ahlinja jang lain sakit, begitoeelah sahadja selama-lamanja » Ibid., p. 12.

Encore au sujet du corps, il écrit : « on n'aime pas regarder la personne sale, on en sera dégoûté ; au lieu d'être proche, on préfère s'éloigner<sup>338</sup> ». La saleté était donc, aux yeux de Karta di Radja, une menace pour les rapports sociaux.

Il semble intéressant de voir comment cet auteur définit la saleté qui n'est pas seulement liée à la pratique des ablutions, mais aussi à d'autres pratiques corporelles. Les ongles longs étaient par exemple définis comme un signe de malpropreté, d'où la nécessité de les couper une fois par semaine. Il parle également de l'habitude des Sundanais et des Javanais de se laisser pousser les cheveux. D'après lui, cette pratique ne convient plus aux hommes. « Avoir des cheveux courts nous rend heureux ; en effet, on ne sera pas occupé à les traiter, et ils seront faciles à nettoyer chaque fois qu'on prend une douche<sup>339</sup> », écrit Karta di Radja. D'après lui, les cheveux sont une partie du corps qui s'expose facilement à la saleté. Les cheveux longs permettent à la tête de ne plus transpirer, et alors ils se mélangent avec les poussières collées sur la peau de la tête. Karta di Radja a également conseillé de se couper la barbe et les moustaches, car selon lui, un visage propre reflète la propreté du corps<sup>340</sup>.

Concernant l'avancement d'un pays, Benjamins écrit : « Un pays qui cherche le progrès et le bonheur, doit veiller à la santé, dont le bénéfice est pour tous<sup>341</sup> ». Il accorde un rôle très important à l'enseignement de l'hygiène, car toutes les tentatives de mise en place de dispositifs de santé publique par le gouvernement colonial, ne servent à rien si les habitants ne comprennent pas l'importance de l'hygiène. « A quoi peut servir les instructions du gouvernement pour que les habitants nettoient leurs maisons ou les règles de construction des maisons si on ne sait pas les mettre en pratique<sup>342</sup> ». Sardjito, un médecin indigène, croit également au rapport entre la santé de la population et la richesse du pays. « Alors, si on poursuit le progrès, il faut

---

<sup>338</sup>« *Malah batoer2 oge teu resepeun nendjo ka djeleme nu kotor, semoe geleuheun pisan ; manan daek deukeu mah, anggoer ngaangangan* » Karta di Radja, *Ngamoemoele badan*, op. cit., p. 9.

<sup>339</sup>« *Eta miara boeoeuk pondok tea matak njenangkeun pisan kana diri ; karena teu ridoe, babari diberesihanana, meh oenggal mandi ditjoemplangan* », *Ibid.*

<sup>340</sup>*Ibid.*, p. 10.

<sup>341</sup>« *Kalau satoe bangsa orang maoe tjari kemadjoean dan kesenangan, temtoe djoega satoe-satoenja moesti toeroet djaga badan, nanti antero semoea dapet kebajikannya* » H.A. Benjamins, *Dari hal penghidoepan dan perang bermoesoehan jang tida kliatan*, op. cit., p. 1.

<sup>342</sup>« *Apa goenanja kalau pembesar negri membri prentah boewat bikin bersih roemah atawa kasi atoeran baik boewat atoer mendirikan roemah kalau orang2 tida mengerti goenanja* », *Ibid.*

travailler à fond, réaliser des progrès dans tous les domaines, en préservant la santé physique suivant le conseil des médecins<sup>343</sup> ».

Etablir un rapport entre santé et progrès du pays signifie mise à disposition d'une série de pratiques à suivre. Kirschner écrit 10 conseils à suivre afin d'éviter la maladie. Il se focalise sur les pratiques quotidiennes comme se laver les mains avant les repas ou après être sorti des toilettes, la consommation modérée de nourriture, ne jamais boire de l'eau non bouillie, se laver les dents, enseigner aux domestiques comment garder propre la maison et fermer la bouche avec la main lorsqu'on tousse. Ces dix conseils sont écrits en vers poétiques traditionnels, destinés à être chanté. Cette forme d'écriture est choisie pour faciliter l'appropriation de nouveaux gestes pour préserver la santé. La version complète est la suivante :

---

<sup>343</sup>« *Djadi lamoen ajeuna oerang ngoedag kamadjoean, oelah kapalang koedoe nepi ka djoetjoengna, majdoe sagala roepana, nja kitoe deui perkara ngadjaga kawarasan make atoeran kadokteran oge teu hade kateler-teler* », Sardjito, *Hal neangan kawarasan*, Batavia, Bale Poestaka, 1932, p. 3.

Kinanti

Ieu sapoeloeh piwoeroek,  
Anoe perloe pikeun diri  
Soepaja oelah katerap  
Koe roepa2 panjakit  
Noe matak tjilaka awak  
Oreang tetek hidji2.

Ce sont dix conseils,  
dont on a besoin  
pour s'éloigner  
des maladies  
détruisant le corps  
allons les décrire un par un

Leungeun salawasna koedoe  
Dikoembah masing beresih  
Oenggal2 memeh neda  
Atawa 'moen 'tas ti W. C.  
Kokoena koedoe disikat  
Koe sabab sok rea bacil.

Les mains doivent toujours  
être lavées proprement  
à chaque fois avant de manger  
ou à la sortie des toilettes  
les ongles doivent être brossés  
car il y a toujours des bacilles.

Orang dahar abeh hiroep,  
Djagdjang waringkas walagri ;  
Barangdahar tambarakan  
Eta teu njaah ka diri,  
Poho kana kasehatan  
Noe matak salamet diri.

On mange pour vivre,  
en bonne santé;  
manger irrégulièrement  
ne pas prendre soin du corps,  
font oublier la santé  
pouvant sauver le corps.

Pepeling anoe katiloe  
Poma oelah wani2  
Ngadaharan lalab atah  
Boeah ngora kitoe deui  
Kitoe soteh lamoen hajang  
Teu katerap koe panjakit.

Le troisième conseil  
surtout ne tentez pas  
de manger des salades crues  
ni de fruits verts  
si on veut  
s'éloigner des maladies.

Poma oerang oelah nginoem  
Sosoe atawana tjai  
Anoe teu ditaheur heula  
Sabab masih loba bacil  
Anoe tatjan dipaehan  
Eta teh bibit panjakit.

Surtout ne pas boire  
du lait ou de l'eau  
qui ne sont pas bouillis  
car ils contiennent encore des bacilles  
qui ne sont pas morts  
ce sont les vecteurs de la maladie.

Rea djalma noe kaliroe  
Ngjangka es maehan bacil  
Padahal eta teh salah,  
Moen leungeun pinoeh koe bacil  
Dipake njabak es tea

On oublie souvent  
de tuer les bacilles  
ils ont été oubliés,  
les mains couvertes par les bacilles  
touchent des glaçons



Nambahan tjilaka diri.	cela met en danger.
Kadaharan anoe amoetjoej Djeung noe pangeungeunahna deui Henteu kabeh pangsehatna Aja noe matak balai Seperti beas noe ngeplak Ngadatangkeun biri <sup>2</sup> .	Des nourritures délicieuses et qui sont bonnes ne sont pas toutes bonnes pour la santé il y en a qui sont dangereuses comme le riz qui peut provoquer le béribéri.
Hontoe oge eta perloe, Sabab parabot noe penting Pikeun djalan kadaharan Poma oerang koedoe apik Sikat oenggal entas dahar Pitjeunan sakabeh tjeuhil.	Les dents aussi, ce sont la partie importante l'entrée de toutes les nourritures il faut qu'on les soigne les brosser après manger jeter toutes les miettes.
Oerang sing sering ngawoeroek Ka djongos reudjeung ka koki Oelah njerebetan wadah Koe serebet noe geus roedjit Lamoen henteu diwoeroekan Kasehatan orang leungit.	Il faut qu'on apprenne aux bonnes et aux cuisiniers à ne pas nettoyer des choses en utilisant des serviettes sales si on ne le fait pas on perd la santé.
Lamoen oerang arek batoek, Baham toetoeapan sing boeni, Sabab moen henteu kitoe mah Bacil teh tangtoe baridjil Nepaan djalma noe aja Noe masih sehat walagri.	Si on veut tousser il faut se couvrir la bouche si on ne le fait pas les bacilles en sortent contamine des gens sains autour.
Di dinja tempatna ngoempoel Beurit, insect reudjeung reungit Komo moen aja djarian Rea parab genah tjitjing Ka djalma nambahan bahja Nambahan deukeut panjakit. <sup>344</sup>	C'est là où se rassemble des souris, des insectes et des moustiques surtout s'il y a de l'eau stagnante ils restent là tranquillement provoquant un risque pour les personnes ils nous causent des maladies.

L'utilisation de savon devient un standard de modernité. L'usage de l'eau n'était pas une pratique nouvelle pour les indigènes. La plupart des habitants étant musulmans avaient déjà l'habitude de se laver avec l'eau. Au regard des Européens, cette pratique n'était cependant pas considérée comme hygiénique. D'une part, parce

---

<sup>344</sup>L. Kirschner, *De tien geboden der hygiëne voor de tropen, op. cit.*

que l'eau utilisée n'était pas propre et, de l'autre, parce qu'ils le faisaient sans utiliser de savon<sup>345</sup>.

Manger avec des cuillères et des fourchettes correspond pour les Européens à la modernité et un mode de vie saine. Mais, la plupart des indigènes mangent avec les mains. Cette habitude était regardée comme malpropre, surtout lorsqu'on ne se lave pas d'abord les mains avant de manger. Cela est illustrée par l'histoire de Arsik, dont les parents souhaitent inviter le médecin à manger à la maison, mais ont peur de l'absence de cuillères, de fourchettes et de plats à la maison<sup>346</sup>. Deux aspects sont ici mis en avant. D'abord, le médecin indigène est déjà occidentalisé, car il n'est plus habitué à manger avec les mains. De l'autre, la fourchette et la cuillère sont la marque d'un mode de vie saine, car manger avec les mains, surtout quand elles sont sales, expose facilement à la transmission de microbes. D'où la fourchette et la cuillère qui apparaissent comme le symbole de l'hygiène et du progrès.

Toutefois, le médecin souligne également le fait que ce n'est pas vraiment ces deux ustensiles en soi qui sont importants, mais plutôt leur état de propreté. Cela dénote une critique envers les indigènes qui suivent le mode de vie des Européens sans connaître la raison principale des pratiques. C'est la raison pour laquelle le médecin rappelle qu'on ne doit pas oublier de nettoyer la fourchette et la cuillère après les avoir utilisées.

Peverelli, un officier de santé publique, publie un manuel de vie hygiénique, dans une édition illustrée<sup>347</sup>. Les personnages représentés sont des indigènes et l'illustration est divisée en deux parties, évoquant une dichotomie entre sain/malsain, bien/mal, moderne/traditionnel. En outre, elle montre également un processus : comment la transmission a eu lieu. L'image d'un malade est dramatisé comme si elle avait l'intention de faire peur, montrer les conséquences de ne pas suivre un bon conseil. Le fait que les illustrations du livre représentent toutes des indigènes souligne à nouveau que la question de l'hygiène est une question qui les concernent : les indigènes sont sales, malsains, sauvages et c'est le devoir des Européens de les sauver.

---

<sup>345</sup> Kees van Dijk, « Soap is the onset of civilization » dans *Cleanliness and culture: Indonesian histories*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 1-39.

<sup>346</sup> W. Keizer, *Pendjaga diri*, op. cit., p. 37-40.

<sup>347</sup> P. Peverelli, *Toelichting bij de platen atlas « blijf gezond »*, op. cit.

## CONCLUSION

La santé publique est une préoccupation institutionnelle. Sa mise en œuvre ne se réalise qu'à partir de la création d'institutions spécifiques. La création du Service de santé civile qui au cours de son développement se transforme en Service de santé publique en est la confirmation. Travaillant sous la direction de la santé publique, la mise en place de l'hygiène s'effectue de manière systématique. Il s'agit, premièrement, de la création d'un environnement salubre englobant l'aménagement de l'espace urbain, la construction des égouts et la distribution d'eau potable. Deuxièmement, il s'agit d'assurer un environnement social sain par l'interdiction de la prostitution, de l'abus d'alcool, de la consommation d'opium, mais surtout par l'établissement des idées sur la pureté raciale chez les eugénistes. En instaurant un programme d'hygiène sociale, le travail s'oriente de plus en plus vers les Indigènes. La question de la pauvreté de ces derniers est étudiée dans son rapport avec leur état de santé. L'enquête sur la malnutrition évoque que celle-ci est le fruit de leur ignorance. L'hygiène devient donc une question morale qui détermine le bien et le mal, la tradition et le modernité.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

On a vu dans ce travail l'évolution du rôle des hygiénistes aux Indes-Néerlandaises. Ils se sont d'abord intéressés aux villes côtières, comme Batavia, Semarang et Surabaya, où habitent les Européens. Les médecins ont ensuite mené des enquêtes sur la situation sanitaire des différentes régions et tracé la topographie médicale de la colonie. À la fin du XIXe siècle, le terrain de travail des médecins se déplace vers les grandes plantations sur la côte est de Sumatra. Dès le début du XXe siècle, on entreprend d'aménager l'espace urbain en prenant en compte les règles d'hygiène ; apparaît alors le problème du *kampong* – l'espace urbain peuplé par les Indigènes. Les hygiénistes concentrent leurs travaux dans cet espace, de peur que son insalubrité ne contamine les lieux de vie des Européens. Enfin, à la fin de la colonisation, le travail des hygiénistes s'étend aux villages.

Le rôle des hygiénistes a trois axes principaux. D'abord la vaccination des populations, essentiellement pour combattre la propagation de variole ; dans le même temps, ils établissent aussi des statistiques médicales à partir des taux de naissance et de mortalité dans les populations de chaque région. Ensuite, le combat contre les maladies tropicales, à la fin du dix-neuvième siècle avec la création de laboratoires médicaux spécialisés dans ces maladies. Enfin, le travail préventif qui englobe la purification de l'air vicié dans les prisons et les hôpitaux, l'amélioration du logement et la construction de latrines, ainsi que le combat contre la prostitution, l'abus d'alcool et d'opium et la criminalité. Le mouvement nationaliste, qui apparaît dans la seconde décennie du XXe siècle, est également à certains égards, considéré comme un acte criminel, lié à l'insalubrité des Indes-Néerlandaises. Nous pouvons dire que les médecins passent d'un travail curatif à préventif.

Tout au long de la période étudiée (1820-1942), les médecins jouent un rôle politique important dans cet empire colonial. Les critiques qu'ils lancent contre la mise en place du « système de cultures » (*culturstelsel*), menant à l'apparition du libéralisme, est l'exemple le plus frappant. Willem Bosch, qui encourage l'arrivée de nouveaux colons, après s'y être opposé, démontre que l'accroissement du nombre

d'Européens conduit à la diminution de l'exploitation des peuples autochtones. Ce médecin souligne également à plusieurs reprises la nécessité de prendre soin des Indigènes, car c'est d'eux que dépend le progrès économique de la colonie.

Ce sont aussi des médecins qui défendent la mise en place de l'« ordonnance du coolie », un système critiqué par les politiciens à cause de sa similarité avec l'esclavage. Basé sur le préjugé que les travailleurs indigènes et chinois sont ignorants, ce système autoritaire les oblige à aller à l'hôpital lorsque ils sont malades et les met en isolement en cas d'épidémie, afin d'assurer l'hygiène des plantations. Les entreprises doivent fournir des logements salubres aux travailleurs, ainsi que des infrastructures accueillant le service de santé publique.

H. F. Tillema, qui n'est pas médecin, mais pharmacien, a fondé sa carrière sur la vente d'une bouteille d'eau, boisson fraîche dont la fabrication est conforme à l'hygiène. Mais il a aussi été un acteur primordial pour le développement de l'hygiène dans les espaces urbains des Indes Orientales. Au début du XXe siècle, les campagnes des hygiénistes en s'attaquant à des problèmes à la fois médicaux et sociaux, visent à fonder une nouvelle moralité, un mode de vie conforme à la modernité.

Vers la fin de la colonisation, les Indigènes sont devenus la cible des hygiénistes, parce qu'ils sont les plus atteints par les maladies. On leur reproche leur mode de vie qui ne respecte pas l'hygiène, et ils sont considérés comme porteurs des germes. La rencontre avec eux doit être évitée autant que possible, ce qui renforce l'idée de la division spatiale entre races différentes. Les médecins voient le corps des Indigènes comme pathogène. Le danger sous les tropiques prend corps: ce sont les Indigènes eux mêmes.

L'« indigénisation » de l'hygiène semble un effet inattendu de la politique coloniale. Elle manifeste le passage du raisonnement médical à une politique visant à discriminer certains groupes sociaux. L'histoire contemporaine de l'Indonésie perpétue cette catégorisation. À l'époque de l'« Ordre nouveau », Suharto a imposé un programme « *bersih diri* » (l'hygiène de soi) et « *bersih lingkungan* » (l'hygiène de l'environnement), une politique de mise à l'écart de la vie politique indonésienne des individus impliqués dans les mouvements de gauche. Le terme « *bersih diri* » s'applique à un politicien, un militaire ou un fonctionnaire qui n'a aucun rapport avec le communisme, alors que « *bersih lingkungan* » veut dire, en plus, qu'aucun des

proches de l'individu en question n'est impliqué dans le communisme<sup>348</sup>. Il serait donc intéressant pour une future recherche d'étudier l'utilisation de la terminologie médicale dans la vie sociale et politique indonésienne, ainsi que d'analyser le rôle joué par les médecins à l'époque contemporaine

---

<sup>348</sup> Hesri Setiawan, *Kamus Gestok*, Yogyakarta, Galang Press, 2003, p. 31-32 ; Daniel Dhakidae, *Cendekiawan dan kekuasaan dalam negara Orde Baru*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama, 2003, p. 433-434.





# BIBLIOGRAPHIE

## Sources imprimées

*Bulletin van den Dienst der Volksgezondheid Hygiënische Organisatie*

CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINS DES COLONIES (AMSTERDAM; 1883), *Congrès international de médecins des colonies, Amsterdam, septembre, 1883: compte-rendu publié par M. Van Leent, secrétaire général, et MM. Guye, de Perrot et Zeeman*, Amsterdam, F. Van Rossen, 1884, vol. 1/, 383 p.

*GTNI: Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie (1852-1942); Feestbundel ter herinnering uitgegeven bij het verschijnen van het 50ste deel.*, Batavia, Javasche Boekhandel en Drukkerij, 1911; *Feestbundel 1936: Geneeskundig Tijdschrift voor Ned.-Indië*, Batavia], Vereeniging ter Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië, 1936.

Indische Genootschap: *vergadering van 11 Februari 1873: emigratie uit Nederland naar Nederlandsch Oost-Indie met het oog op de mogelijkheid eener kolonisatie; vergadering van 25 Maart 1873: emigratie uit Nederland naar Nederlandsch Oost-Indie met het oog op de mogelijkheid eener kolonisatie; vergadering van 13 December 1887: kolonisatie van Nederlanders in Nederlandsch Oost-Indie; vergadering van 19 Februari 1901: prostitutie in Nederlandsch Indie; vergadering van 22 October 1907: de wenschelijkheid van een georganiseerden gezondheidsdienst voor Java en zijn uitvoerbaarheid; vergadering van 16 Januari 1912: Een drankverbod voor Nederlandsch-Indie; vergadering van 12 April 1915: woningtoestanden en woningverbetering in Nederlandsch Oost-Indie*

*Kolonial Verslag*

*MDBG: Mededeelingen den Burgerlijk Geneeskunde, 1912-1925*

*MDVG: Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondheid, 1925-1939*

*Natuur- en Geneeskundig Archief voor Nederlandsch Indie, 1844-1846*

*NTVG: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskundig; Résumé de la réunion de Nederlandsch Vereeniging voor Tropische Geneeskunde (1909-1940).*

## Documents

- ALI COHEN Levy, *Handboek der openbare gezondheidsregeling en der geneeskundige politie, met het oog op de behoeften en de wetgeving van Nederland*, Groningen, Wolters, 1872, vol. 2/2.
- ANGOULVANT Gabriel, *Les Indes Néerlandaises: leur rôle dans l'économie internationale*, Paris, Le Monde Nouveau, 1926, 842 p.
- BAERMANN Gust, *Rapport VIII-XII, 1914-1918 Serdang Doktor Fonds, Hospitaal Petoemboekan en Serbadjadi, Oostkust van Sumatra*, Diessen vor München, 1919.
- BAERMANN Gust, *Rapport XIII-XX, 1919-1925 Serdang Doctor Fonds, Hospitaal Petoemboekan, Oostkust van Sumatra*, Medan, 1926.
- BALAI POESTAKA, *Awas! Penyakit influenza*, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur (coll. « Balai Poestaka ; Serie No. 480 »), 1920, 14 p.
- Batoek kering : (tuberculose)*, Tjét. ke-2., Weltevreden, Balai poestaka (coll. « Serie D.V.G ; 2 »), 1929, 22 p.
- BAUER Franciscus Henricus, *Verslag van het onderzoek naar den tegenwoordigen toestand van het krankzinnigenwezen in het algemeen en van de gestichten en verblijven der krankzinnigen in Nederlandsch-Indië in het bijzonder, met aanwijzing der middelen welke tot verbetering kunnen worden aangewend, op last der regering ingediend*, Batavia, Ter Landsdrukkerij, 1868, vi+146 p.
- BENJAMINS H. A., *Dari hal penghidoepan dan perang bermoesoehan jang tida kliatan*, Semarang, 1917, 54 p.
- BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris; Londres; Madrid, J.B. Baillièere et fils ; Hippolyte Baillièere ; C. Bailly-Baillièere, 1865.
- BIJKER J., *Rapport der Commissie tot voorbereiding eener reorganisatie van den burgerlijken geneeskundigen dienst (ingesteld bij het Gouv. Bt. van 3 December 1906 No. 15)*, Batavia, Landsdrukkerij, 1908.
- BLEEKER Pieter, *Nieuwe bijdragen tot de kennis der bevolkingstatistiek van Java*, s.l., M. Nijhoff, 1870, 142 p.

- BONTIUS J., *An account of the diseases, natural history and medicines of the East Indies*, s.l., printed for T. Noteman, 1769, 254 p.
- BORGERS Adriaan Hendrik, *Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië. Proefschrift... in de Rijks-Universiteit te Utrecht... door Adriaan Hendrik Borgers,...*, Utrecht, Kemink en zoon, 1941.
- BOSCH Willem, *De dysenteria tropica: benevens een vlugtig onderzoek naar de vraag of de mensch de natuurkundige geschiktheid heeft om zijn geboortegrond te verlaten, en elk klimaat te gaan bewonen? Door berekening der sterfte in Oostindien wederlegd*, 's-Gravenhage, 1844.
- BOSCH Willem, *De vermeerdering van Java's bevolking: beschouwd als de grootste bron van rijkdom voor Nederland*, Rotterdam, M. Wijt & Zonen, 1851.
- BOUDIN Jean-Christian-Marc, *Essai de géographie médicale, ou Etudes sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, lois de coïncidence et d'antagonisme*, Paris, Germer-Baillière, 1843, 104 p.
- BOUDIN Jean-Christian-Marc, *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques : comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1857, vol. 2/, 744 p.
- BRAND J. van den, *De millioenen uit Deli*, Amsterdam, Höveker & Wormser, 1902.
- BRAND W., « Sterfteverhoudingen in de stad Bandoeng », *Koloniale studiën*, 1940, n° 24, p. 312-338, 385-405.
- BURG C. L. van der, *Overzicht van de geschiedenis en de werkzaamheden der Vereeniging tot bevordering van geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch Indië gedurende de eerste vijf-en-twintig jaren van haar bestaan : redevoering uitgesproken in de Algemeene Vergadering van den 2den Maart 1877*, Batavia, Bruining, 1877.
- BURG C. L. van der, *De Geneesheer in Nederlandsch-Indië: Land, klimaat en bewoners ; « hygiëne » ; de uitoefening der geneeskundige praktijk*, Batavia, Ernst and Co, 1884, vol. 3/1, 447 p.
- BURG C. L. van der, *De geneesheer in Nederlandsch-Indië*, Batavia, Ernst & Co., 1888, vol. 3/2.

- BURG C. L. van der, *Persoonlijke gezondheidsleer voor Europeanen, die naar Nederlandsch-Indië gaan of daar wonen.*, Amsterdam, J.H. de Bussy, 1895.
- BURG C. L. van der, *De Voeding in Nederlandsch-Indie*, Amsterdam, J. H. de Bussy, 1904.
- BURG C. L. van der, « Wat Zijn “Tropische” Ziekten?: Eene aetiologische studie », *Geneeskundige Bladen uit Kliniek en Laboratorium voor de praktijk*, 1904, n° 10, p. 293-300.
- DAY Clive, *The policy and administration of the Dutch in Java*, New York, Macmillan Co., 1904, 434 p.
- DEGGELLER O., « Over watervoorziening op onderneming » dans Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 67-87.
- DEPARTEMENT DER BURGERLIJKE OPENBARE WERKEN, *Het rioleeringsvraagstuk in Nederlandsch-Indie*, s.l., 1920.
- DJOKOMONO RADEN MAS, « *Sahabat baik akan sasaorang* » : *jaini hikajat, jang membri djalan akan sasoeatoe, jang hendak mendjaga dirinja soepaja di djaoehkan dari pada segala pennjakit*, Batavia, Oeij Tjaij Hin, 1901, 66 p.
- DONATH W. F., *Opmerkingen over de inheemsche voeding : Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleerarr in de scheikunde aan de Geneeskundige Hoogeschool te Batavia op den 18 September 1931*, Buitenzorg, Archipel-Drukkerij, 1931, 32 p.
- DONATH W. F., « Verbetering van de volksvoeding in Nederlansch-Indie », *Indische Gids*, 1936, vol. 1, n° 58, p. 480-499.
- DOZY J. P., *Geneeskundige Gids voor Nederlandsch Indie*, Amsterdam, De Bussy, 1881, vol. 1/, 191 p.
- CENTRAAL KANTOOR VOOR DE STATISTIEK, *Een onderzoek naar de levenswijze der gemeentekoelies te Batavia in 1937*, Batavia, s.n., 1939.
- EENHOORN P., *Beschouwingen over lichamelijke opvoeding*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.4.
- EILERTS DE HAAN A.F.J.E., ESKEs T. J. et OUDENDAL-V. MARLE J. A., *Mond- en tandhygiëne*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.5.
- EUGENETISCHE VEREENIGING, « De Eugenetische Vereeniging in Nederlandsch-Indie van medio 1927 tot ultimo 1929 », *Ons Nageslacht*, 1930, p. 3-25.

- FISCHER J. C. H., *Maatregelen tegen malaria*, Amsterdam, Koloniaal Instituut, 1917, vol.5.
- FLIERINGA Gellius, *De zorg voor de volkshuisvesting in de stadsgemeenten in Nederlandsch Oost Indië in het bijzonder in Semarang*, Sl, sn, 1930, 333 p.
- FLU P. C., *Tropenhygiene: populaire voordrachten: gebruikt als leidraad bij het onderwijs in de hygiene aan de bestuursschool te Weltevreden*, Batavia, Javasche boekhandel & drukkerij, 1917, ii+350 p.
- FLU P. C., *Keséhatan didalam kampoeng*, traduit par S. M Rassat, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur, 1922, 127 p.
- FLU P. C., *The history and present state of scientific medical research in the Dutch East Indies*, Amsterdam, Internationale Circumpacifische Onderzoek Commissie, Koninklijke Akademie van Wetenschappen (coll. « The history and present state of scientific research in the Dutch East Indies »), 1923, 68 p.
- FREIJTAG C. J. de, *Recueil voor den civiel geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, Batavia, Van Dorp, 1895.
- FRUMAU F. G., *Welke maatregelen moeten genomen worden ter verbetering van de bestaande slechte kampongs?*, s.l., Sociaal-Technische Vereeniging, 1925.
- GALLOWAY David J., « On Amok » dans A. L. Hoops et J. W. Scharff (eds.), *Far Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the fifth biennial congress Singapore, 1923*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1924, p. 162-171.
- Gedenkboek der gemeente Semarang, 1906-1931: uitgegeven ter gelegenheid van het vijfen twintig jarig bestaan der gemeente*, Semarang, De Locomotief, 1931, 235 p.
- GENEESHEER IN INDIË, *Twee voorstellen in het belang van de Nederlandsche bezittingen in Oost-Indië*, Groningen, Wolters, 1850.
- GEUNS Jan van, *Natuur- en geneeskundige beschouwingen van moerassen en moerasziekten, in verband met de vraag: of de droogmaking van het Haarlemmer-Meer nadeelige gevolgen hebben zal voor de gezondheid der bewoners van nabijgelegene plaatsen en der arbeiders aan het Meer.*, Amsterdam, Müller, 1839, 322 p.
- GORKOM W. J. Van, « Ongezond Batavia, Vroeger en Nu », *Tijdschrift van het Koninklijk Instituut van Ingenieurs, Afdeeling Nederlandsch-Indië. Notulen der vergaderingen, verhandelingen, vertalingen, verscheidenheden, verslagen.*, 1912.

- GRIJNS Gerrit et KIEWET DE JONGE G. W., *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, 189 p.
- GRIJNS Gerrit, « Over afvoer van faecaliën » dans Gerrit Grijns et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantage-hygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 55-66.
- GRIJNS Gerrit, « Het Geneeskundig Laboratorium te Weltevreden » dans *Feestbundel uitgegeven ter gelegenheid van de opening van het nieuwe Geneeskundig laboratorium te Salemba, Weltevreden*, Batavia, [s.n.], 1917, p. 16-28.
- GRIJNS Gerrit, *Researches on vitamins, 1910-1911*, Gorinchem, Holland, J. Noorduyn en Zoon, 1935.
- GRONEMAN I., *Gevaarlijke vrienden*, sn, Benjamins, 1911, 10 p.
- GRONEMAN J., *Voorkoming en Bestrijding van Cholera*, Jogjakarta, H. Bunning, 1897.
- GUNNING H. C. H., « Het Woningvraagstuk », *Koloniale studiën*, 1918, vol. 2, n° 1, p. 109-126.
- HAAN J. De, « Bacteriologische Laboratoria en Instituten in Nederland » dans *De ziekenverpleging en de zorg voor de openbare gezondheid in de laatste 50 jaren*, Amsterdam, F. van Rossen, 1899, p. 110-115.
- HEIJDEN H. N. Van Der, « De hygienische verzorging der arbeiders-immigranten in de Buitenbezittingen », *Koloniale studiën*, 1918, vol. 2, n° 1, p. 44-84.
- HEINEMANN H., *Pemimpin bagi mengadjar anak-anak disekolah dalam hal mengoeroes baji : petikan dari « Säüglingspfegefibel » karangan Antonia Zerwer*, Tjétakan ke 6., Batavia-Centrum, Balai poestaka (coll. « Balai Pustaka ; no. 12 (kitab keséhatan) 851369952 »), 1931, 20 p.
- HEINEMANN H., *Inleiding tot de film « Jeugd en kolonisatie op ondernemingen in Deli »*, [S.l.], [s.n.], 1939.
- HERMANS E. H., *Gezondheidsleer voor Nederlandsch-Indië: een boek voor ieder die naar Indië gaat, of daar woont*, Amsterdam, Meulenhoff, 1925.
- HILGERS Th J. A., *Leesboek over gezondheidsleer voor de Indische scholen*, Gouda, Van Goor, 1917, 112 p.
- HOËVELL W. R. van et BOSCH W., *De vrije arbeid op Java: Behandeld in « Felix Meritis »*, 's-Gravenhage, M. Nijhoff, 1860.
- JERONYMUS (VAN HOEVELL), *Eene epidemie op Java, en de cholera in Nederland*, Amsterdam, Van Kampen, 1849.

- HOLLANDER J. C et LAMEIJN J., *Bahaya jang mengantjam pada laki2 dan perampoean*, traduit par Abdul Moeis, Bandoeng, Vorkink, 1923.
- HOWARD S. C., « Malaria control on rubber estates in the F. M. S. » dans A. L. Hoops et J. W. Scharff (eds.), *Far Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the fifth biennial congress Singapore, 1923*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1924, p. 30-37.
- HYDRICK J. L., *Intensive rural hygiene work and public health education of the Public health service of Netherlands India*, Batavia-Centrum, Java, Netherlands India, Public Health Service of Netherlands Indie, 1937, 61 p.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Poelosari-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand der bevolking in Zuid-Pemalang in 1939-1941*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding (coll. « Mededeeling ; no. 6 044883560 »), 1941, 3 p.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Makanan jang moerah tetapi baik*, Batavia, Balai Poestaka (coll. « Serie ; no. 1417 »), 1941, 22 p.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Beschrijving en resultaten van een massaal-opname-systeem voor menu-onderzoekingen*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding (coll. « Mededeeling ; no. 3-4 044883560 »), 1940, 11 p.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Patjet-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van de bevolking te Patjet (regentschap Tjiandoer) in 1937-1939*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding (coll. « Mededeeling ; no. 2 044883560 »), 1940.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Rengasdengklok-rapport: onderzoek naar de voeding van de bevolking in Rengasdengklok (regentschap Krawang) in 1939. Beschrijving en resultaten van een massaal-opname-systeem voor menu-onderzoekingen*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding (coll. « Mededeeling ; no. 3-4 044883560 »), 1940, 11 p.
- INSTITUUT VOOR VOLKSVOEDING, *Sagalaherang-rapport: onderzoek naar de voeding en voedingstoestand der bevolking te Sagalaherang (regentschap Krawang) in 1937-1939*, Batavia, Instituut voor Volksvoeding (coll. « Mededeeling ; no. 1 044883560 »), 1940.
- JANSEN B. C. P., « On Vitamines » dans Committee for Scientific Work of the Congress (ed.), *Far Eastern Association of Tropical Medicine: Transaction of the*

- fourth congress held at Weltevreden, Batavia, 1921*, Weltevreden, Javasche Boekhandel en Drukkerij, 1922, vol. 2/1, p. 258-277.
- JOHNSON James, *The influence of tropical climates more especially the climate of India on European constitutions: the principal effects and diseases thereby induced, their prevention or removal, and the means of preserving health in hot climates: rendered obvious to Europeans of every capacity*, s.l., J. Callow, 1815, 564 p.
- JOEDADIBRATA MAS, *Obat pemboenoeh madat*, Betawi, Visser (coll. « Uitgave van de Commissie voor de Volkslectuur Serie ; No. 348 »), 1918, 37 p.
- JOESOEUF Moehamad, *Kitab « pemeliharaan diri »*, Betawi, Kolff (coll. « Serie uitgaven door bemiddeling der Commissie voor de Volkslectuur ; no. 129 186878524 »), 1913, 59 p.
- JOSELIN DE JONG Rodolphe de, *Hygiëne en medisch-hygiënische propaganda in Nederlandsch-Indië: (indrucken en ervaringen gedurende een reis van eenige maanden in tropisch Nederland)*, S.l., sn, 1940, 39 p.
- JOSELIN DE JONG Rodolphe de, *Herinneringen aan een reis door Nederlandsch-Indië op geneeskundig, hygiënisch en ander terrein*, S.l., sn, 1941, 40 p.
- JUNGHUHN F., « Nog een Woord, Gevoegd bij het Iets over Acclimatisastie van Dr. Swaving », *Indisch Magazijn*, 1844, n° 1, p. 316-333.
- JUNGHUHN F., « De Gematigde en Koude Streken van Java, met de aldaar Voorkomende Warme Bronnen: Uit een Natuur- Aardrijks- en Geneeskundig Oogpunt Beschouwd, als Stellende een Middel daar te Voorkoming en Genezing van die Ziekten, Waaran Europeanen, te Gevolge van Hun Lang Verblijf in Heete Luchtsreken, Gewoonlijk Lijden », *Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1842, n° 4, p. 81-121.
- KAN P. Th. L., *Het tropisch geneeskundig onderwijs in Nederland in verband met de opvatting van den Minister van Koloniën daaromtrent: voordracht gehouden in de vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde op 30 juni 1917 te 's-Gravenhage*, Leiden, IJdo, 1917.
- KARTA DI RADJA, *Ngamoemoele badan*, Sl, sn, 1912, 32 p.
- KAT ANGELINO Arnold Dirk Adriaan de, *Le Problème colonial*, traduit par E. P. van den Berghe, 1ère ed., La Haye, Martinus Nijhoff, 1931, vol. 2/2, 791 p.



- KATS J., *Bab panjegahing minoeman keras*, Sl, Indonesische Drukkerij (coll. « Serie uitgaven door bemiddeling der Commissie voor de Volkslectuur; no. 343 186878524 »), 1919, 116 p.
- KATS J., *Het alcoholkwaad en zijn bestrijding: voornamelijk met het oog op Nederlandsch-Indië = Bahaja minoeman keras serta daja oepaja mendjaoehinja : teroetama bagi Hindia-Belanda*, Weltevreden, Volkslectuur (coll. « Serie uitgaven door bemiddeling der Commissie voor de Volkslectuur; nr. 346 186878524 »), 1920, 203 p.
- KATS J., *Bab njegah nginoem arak*, traduit par S. Sastradiwirja, Weltevreden, Balai Poestaka (coll. « Balai Poestaka; Serie No. 345 »), 1920, 89 p.
- KEIZER Wim, *Pendjaga diri: kitab batjaan tentang kesehatan oentoek sekolah boemipoetra*, Tjétakan jang keempat., Groningen; Batavia, JBWolters, 1941, 102 p.
- KEMP P. H. van der, *De quarantaine- en epidemie-voorschriften in Nederlandsch-Indië (Staatsblad 1892 Nos. 44 en 45)*, Batavia, Landsdrukkerij, 1892, 327 p.
- KEUCHENIUS W. M., « Beschrijving naar de oorzaken der meerdere ongezondheid van Batavia en deszelfs rhee, alsmede waaraan de mindere bevolking, de wijnige opbrengst der producten, en de groote onveiligheid in dit anders vruchtbaar geweest toe te schrijven is », *Tijdschrift voor Indische Taal-, Land- en Volkenkunde*, 1875, vol. 12, p. 390-531.
- KIRSCHNER L., *De tien geboden der hygiëne voor de tropen*, Bandoeng, Drukkerij Maks & v.d. Klits, 1927, vol.8.
- KOHLBRUGGE J. F. H., « Ervaringen van een Indisch geneesheer », *Vragen des Tijds*, 1903, vol. 2, n° 29, p. 309-346.
- KOHLBRUGGE J. F. H., « Psychologische koloniale politiek », *Vereeniging van Moederland en Kolonien*, 1907, vol. 2, n° 8, p. 1-44.
- KOHLBRUGGE J. F. H., *Een en ander over de psychologie van den Javaan*, Leiden, E. J. Brill, 1907, 63 p.
- KOHLBRUGGE J. F. H., « De bestrijding der Malaria in onze Kolonien », *Indische Gids*, 1908, vol. 2, n° 30, p. 1501-1509.
- KOHLBRUGGE J. F. H., *De Inlandsche beweging en de onrust in Indie*, Utrecht, Oosthoek, 1927.

- KOHLBRUGGE J. F. H., « De mentaliteit van den primitieven mensch en van zijne kinderen », *Indische Gids*, 1936, n° 58, p. 769-788.
- KOREMAN A. H. J., *Reiniging van Wegen*, Bandoeng, Nix, 1927, 32 p.
- KNEBEL J. A. et VEREENIGING TOT BEVORDERING DER GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN IN NEDERLANDSCH-INDIË. AFD. SUMATRA'S OOSTKUST, *Het ontwerp van Mr. van Blommestein en de hygienische en geneeskundige voorwaarden, waaronder de in contract werkende arbeiders in Deli leven*, Medan, De Deli Courant, 1910, 29 p.
- KUENEN Willem Abraham, « De prophylaxis tegen het invoeren van ziekten op Cultuur-Ondernemingen » dans Gerrit Grijs et G. W. Kiewet de Jonge (eds.), *Plantagehygiene*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1914, p. 1-15.
- KUENEN Willem Abraham, *De hygiënische toestanden in Deli*, [S.l.], s.n, 1920.
- KUNST J. J., « Een woord van protest naar aanleiding van het artikel van Dr. J. H. F. Kohlbrugge: "De bestrijding der malaria in onze Kolonien" », *Indische Gids*, 1909, vol. 1, n° 31, p. 339-342.
- KWEE Tek Hoay, *Mait idoep : tooneelstuk dalem anem bagian*, Batavia, Moestika, 1931.
- LEENT F. J. van, « Communication sur le béri-béri », *Congrès Périodique International des Sciences Médicales*, 1880, n° 6, p. 170-194.
- LEOPOLD L., *De gezondheidstoestand der arbeiders bij de steenkolenmijnen van Poeloe Laoet.*, Amsterdam, Ellerman, 1915, vol.2.
- LION Henri Julius et BOSCH Willem, *Analyse der cijfers en beschouwingen, voorkomende in het werk: « De vermeerdering van Java's bevolking, beschouwd als de grootste bron van rijkdom voor Nederland »*, door Dr. Bosch ..., Rotterdam, H. Nijgh, 1852.
- LITH Pieter Antonie, SPAAN A. J et FOKKENS F, *Encyclopaedie van Nederlandsch-Indië*, 's-Gravenhage [u.a.], Nijhoff [u.a.], 1897, vol. 4/2.
- LOGHEM Johannes Jacobus van, *Vraagstukken der Indische hygiene*, [Amsterdam, Instituut, 1920, vol.9, 159 p.
- LONKHUIJZEN J. J. van, « Het Geneeskundig Laboratorium en de rationeele bestrijding van volksziekten in Ned.-Indie » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938.*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 15-18.
- LOON F. H. G. Van, « Protopathic-Instinctive Phenomena in Normal and Pathological Malay Life », *British Journal of Medical Psychology*, 1928, vol. 8, n° 4, p. 264-276.

- LOON F. H. G. Van, « Amok and Lattah », *Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 1926, vol. 21, n° 4, p. 434-444.
- LUDEKING E. W. A, *Recueil voor den militair geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indie.*, Batavia, Van Dorp, 1871.
- LUYMES J. A., *Beschouwingen over kleeding-hygiëne en de toepassing in de tropen*, Bandoeng, Vorkink, 1927, vol.2.
- MAIJER L. Th., *Dari Penyakit Kolera: Katerangan pegimana mistinja mendjaga soepaia djangan sampe kena atau katoelaran penjakit itoe*, Batavia, Albrecht & Co., 1896.
- MERTENS W. K. et MOOR C. E. de, « De medische afdeeling van het Geneeskundig Laboratorium van 1888 tot 1935 » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938.*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 20-45.
- MEURS H. van, *Verzameling voorschriften betreffende den Dienst der Volksgezondheid. Dl. A: Taak, inrichting en leiding: algemeene regelingen. - met Bundel I-III: verbeteringen, aanvullingen en wijzigingen. - 1927-1933.*, Batavia, Javasche boekhandel en drukkerij etc, 1926, 216 p.
- MOL G. A. de, *Gezonde voeding: leerboek ten dienste van het huishoudonderwijs in Nederlandsch-Indië*, 2e verb. en verm. dr., Groningen etc, Wolters, 1940, 115 p.
- MOTARD L. C. A., *Essai d'hygiène générale*, Paris, Isid. Pesron, 1841, vol. 2/1, 526 p.
- MULDER Denis Gerard, *De Invloed der Moderne Cultuur op het Verloop der Syphilis bij den Soendanees.*, L.E. Bosch & Zoon, Utrecht, 1923.
- MULTATULI, *Max Havelaar ou les ventes de café de la compagnie commerciale des Pays-Bas*, traduit par Philippe Noble, Arles, Actes Sud, 2003.
- NEDERLANDSCH-INDIE WEGENVEREENIGING, *Wegen-Hygiene*, Bandoeng, Nix, 1927, 10 p.
- NEEB H. M., *Een beknopt geschiedkundig Overzicht van de ontwikkeling der hygiëne uit de geneeskundige wetenschap.*, Bandoeng, Vorkink, 1927, vol.1.
- NEEB H. M., *Korte wenken betreffende de wegen waarlangs de mensch met ziektekiemen besmet kan worden: en doeltreffende maatregelen om zulks zooveel mogelijk te voorkomen*, Bandoeng, Maks & v.d. Klits, 1927, vol.3.
- NIJLAND A. H., « De ontwikkeling van het bedrijf der landskoepokinrichting te Weltevreden » dans *Feestbundel ter herinnering uitgegeven bij het verschijnen van het 50ste deel*, Batavia, Javasche Boekhandel & Drukkerij, 1911, p. 324-331.

- OCHSE J. J., *Waarom moeten wij groenten en vruchten eten?*, 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1931.
- OCHSE J. J., *Onderzoek naar de voeding in het regentschap Grissee*, Batavia, Landsdrukkerij (coll. « Mededeelingen van de Dienst voor Landbouw en Visscherij ; nr. 20 852637144 »), 1937, 148 p.
- OCHSE J. J., TERRA G. J. A., DONATH W. F., LANGEN C. D. de et DEPARTEMENT VAN ECONOMISCHE ZAKEN, *Geld- en producten-huishouding, volksvoeding en -gezondheid in Koetowinangoen*, Buitenzorg, Archipel, 1934, xi+424 p.
- OLIVIER J., *Tafereel van Oost-Indië, voor jonge lieden van beiderlei kunne*, s.l., Joh. Noman en Zoon, 1841, 252 p.
- PASTEUR Louis et PASTEUR VALLERY-RADOT Louis, *Œuvres de Pasteur*, Paris, Masson, 1939, vol. VII/VII.
- PEKELHARING C. A. et WINKLER C., *Beri-Beri: Researches concerning its nature and cause and the means of its arrest*, London, John Bale, Sons & Danielsson, 1893.
- PEVERELLI P., *Toelichting bij de platen atlas « blijf gezond »*, Groningen, Den Haag, Batavia, J. B. Wolters, 1933, 52 p.
- PEVERELLI Pierre, *Nasihat tentang keséhatan : bagi goeroe anak negeri*, Groningen etc, Wolters, 1933, 48 p.
- POL D. J. Hulshoff, « Opium en Alcohol als oorzaken van krankzinnigheid », *Indische Gids*, 1910, vol. 2, n° 32, p. 1441-1462.
- POP G. F., « Nog Iets Over Jacobus Bontius », *Natuurkundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*, 1870, n° 31, p. 281-286.
- PRAEGER L. F., *Indische studiën : bijdragen tot de kennis der levensvatbaarheid, levens- en gezondheidsleer van de vreemde en eigene bewoners van Nederlandsch Indië : met eene bevattelijke voorstelling van de werking van het klimaat, en de leefwijs in verschillende bewoonde plaatsen van Nederlandsch Indië op den vreemdeling, van de wijs van ontstaan der meest voorkomende tropische ziekten, en van de middelen om ze te voorkomen, van de betrekkelijke gezondheid der verschillende standen en rassen, gesteund door eenige statistische proeven uit goede bronnen*, Nieuwediep, J.C. de Buissonje, 1863.
- RACHMAN A., *Welke maatregelen moeten genomen worden ter verbetering de bestaande slechte kampongs?*, s.l., Sociaal-Technische Vereeniging, 1925.

- RENTERGHEN Albert Willem van, *Eenige beschouwingen betrekkelijk de leer der oorzaken van beri-beri*, Utrecht, 1872.
- RODENWALDT Ernst, « Eugenetische problemen in Nederlandsch-Indie », *Ons Nageslacht*, 1929, n° 2, p. 1-8.
- ROELFSEMA H. L., *Pertjakapan tentang keséhatan*, Weltevreden, Drukkerij Volkslectuur (coll. « Balai Poestaka ; Serie No. 682 »), 1924, 125 p.
- ROSSI Pellegrino, « Introduction à la nouvelle édition de l'essai sur la population par Malthus » dans Jules Burat (ed.), *Economie politique. Recueil de monographies. Examen des questions sociales, agricoles, manufacturières et commerciales*, Bruxelles, Au Bureau du Journal des Economistes, 1845, p. 201-215.
- RUITENBACH D. J. (Ducimus), « Drankbestrijding in het Indische Leger », *Indische Gids*, 1901, vol. 2, n° 23, p. 817-836, 933-949.
- RUITENBACH D. J. (Ducimus), « De reglementeering van de prostitutie in Indie », *Indische Gids*, 1908, vol. 1, n° 30, p. 33-47.
- SANGKANNINGRAT, *Iets over hygiëne : in verband met adat, geloof en bijgeloof van het Soendaneesche volk*, Bandoeng, Nix, 1927, vol.10.
- SARDJITO, *Hal neangan kawarasan*, Batavia, Bale Poestaka, 1932, 73 p.
- SCHOUTE Dirk, *De geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw.*, Batavia, Kolff, 1936.
- SCHOUTE Dirk, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement. 1600-1900. (Netherlands text ... translated by Fry's Schools at The Hague and Rotterdam.)*, Batavia, Netherlands Indian Public Health Service, 1937.
- SCHOUWENBURG J. Ch. van, « Hollands taak in Indie: beschouwd van een eugenetisch standpunt », *Koloniale studiën*, 1927, vol. 11, n° 1, p. 45-56.
- SCHOUWENBURG J. Ch. van, *De hygiëne van het nageslacht (eugenetiek) : lezing, gehouden op de eerste hygiëne-tentoonstelling te Bandoeng op 4 juli 1927*, [S.l.], Emmink, 1927, vol.8.
- SCHÜFFNER W et KUENEN W. A, *L'Hygiène de la classe ouvrière de la Société Senembah (Sumatra) pendant les années 1897-1907. Contribution à l'étude de l'assainissement des grandes plantations dans les tropiques*, Amsterdam, J.H. Bussy, 1910, 104 p.

- SIMONS R. D. G. Ph., « Homosexualiteit en geslachtsziekten », *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1940, p. 2478-2487.
- SNIJDERS E. P., « Het Instituut voor Tropische Hygiene (The Institute for tropical Hygiene) » dans *Report of the scientific work done in the Netherlands on behalf of the Dutch overseas territories during the period between approximately 1918 and 1943*, Amsterdam, Pays-Bas, North-Holland Pub. Co. (Noord-Hoollandsche Uitg. Mij.), 1948, p. 295-300.
- SNIJDERS E. P., *Koeliehuisvesting en geneeskundige dienst op rubberondernemingen*, [Amsterdam], De Bussy, 1921, 53 p.
- SOETOMO R., *Sesalan kawin, roesak keloearga dan sengsara doenia*, Weltevreden, Balai Poestaka, 1928.
- STOKVIS B. J., *De invloed van tropische gewesten op den mensch*, Haarlem, H. Zeehuisen, 1894.
- STOKVIS B. J., *Het Koloniaal-geneeskundig Museum te Amsterdam*, S.l., s.n., 1891.
- SWAVING C., *Een woord over het bestaan en ontstaan van het luchtbederf in de openbare gebouwen*, Batavia, 1871.
- SWAVING C., *De oorzaken en gevolgen der ongezondheid van eenige gevangenen en hospitalen op Java, met een plan van het terrein en de gebouwen aan de « waterplaats » te Batavia en tabellen*, Delft, J. Waltman, 1865.
- SWAVING C., « Geregtelijk-geneeskundige stellingen over den moordlust of Mata Glap bij den Inlander », *Het Regt in Nederlandsch Indie*, 1853, vol. 7, n° 4, p. 125-130.
- SWAVING C., « De Invloed van Java's Klimaat op den Gezonden Europeaan en Gezondheidsregelen voor den Nieuw Uitgekome », *Indisch Archief*, 1849, n° 1, p. 161-180.
- SWAVING C., « Iets over den Invloed van het Klimaat Dezer Gewesten op den Europeaan », *Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1844, n° 6, p. 210-246.
- SWAVING C., « Ter Gedachtenis van Jacobus Bontius, M. D., geboren in 1892 te Leiden; Archiater der Stad Batavia van 1627 tot 1632 », *Natuurkundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie*, 1868, n° 30, p. 285-342.
- SWELLENGREBEL N. H., *De afdeeling voor tropische hygiëne van het Koloniaal Instituut te Amsterdam*, Amsterdam, De Bussy, 1916.
- TESCH Johan Wendel, *The Hygiene Study Ward Centre at Batavia: planning and preliminary results (1937-1941)*, Leiden, Universitaire pers Leiden, 1948.

- TESCH Johan Wendel, « De Ontwikkeling van de zorg voor de volksgezondheid in Nederlandsch-Oost-Indie », *Koloniale studiën*, 1941, vol. 25, n° 6, p. 626-645.
- THIEL P. H. van, « Vereeniging Instituut voor Tropische Geneeskunde Rotterdam-Leiden (The society "Institute for Tropical Medicine Rotterdam-Leyden") » dans *Report of the scientific work done in the Netherlands on behalf of the Dutch overseas territories during the period between approximately 1918 and 1943*, Amsterdam, Pays-Bas, North-Holland Pub. Co. (Noord-Hoollandsche Uitg. Mij.), 1948, p. 343-353.
- TILLEMA Hendrik Freerk, *Riooliana*, Sl, sn, 1911, 50 p.
- TILLEMA H. F., *Van wonen en bewonen, van bouwen, huis en erf*, Tjandi-Samarang, (H. Uden Masman, Den Haag), 1913.
- TILLEMA H. F., « *Kromoblanda* » : over « t vraagstuk van "het wonen" in Kromo » s groote land, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1916, vol. 6/2, 266 p.
- TILLEMA H. F., « Een en ander over den afvoer van faecalien in de groote steden van Nederlandsch-Indie », *Gemeentereiniging*, 1918, n° 1, p. 3-12.
- TILLEMA H. F., *Volksgezondheid in Nederl.-Indië*, S.l., sn, 1918, 20 p.
- TILLEMA H. F., « *Kromoblanda* » : over « t vraagstuk van "het wonen" in Kromo » s groote land, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1920, vol. 6/3, 217 p.
- TILLEMA H. F., « *Kromoblanda* » : over « t vraagstuk van "het wonen" in Kromo » s groote land, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1921, vol. 6/4, 225 p.
- TILLEMA H. F., « *Kromoblanda* » : *Tropische handelswaren en tropische ellende*, 's-Gravenhage, Uden Masman etc, 1923, vol. 6/6, 28 p.
- TILLEMA H. F., *Over het bevolkingsvraagstuk in Indonesië en de uitbreiding van den Dienst der Volksgezondheid*, Sl, sn, 1926, 23 p.
- TILLEMA H. F., *Zonder tropen geen Europa!*, Bloemendaal, Tillema, 1926, 264 p.
- TILLEMA H. F. et TILLEMA-WEEHUIZEN A. S., *Kampongwee!*, Groningen, sn, 1919, 16 p.
- VERWEIJ Leonard Herman, *De acclimatatie van Nederlanders in Indië, en van Indiërs in Nederland*, 's-Gravenhage, Kraft, 1863.
- VLISSINGEN F. H. van, *Verslag aan den koning: uitgebragt door de Staats-Commissie, ingesteld bij 's Konings besluit van 16 junij 1857, no.90, op het adres van F.H. Van Vlissingen en negen anderen, betreffende europesche kolonisatie in Nederlandsch Indie*, s.l., Gebroeders Van Cleef, 1858, 266 p.

- VOGEL W. Th. de, *De taak van den burgerlijken geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1917, vol.4.
- VOGEL W. Th. de, « De rol van het Geneeskundig Laboratorium te Batavia, in de gezondheidszorg voor Nederlandsch-Indie » dans *Eijkman Instituut: Centraal Laboratorium van den Dienst der Volksgezondheid, 1888-1938.*, Batavia-Centrum, G. Kolff, 1938, p. 4-14.
- VORDERMAN Adolphe Guillaume, *Onderzoek naar het verband tusschen den aard der rijstvoeding in de gevangnissen op Java en Madoera en het voorkomen van beri-beri onder de geïnterneerden.*, Batavia, Jav. Boekh. & Drukkerij, 1897.
- VOS G. W. F. de, *Indische Bouw-Hygiene*, Batavia, Kolff, 1891, vol. 2/.
- WAART A. de, *Ontwikkeling van het geneeskundig onderwijs te Weltevreden, 1851 - 1926: uitg. ter herdenking van het 75-jarig bestaan van de School tot Opleiding van Indische Artsen (S.T.O.V.I.A.)*, Weltevreden, [S.T.O.V.I.A.], 1926.
- WAITZ F. A. C., *Een en twintig jaren in de Oost: Eene bijdrage tot de tropische gezondheidskunde*, s.l., H.A. Tjeenk Willink, 1864, 72 p.
- WAITZ F. A. C., *Onderrigtingen en voorschriften om de gewone ziekten von Europeanen in heete gewesten te ontgaan, en zich aldaar spoedig aan het Klimaat te gewennen, bijzonder met betrekking tot Nederlandsch Indië.*, Amsterdam, 1829.
- WANROOY J. G., *Het drankmisbruik in ons Indisch leger : één en ander over den omvang, de oorzaken en de gevolgen van dit kwaad, en wat tot verbetering zou kunnen gedaan worden*, Amsterdam, Commissie van Onderzoek, benoemd door verschillende vereenigingen voor drankbestrijding met het oog op de toestanden in ons Indisch Leger, 1899, 62 p.
- WESTERVELD D. J. A., *Woningtoestanden onder de Javaansche bevolking te Semarang*, s.l., Semarang (coll. « Gemeentebld uitgegeven door de gemeente Semarang ; Jrg. 8 afl. 6 044720327 »), 1914.



## Etudes

- ABEYASEKERE Susan, « Health as a nationalist issue in colonial Indonesia » dans David P. Chandler et Merle Ricklefs (eds.), *Nineteenth and Twentieth Century Indonesia*, Clayton, Vic., Monash University Centre of Southeast Asian Studies, 1986, p. 1-13.
- ABEYASEKERE Susan, « Death and Disease in Nineteenth Century Batavia » dans Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, p. 189-209.
- ABALAHIN Andrew Jimenez, *Prostitution policy and the project of modernity: a comparative study of colonial Indonesia and the Philippines, 1850-1940*, Graduate School, Cornell University, Ithaca, N.Y., 2003.
- ALFIAN Ibrahim, *Perang di Jalan Allah: Perang Aceh 1873-1912*, Jakarta, Sinar Harapan, 1987, 282 p.
- ANDERSON Benedict R. O'G., *Language and Power: Exploring Political Cultures in Indonesia*, Jakarta-Kuala Lumpur, Equinox Pub, 2006, 305 p.
- ARNOLD David, « Introduction: Tropical Medicine before Manson » dans David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Amsterdam, Rodopi, 1996, p. 1-19.
- ASHENBURG Katherine, *The dirt on clean: an unsanitized history*, Toronto, Vintage Canada, 2008, 384 p.
- BAAY Reggie, *Nyai & pergundikan di Hindia Belanda*, Jakarta, Komunitas Bambu, 2010, 297 p.
- BALDWIN Peter, *Contagion and the State in Europe 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 581 p.
- BERGEN Leo van, *Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg: een geschiedenis van honderd jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde*, Amsterdam; Wageningen, KIT Publishers ; Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG), 2007.
- BERGEN Leo VAN, « De oprichting van de 'Nederlandsche Vereeniging voor Tropische Geneeskunde': een zaak van nationaal belang », *Studium: Tijdschrift voor Wetenschappen-en Universiteits-geschiedenis/ Revue d'Histoire des Sciences et des Universités*, 2009, vol. 2, n° 2, p. 92-104.

- BERTRAND Romain, « La “politique éthique” des Pays-Bas à Java (1901-1926) », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2007, vol. 93, n° 1, p. 115-138.
- BLOEMBERGEN Marieke, *Polisi Zaman Hindia Belanda: Dari Kepedulian dan Ketakutan*, Jakarta, Kompas et KITLV-Jakarta, 2009, 540 p.
- BLOEMBERGEN Marieke, « Being clean is being strong: Policing cleanliness and gay vices in the Netherlands Indies in the 1930 » dans *Cleanliness and Culture*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 117-145.
- BOOMGAARD Peter, « The Welfare Services in Indonesia, 1900–1942 », *Itinerario*, mars 1986, vol. 10, n° 01, p. 57.
- BOOMGAARD Peter, « Morbidity and Mortality in Java, 1820-1880: Changing Patterns of Disease and Death » dans Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, p. 48-69.
- BOOMGAARD Peter, « Smallpox and vaccination on Java, 1780-1860; Medical data as a source for demographic history » dans Antonie M Luyendijk-Elshout (ed.), *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 119-131.
- BOOMGAARD Peter, « The development of colonial health care in Java; An exploratory introduction », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1993, vol. 149, n° 1, p. 77-93.
- BOOMGAARD Peter (ed.), *Health care in Java : past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996.
- BOOMGAARD Peter, « Smallpox, vaccination, and the Pax Neerlandica: Indonesia, 1550-1930 », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 2003, vol. 159, n° 4, p. 590-617.
- BOURDELAIS Patrice, « Les logiques du développement de l'hygiène publique » dans Patrice Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, Belin, 2001, p. 5-26.
- BREMAN Jan, *Taming the coolie beast: plantation society and the colonial order in Southeast Asia*, Delhi; Calcutta; Bombay, Oxford university press, 1989.

- BRUIJN Iris, *Ship's surgeons of the Dutch East India Company commerce and the progress of medicine in the eighteenth century*, Leiden, Leiden University Press, 2009, 388 p.
- BRUIJN Iris D. R., « The health care organization of the Dutch East India Company at home », *Social history of medicine*, 1994, vol. 7, n° 3, p. 359-381.
- BRUYN G. W. et POSER Charles M., *The History of Tropical Neurology: Nutritional Disorders*, s.l., Science History Publications/USA, 2003, 166 p.
- CARPENTER Kenneth John, *Beriberi, white rice, and vitamin B: a disease, a cause, and a cure*, Berkeley, University of California Press, 2000, xiv+282 p.
- COLEMAN William, *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*, Madison, Etats-Unis d'Amérique, University of wisconsin press, 1982, 322 p.
- COBBAN James L., *The city of Java : an essay in historical geography*, University of California, Berkeley, Sl, 1970, 247 p.
- COLOMBIEN Freek, *Under construction: The politics of urban space and housing during the decolonization of Indonesia, 1930-1960*, Leiden, KITLV Press, 2010, 480 p.
- COOK Harold J., *Matters of exchange commerce, medicine, and science in the Dutch Golden Age*, New Haven, Yale University Press, 2007.
- COTÉ Joost, « Towards an Architecture of Association: H. F. Tillema, Semarang and the discourse on the colonial "slum" » dans *The Indonesian town revisited*, Münster, Lit ; Singapore (coll. « Southeast Asian dynamics »), 2002, p. 319-347.
- CRIBB Robert et KAHIN Audrey, *Historical Dictionary of Indonesia*, 2nd Revised edition., s.l., Scarecrow Press, 2004, 664 p.
- CUNNINGHAM Andrew, « Transforming plague: The laboratory and the identity of infectious disease » dans Andrew Cunningham et Perry Williams (eds.), *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 209-244.
- CURTIN Philip D., *Death by migration: Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge [England] ; New York, Cambridge University Press, 1989, 251 p.
- DESROSIERES Alain, *La politique des grands nombres*, Paris, La Découverte, 2010, 462 p.

- DESROSIÈRES Alain, « Official Statistics and Medicine in Nineteenth-Century France: The SGF as a Case Study<sup>1</sup> », *Social History of Medicine*, 1991, vol. 4, n° 3, p. 515-537.
- DIJK Kees van et TAYLOR Jean Gelman (eds.), *Cleanliness and culture: Indonesian histories*, Leiden, KITLV Press (coll. « Verhandelingen van het Koninklijk Instituut voor Taal-, Land- en Volkenkunde »), 2011, 204 p.
- DIJK Kees van, « Soap is the onset of civilization » dans *Cleanliness and culture: Indonesian histories*, Leiden, KITLV Press, 2011, p. 1-39.
- EDINGTON Claire et POLS Hans, « Building Psychiatric Expertise across Southeast Asia: Study Trips, Site Visits, and Therapeutic Labor in French Indochina and the Dutch East Indies, 1898–1937 », *Comparative Studies in Society and History*, juillet 2016, vol. 58, n° 03, p. 636-663.
- ERDMAN Anne Marie, « Cornelis Adrianus Pekelharing—A Biographical Sketch (July 19, 1848–September 18, 1922) », *The Journal of nutrition*, 1964, vol. 83, n° 1, p. 1-9.
- FARLEY John, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, 2004, 323 p.
- FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil : Gallimard (coll. « Hautes études »), 2004, 435 p.
- FURNIVALL John Sydenham, *Netherlands India: a study of plural economy*, Cambridge, The University Press, 1967, 502 p.
- FRIOUX Stéphane, FOURNIER Patrick et CHAUVEAU Sophie, *Hygiène et santé en Europe : de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première guerre mondiale*, Paris, SEDES, 2011.
- GARDINER Peter et OEY Maryling, « Morbidity and Mortality in Java, 1880-1940: The Evidence of the Colonial Reports » dans Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, p. 70-90.
- GOLDMAN Lawrence, « Statistics and the science of society in early Victorian Britain; an intellectual context for the General Register Office », *Social History of Medicine*, 1991, vol. 4, n° 3, p. 415-434.
- GOUDA Frances, *Dutch Culture Overseas: Colonial Practice in the Netherlands Indies, 1900-1942*, Amsterdam, Equinox Publishing, 2008, 316 p.

- GRMEK Mirko Drazen, « Géographie médicale et histoire des civilisations », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1963, vol. 18, n° 6, p. 1071-1097.
- HACKING Ian, *The taming of chance*, Cambridge [England] ; New York, Cambridge University Press (coll. « Ideas in context »), 1990, 264 p.
- HARRISON Mark, « Differences of degree: representations of India in British medical topography, 1820-c. 1870. », *Medical History. Supplement*, 2000, n° 20, p. 51.
- HARTOG A. P. DEN, *Diffusion of milk as a new food to tropical regions: The example of Indonesia, 1880-1942*, Wageningen, Wageningen, 1986, 260 p.
- HARTOG A. P. DEN, « Towards improving public nutrition; nutritional policy in Indonesia before independence » dans *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 105-118.
- HESSELINK Liesbeth, *Healers on the colonial market native doctors and midwives in the Dutch East Indies*, Leiden, KITLV Press, 2011.
- HETEREN G.M. van, « The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: "A Case of Monopolization" ? » dans *Dutch medicine in the Malay archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 35-55.
- HETEREN Godelieve M. VAN, « Which differences will have to go: The variety of physiological differentiations in the colonial context of Java 1860-1900 » dans Peter Boomgaard (ed.), *Health care in Java : past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996.
- HOUWAART E. S., *De hygienisten : artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840-1890*, S.l., s.n.], 1991.
- HOUWAART E. S., « Medical statistics and sanitary provisions. A new world of social relations and threats to health », *Tractrix. yearbook for the history of science, medicine, technology and mathematics*, 1993, vol. 5, p. 81-119.
- HULL Terence H., « Conflict and collaboration in public health » dans *Public health in Asia and the Pacific: historical and comparative perspectives*, London, Routledge, 2008, p. 139-152.
- HUSKEN Frans, « Declining welfare in Java; Government and private inquiries, 1903-1914 » dans Robert Cribb (ed.), *The late colonial state in Indonesia: Political and Economic Foundations of the Netherlands Indies 1880-1942*, Leiden, KITLV Press, 1994, p. 213-228.

- HUSKEN-NILLISSEN H. W. M. et MOULIN Daniël de, « De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië; een terugblik », *Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde.*, 1986, p. 2356-2360.
- JAELANI Gani A., *Penyakit kelamin di Jawa, 1812-1942*, Bandung, Syabas Books, 2013, 154 p.
- JANSE Maartje J., *De geschiedenis van de « Maatschappij tot Nut van den Javaan », 1866-1877 : « Waarheid voor Nederland, regtvaardigheid voor Java »*, Utrecht, Vakgroep Geschiedenis der Universiteit Utrecht (coll. « Utrechtse historische cahiers ; jrg. 20 (1999), nr. 3/4. 802882021 »), 1999, 20 p.
- JONG P. de Josselin de et JORDAAN Roy, « Sickness as a metaphore in Indonesian political mythes », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1985, vol. 2/3, n° 141, p. 253-274.
- JORDAAN Roy E., « Tombuwan in the“ Dermatology” of Madurese folk-medicine », *Bijdragen tot de Taal-, Land-en Volkenkunde*, 1982, 1ste Afl, p. 9-28.
- JORLAND Gérard, *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, France, Gallimard (coll. « Bibliothèque des histoires, ISSN 0768-0724 »), 2010, 361 p.
- JEDAMSKI Doris, « Balai Pustaka : A Colonial Wolf in Sheep's Clothing », *Archipel*, 1992, vol. 44, n° 1, p. 23-46.
- KNECHT-VAN EEKELEN A. DE, « Berichten over Bacteriologie in het Album der Natuur » dans A. H. M. Kerkhoff, A. M. Luyendijk-Elshout et M. J. D. Poulissen (eds.), *De novis Inventis: Essays in the History of Medicine in Honour of Daniel de Moulin*, Amsterdam - Maarssen, Holland University Press, 1984, p. 183-194.
- KNECHT-VAN EEKELEN A. DE, « De invloed van 's-Rijkskweekschool voor Militaire Geneeskundigen op de geneeskunde in Nederlands Oost-Indië » dans Daniël de Moulin et M. J. van Lieburg (eds.), *'s-Rijkskweekschool voor militaire geneeskundigen te Utrecht (1822-1865) : verslag van een symposium gehouden te Nijmegen op 26 september 1987*, Amsterdam, Rodopi (coll. « Nieuwe Nederlandse bijdragen tot de geschiedenis der geneeskunde en der natuurwetenschappen ; no. 26 »), 1988, p. 95-110.
- KNECHT-VAN EEKELEN A. DE, « The interaction of western and tropical medicine » dans *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 57-72.

- KNECHT-VAN EEKELEN A. DE, « Tropische geneeskunde in Nederland en koloniale geneeskunde in Nederlands-Indie », *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 1992, vol. 3, p. 407-428.
- KNECHT-VAN EEKELEN A. DE, « The debate about acclimatization in the Dutch East Indies (1840-1860). », *Medical History. Supplement*, 2000, n° 20, p. 70-85.
- KONINKLIJKE NEDERLANDSE CHEMISCHE VERENIGING, *De geschiedenis van de scheikunde in Nederland. 2: De ontwikkeling van chemie en chemische technologie in de eerste helft van de twintigste eeuw*, Delft, Delft University Press, 1997, xii+259 p.
- LATOUR Bruno, « Give me a laboratory and I will raise the world » dans K Knorr-Cetina et M. J Mulkay (eds.), *Science observed: perspectives on the social study of science*, London, Sage Publications, 1983, p. 141-170.
- LE COUR GRANDMAISON Olivier, *L'empire des hygiénistes: vivre aux colonies*, Paris, Fayard, 2014, 361 p.
- LEONARD Jacques, « Le premier congrès international d'eugénique (Londres, 1912) et ses conséquences françaises » dans *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 173-179.
- LINDEBOOM Gerrit Arie, *Dutch medical biography: a biographical dictionary of Dutch physicians and surgeons 1475-1975*, Amsterdam, Rodopi, 1984, 2243 p.
- LIVINGSTONE David N., « Human acclimatization: perspectives on a contested field of inquiry in science, medicine and geography », *History of Science*, 1987, vol. 25, n° 4, p. 359-394.
- LOMBARD Denys, *Le carrefour javanais: essai d'histoire globale. Volume 1, les limites de l'occidentalisation*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales (coll. « Civilisations et sociétés (Ecole des hautes études en sciences sociales. Centre de recherches historiques) ; 79 »), 1990, vol. 3/1, 263 p.
- LÖWY Ilana, « Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute Mission (1901-1905): The transfer of science to the periphery », *Medical History*, avril 1990, vol. 34, n° 02, p. 144-163.
- MANDERSON Lenore, *Sickness and the state: health and illness in colonial Malaya, 1870-1940*, Cambridge; New York, Cambridge University Press, 1996, 315 p.
- MESTERS Han, « J. L. Hydrick in the Netherlands Indies: An American view of Dutch public health policy » dans Peter Boomgaard (ed.), *Health care in Java: past and present*, Leiden, KITLV Press, 1996, p. 51-62.

- MOOIJ Annet, *Out of otherness : characters and narrators in the Dutch venereal disease debates 1850-1990*, Amsterdam etc, Rodopi (coll. « Clio medica ; 47. 842258825 »), 1998, 295 p.
- NAS Peter J. M., « Semarang: Was H. F. Tillema a director of urban change? » dans *Directors of urban change in Asia*, London etc, Routledge (coll. « Routledge advances in Asia-Pacific studies ; 9 265377293 »), 2005, p. 187-204.
- OATES William A., « The Afdeeling B: An Indonesian Case Study », *Journal of Southeast Asian History*, mars 1968, vol. 9, n° 1, p. 107-116.
- OWEN Norman G. (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical, and Demographic History*, Singapore; New York, Oxford University Press, 1987, 288 p.
- PECKHAM Robert, « Matshed Laboratory: Colonies, Cultures, and Bacteriology » dans Robert Peckham et David M. Pomfret (eds.), *Imperial Contagions: Medicine, Hygiene, and Cultures of Planning in Asia*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2013, p. 123-147.
- POLS Hans, « Psychological knowledge in a colonial context: Theories on the nature of the “native mind” in the former Dutch East Indies. », *History of psychology*, 2007, vol. 10, n° 2, p. 111.
- POLS Hans, « Eugenics in the Netherlands and the Dutch East Indies » dans Alison Bashford et Philippa Levine (eds.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, New York, Oxford University Press, 2010, p. 347-362.
- POLS Hans, « Notes from Batavia, the Europeans’ Graveyard: The Nineteenth-Century Debate on Acclimatization in the Dutch East Indies », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2011, vol. 67, n° 1, p. 120-148.
- PORTER Theodore M., *The rise of statistical thinking, 1820-1900*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1986, 333 p.
- RUSNOCK Andrea A., *Vital accounts: quantifying health and population in eighteenth-century England and France*, Cambridge; New York, Cambridge University Press, 2002, 249 p.
- SCHNEIDER William H., *Quality and Quantity: The Quest for Biological Regeneration in Twentieth-Century France*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, 392 p.
- SHIRAIISHI Takashi, *An age in motion: popular radicalism in Java, 1912-1926*, Ithaca (NY), Etats-Unis d’Amérique, Cornell university press, 1990, 365 p.



- SIGERIST Henry E., « The Philosophy of Hygiene » dans *On The History of Medicine*, New York, MD Publications, 1960, p. 16-24.
- SMITH Virginia, *Clean: a history of personal hygiene and purity*, Oxford, Oxford University Press, 2008, 457 p.
- SNELDERS Stephen, MEIJMAN Frans J. et PIETERS Toine, « Heredity and Alcoholism in the Medical Sphere: The Netherlands, 1850–1900 », *Medical history*, 2007, vol. 51, n° 02, p. 219-236.
- SPORES John C., *Running amok: an historical inquiry*, Athens, Ohio, Ohio Univ., Center for Internat. Studies (coll. « Monographs in international studies / Ohio University Center for International Studies Southeast Asia series »), 1988, 179 p.
- STOLER Ann L., « Making empire respectable: the politics of race and sexual morality in 20th-century colonial cultures », *American Ethnologist*, 1989, vol. 16, n° 4, p. 634-660.
- STOLER Ann Laura, « Rethinking colonial categories: European communities and the boundaries of rule », *Comparative Studies in Society and History*, 1989, vol. 31, n° 1, p. 134-161.
- STOLER Ann Laura, « Carnal Knowledge and Imperial Power: Gender, Race, and Morality in Colonial Asia » dans *Feminism and history*, Oxford; New York, Oxford University Press, 1996.
- STOLER Ann Laura, *Along the archival grain : epistemic anxieties and colonial common sense*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 2009, 316 p.
- TEMKIN Owsei, « An historical analysis of the concept of infection » dans *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, p. 456-471.
- TEMKIN Owsei, « On the history of “morality and syphilis” » dans *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, p. 472-484.
- VANVUGT Ewald, *Een propagandist van het zuiverste water : H.F. Tillema (1870-1952) en de fotografie van tempo doeloe*, Amsterdam, Uitgeverij Jan Mets, 1993, 167 p.
- VIGARELLO Georges, *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen âge*, Paris, Seuil, 1987, 282 p.
- WEINDLING Paul, *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, 641 p.

- WERTHEIM W. F. (ed.), *The Indonesian town; studies in urban sociology.*, The Hague, W. Van Hoeve; distributed in the U.S.A. by the Institute of Pacific Relations, New York, 1958, 379 p.
- WIDJOJO NITISASTRO, *Population trends in Indonesia*, Ithaca etc, Cornell University Press (coll. « Modern Indonesia Project, Southeast Asia Program, Cornell University »), 1970, 266 p.
- WILLIAMS Michael C., *Sickle and Crescent: The Communist Revolt of 1926 in Banten*, s.l., Equinox Publishing, 2009, 117 p.
- WORBOYS Michael, « British colonial medicine and tropical imperialism: A comparative perspective » dans *Dutch Medicine in the Malay Archipelago 1816-1942*, Amsterdam, Rodopi, 1989, p. 153-167.
- WORBOYS Michael, « The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Specialty » dans *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, The Hague; Chicago, Mouton ; Aldine, 1976, p. 75-98.