Institut d'études politiques de Paris

ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO

Programme doctoral d'histoire

Centre d'histoire de Sciences Po

Doctorat en histoire

Une profession à l'ombre de l'État

Médecines et médecins au Sichuan, 1900-1950

Jean Corbi

Thèse dirigée par Florence Bretelle-Establet et Jakob Vogel

Soutenue le 8 novembre 2024

Jury :
Mme Florence Bretelle-Establet, directrice de recherche, CNRS
M. Pierre Fuller, professeur associé, Sciences Po
M. Gilles Guiheux, professeur des universités, Université Paris Cité (rapporteur)
M. Xavier Paulès, maître de conférences, EHESS (rapporteur)
M. Jakob Vogel, professeur, Sciences Po
Mme Yi-Li Wu, associate professor, University of Michigan

TABLE DES MATIERES

Remerciements 5

Conventions d'écriture et abréviations 7

Introduction 9

Cadrage du sujet 14

Histoires de la médecine en Chine contemporaine 28

Sources et méthode 40

Organisation de la thèse 45

Partie I : L'État, les médecins et la régulation de la médecine 49

Chapitre 1 : Pratiquer la médecine au Sichuan au début du XXe siècle 51

A - Les cadres anciens de la pratique médicale 54

B - Médecine occidentale, présence étrangère et autorités locales 71

Conclusion 86

Chapitre 2 : Protéger la santé, superviser la médecine, enregistrer les médecins 89

A - Un statut légal pour les médecins 93

B - Administrer la santé au Sichuan 105

C - L'enregistrement des médecins : les limites d'une politique de santé 118

Conclusion 126

Chapitre 3 : Les associations de médecins, l'État et la société 129

A - Les premières associations de médecins 130

B - La réorganisation d'un système de représentation professionnelle à la fin de la République 138

C - Le rang social du médecin 146

Conclusion 160

Partie II : Deux professions, deux médecines 163

Chapitre 4 : Une médecine occidentale à deux visages 165

A - L'impossible standardisation du cursus médical 168

B - Une médecine académique liée à la présence étrangère 177

C - L'enseignement médical technique, entre projet national et initiatives locales 185

Conclusion 194

Chapitre 5 : La médecine chinoise : une institutionnalisation sans occidentalisation .. 197

A - La transmission personnelle du savoir médical 201

B - L'essor en demi-teinte des écoles de médecine chinoise 211

C - « Mettre en ordre » ou « améliorer » la médecine chinoise 221

Conclusion 235

Chapitre 6 : Un dualisme imparfait 239

A - Une frontière poreuse entre les deux professions 242

B - Les médecins et le marché de la santé 249
Conclusion 261
Partie III : Nouveaux lieux et nouveaux acteurs de la médecine professionnalisée 263
Chapitre 7 : Les femmes dans la profession médicale 265
A - Les femmes dans la médecine chinoise 269
B - Les praticiennes de la médecine occidentale 278
C - Une profession vertueuse 285
Conclusion 295
Chapitre 8 : Hôpitaux et cliniques 297
A - L'essor des établissements de soins 300
B - Nouveaux lieux de la rencontre médicale 315
Conclusion 326
Chapitre 9 : Médecins et personnels de santé 329
A - Dans l'ombre des médecins, les nouveaux métiers de l'hôpital 332
B - Entre techniciens et professionnels 340
C - Professionnalisation et spécialisation 347
Conclusion 354
Conclusion 357
Modernités médicales et professionnalisation de la médecine 360
Une histoire locale de la médecine occidentale 369
État de la santé, santé de l'État en Chine républicaine 374
Sources et bibliographie 381
Annexes 407

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de thèse Florence Bretelle-Establet et Jakob Vogel qui m'ont apporté leur aide et leurs conseils à chaque étape de cette recherche, depuis ses prémices. Ils m'ont aidé, à partir de nombreuses pistes archivistiques, à faire émerger le sujet de la présente thèse et ils ont su me guider dans cette entreprise, tout en respectant mes choix personnels et ma curiosité. Les membres du comité de suivi, Gilles Guiheux et Paul-André Rosental, ont eux aussi grandement contribué à cette réflexion et m'ont encouragé à en élargir la portée par leurs apports respectifs. Je voudrais également remercier les membres du jury d'avoir accepté de lire mon travail.

Il n'aurait pas été possible de le réaliser sans les nombreux soutiens dont j'ai pu bénéficier, à commencer par celui du Centre d'histoire Sciences Po et de son équipe qui m'ont permis de réaliser ce doctorat dans d'excellentes conditions. Je veux exprimer ma reconnaissance envers Marc Lazar pour sa bienveillance et sa disponibilité, notamment face aux différents désidératas administratifs qui ont pu se présenter. Je suis heureux d'avoir pu travailler avec Pierre Fuller et je le remercie pour ses nombreux conseils et encouragements. Ma gratitude va également à Giacomo Parrinello qui m'a invité à rejoindre l'équipe d'organisation de son séminaire sur l'histoire des sciences, des techniques et de l'environnement. Les riches échanges qu'il a ainsi favorisé m'ont ouvert de nouveaux horizons intellectuels et ont, de différentes manières, alimenté les analyses qui seront développées dans ces pages.

Je suis redevable à l'Université du Sichuan et à ceux qui m'y ont accueilli lors du semestre décisif au cours duquel j'ai pu constituer la base documentaire de la présente recherche. Qian Yun, en particulier, m'a apporté un appui indispensable en mobilisant les ressources à sa disposition pour aplanir les obstacles et me permettre ainsi de poursuivre mes recherches en Chine aussi sereinement que possible.

Cette thèse a également reçu le soutien financier de la région Ile-de-France et de la Fondation Chiang Ching-Kuo que je remercie pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Si ce travail a pu aboutir, c'est aussi grâce à tous ceux qui m'ont accompagné dans ma progression. Je suis profondément reconnaissant envers Martha Hanson, Asaf Goldschmidt, Joan Judge et Sean Hsiang-lin Lei, Yi-Li Wu, Xavier Paulès et David Serfass de m'avoir fait

profiter de leurs éclairages en acceptant de discuter mon travail. Je n'oublie pas non plus les précieux conseils méthodologiques que m'ont prodigué Claire Zalc et Claire Lemercier.

Ces années de thèse auraient été bien plus longues sans la compagnie de mes proches, de mes amis et de tous mes camarades doctorants. Aux Archives provinciales du Sichuan, puis de retour en France, j'ai toujours pu compter sur l'aide et la bonne humeur de Hu Junya qui a joué un bien plus grand rôle dans mes recherches qu'elle n'en a sans doute conscience. Je salue bien sûr tous ceux qui ont égayé les journées de travail au bureau des doctorants Sciences Po. Je dois beaucoup à Agathe pour sa patience face à mes étourderie, Thomas pour son hospitalité, Laurianne pour son soutien indéfectible, ainsi qu'à tous les autres qui m'ont continuellement encouragé, ou ont bien voulu me relire. Je remercie mes parents pour leur attention patiente et pour m'avoir appuyé dans tout ce que j'ai entrepris. Enfin, rien n'aurait été possible sans Coline qui a été présente à chaque instant et à chaque étape. Je lui dédie cette thèse.

CONVENTIONS D'ECRITURE ET ABREVIATIONS

Nous utilisons le *pinyin* pour la translittération du chinois, mis à part pour certaines villes dont nous employons le nom le plus connu en français : Nankin, Pékin ou encore Canton. Lorsque nous évoquons un personnage chinois dont le nom est connu sous une autre forme que le pinyin, nous indiquons cette dernière à la première occurrence mais privilégions ensuite l'emploi de la forme en *pinyin* ; c'est le cas par exemple de Sun Zhongshan (Sun Yat-sen). Dans les références bibliographiques, nous avons néanmoins conservé le nom avec lequel l'auteur a signé. Ainsi, Chen Zhiqian (C. C. Chen) sera désigné dans le texte par son nom en pinyin (Chen Zhiqian) et par C. C. Chen lorsqu'il est l'auteur de textes en anglais. Lorsqu'une autre translittération est employée dans les sources, nous reprenons cette forme dans les citations de cette source. Si pour un nom propre nous ne connaissons que cette translittération, nous la reprenons dans le corps du texte.

Pour les caractères chinois, nous avons repris autant que possible la forme présente dans les sources. Nous utilisons donc le non-simplifié pour la première moitié du XXe siècle et le simplifié à partir des années 1950 (à l'exception de Taiwan).

Le lecteur trouvera également ci-dessous la liste des abréviations les plus couramment employées dans la thèse :

ADS : Archives du district de Shuangliu (*Shuangliuxian danganguan* 双流县档案馆)
AMC : Association médicale de Chine (*China Medical Association*, *Zhonghua yixuehui* 中華醫學會)
APS : Archives provinciales du Sichuan (*Sichuansheng danganguan* 四川省档案馆)
CADN : Centre des archives diplomatiques de Nantes
CMJ : *China Medical Journal* puis *Chinese Medical Journal* (*Zhonghua yixue zazhi* 中華醫學雜志)
CMMA : *China Medical Missionary Association* (*Zhongguo boyi hui* 中國博醫會)
CMMJ : *China Medical Missionary Journal*
MAE : (Archives du) ministère des Affaires étrangères (France)
PUMC : *Peking Union Medical College* (*Beijing xiehe yixueyuan* 北京協和醫學院)
SDN : Société des Nations
SMPRC : Société médicale et pharmaceutique de la République de Chine (*Zhonghua minguo yiyao xuehui* 中華民國醫藥學會)
WCUU : *West China Union University* (*Huaxi xiehe daxue* 華西協合大學)

Introduction

À la fin de l'année 1938, un comité d'évaluation préliminaire des praticiens de la médecine chinoise voit le jour dans le district de Wan, situé dans l'ouest du Sichuan, le long du fleuve Yangzi[1]. Ce comité doit s'assurer que ceux qui pratiquent la médecine dans cette localité disposent bien des qualifications nécessaires, telles qu'elles ont été fixées par le Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise promulgué deux ans plus tôt par le gouvernement nationaliste chinois. Les praticiens peuvent démontrer leur compétence en produisant devant les autorités un diplôme délivré par une école de médecine chinoise, mais ces dernières sont encore relativement rares et bon nombre de médecins ont appris leur art auprès d'un maître ou d'un parent, sans aucun document pour attester de cet enseignement. Alternativement, le fait d'avoir été déjà été enregistré dans une localité ou avoir exercé la médecine pendant au moins cinq ans sont des conditions suffisantes pour obtenir la validation du comité, sous réserve de pouvoir en fournir la preuve. Enfin, les examinateurs ont la possibilité d'interroger les candidats, par oral ou par écrit, sur leurs connaissances médicales. Au terme de cet examen préliminaire, le dossier du demandeur est transmis au gouvernement provincial qui lui délivre un certificat attestant sa qualification et permettant d'obtenir une licence d'exercice dans tous les districts de la province.

Dans la première moitié du XXe siècle, l'idée s'impose progressivement que la médecine n'est pas n'importe quel commerce et qu'elle doit donc faire l'objet de règlementations particulières. Au début du XXe siècle, pour exercer la médecine, il suffisait encore d'accrocher sa plaque (*guapai* 挂牌) ou d'aller directement à la rencontre des malades pour leur proposer ses services. Se prévaloir d'une ascendance médicale prestigieuse ou avoir étudié avec un grand maître pouvait aider à se faire une place face à la concurrence, mais il n'existait alors aucun cursus formellement établi pour apprendre l'art du soin. Dans les décennies qui suivent, la médecine devient, au moins dans le monde des lois et de l'administration, un domaine réservé aux praticiens qui ont fait leurs preuves soit par leur expérience soit par la maîtrise d'une connaissance technique, si possible sanctionnée par un diplôme. Cette transformation fait des médecins un groupe social à part entière, uni, en théorie, par un savoir partagé. Dès le tournant

[1] APS, 113-02-3488, Gouvernement du district de Wan au Département de santé du Sichuan, 12 décembre 1983.

du siècle, des écoles voient le jour et constituent une étape de plus en plus fréquente dans le parcours des nouveaux praticiens. Ces établissements, comme le système de licence, participent à la structuration d'une médecine chinoise (*zhongyi* 中醫) dont l'organisation sociale s'oppose, tout en l'imitant, au modèle établi par la médecine occidentale (*xiyi* 西醫) qui prend pied dans le pays depuis le XIXe siècle.

Cette évolution a surtout été perçue au travers des politiques médicales, en particulier à l'échelle nationale, et des débats qu'elles ont pu susciter parmi les porte-paroles de la médecine chinoise ou occidentale[2]. Dans cette histoire, mises à part certaines figures éminentes, les médecins apparaissent essentiellement à la voix passive, comme l'objet des mesures prises par le gouvernement en matière de santé. En privilégiant une approche régionale, centrée sur la province du Sichuan, la présente étude propose au contraire de considérer les praticiens ordinaires de la médecine chinoise et ceux de la médecine occidentale comme des agents à part entière de l'histoire médicale de la Chine dans la première moitié du XXe siècle. L'exemple de Wan montre combien les médecins, à l'échelle locale, jouent un rôle essentiel dans l'application des mesures prises par le gouvernement central, comme le Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise de 1936. Le fonctionnement du comité de Wan repose sur la collaboration entre le gouvernement du district et l'association locale de praticiens de la médecine chinoise, à laquelle adhèrent en théorie tous les praticiens licenciés de cette localité. Les membres du comité d'évaluation proviennent de ces deux institutions qui en assurent conjointement le financement : l'association de médecins fournit les fonds initiaux nécessaires à son organisation, les frais courants sont ensuite couverts par les sommes perçues par le gouvernement local à chaque demande de licence d'exercice. Cette coopération tranche avec une histoire centrée sur les conflits et les tensions entre le monde de la médecine chinoise et un État républicain modernisateur inspiré par des modèles étrangers.

L'idée même qu'il est de la responsabilité du gouvernement chinois d'encadrer l'exercice de la médecine résulte d'une évolution de la conception de l'État, en partie influencée par des idées venues de l'Europe, des États-Unis ou du Japon. Certes, l'histoire chinoise compte des périodes pendant lesquelles l'empereur et son administration se saisissent pleinement des

[2] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937*. Ann Arbor : Association for Asian Studies, 1995. 289 p. ; XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State: the Rise of Professional Associations in Shanghai, 1912-1937*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 328 p.

problèmes médicaux, mais ce rôle est délaissé sous la dynastie Qing (1644-1912) qui verse plutôt dans un « idéal de gouvernement à l'économie »[3]. Sous la République (1912-1949), l'attention croissante portée par l'État aux conditions sanitaires du pays procède désormais de la volonté d'affirmer la souveraineté de la Chine, notamment en matière de contrôle des épidémies, et d'améliorer la santé de la nation envisagée en termes biologiques. En collaborant avec le *Peking Union Medical College* (PUMC), affilié à la puissante Fondation Rockefeller, ou avec l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations (SDN), l'administration sanitaire chinoise entend mener une politique de santé publique fondée sur une approche scientifique de la médecine. En 1929, alors qu'il met sur pied un système de licence pour les praticiens de la médecine occidentale, le ministère de la Santé (*wenshengbu* 衛生部) envisage d'abolir la médecine chinoise. Bien que ce projet soit finalement abandonné, il témoigne de l'hostilité d'une partie de l'État chinois à l'égard de ce qui est perçu comme un frein à la modernisation du pays.

La règlementation de la médecine apparaît ainsi en partie conçue comme un outil de lutte contre la médecine chinoise, et donc comme une source de conflit entre ses praticiens et le gouvernement nationaliste. Or, si cette opposition est si profonde, comment expliquer que moins d'une décennie après l'épisode de 1929, l'administration locale coopère avec une association de praticiens de la médecine chinoise pour encadrer sa pratique ? Selon Sean Hsiang-lin Lei, la réponse est à chercher dans le projet de modernisation et de « scientifisation » qui façonnerait, selon les tenants de la médecine occidentale, une « médecine bâtarde » (*zazhongyi* 雜種醫), produit d'un mélange théorique contre nature[4]. Ce constat fait d'une certaine manière écho à celui de Paul Unschuld qui décrit les efforts de synthèse et de sélection visant à faire émerger au début du XXe siècle une « médecine chinoise » à partir de doctrines concurrentes qui se sont multipliées depuis les Song[5]. Selon Unschuld, l'élément déclencheur de ce processus est à chercher dans le changement d'attitude de l'État qui, après la chute de

[3] WILL, Pierre-Etienne. « Bureaucratie officielle et bureaucratie réelle. Sur quelques dilemmes de l'administration impériale à l'époque des Qing », *Études chinoises*. 1989, vol.8 n° 1. p. 69-142.

[4] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle Over China's Modernity*. Chicago : The University of Chicago Press, 2014. p. 16-17.

[5] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. Berkeley : University of California Press, 1985. p. 250.

l'empire en 1912, se détourne de la médecine chinoise pour soutenir exclusivement la médecine occidentale.

Nous proposons dans cette thèse d'explorer une piste complémentaire, en supposant que la crédibilité de la médecine chinoise n'est pas seulement garantie par ce réagencement conceptuel, mais aussi par sa réorganisation sociale, par l'institutionnalisation de l'apprentissage et de la pratique qui permet de prétendre à la même légitimité que les praticiens de la médecine occidentale. Cohérence théorique et structuration sociale sont d'ailleurs les deux faces d'une même pièce : comment garantir une forme d'homogénéité des savoirs et des techniques sans exercer un minimum de contrôle sur ceux qui les manient quotidiennement pour traiter leurs patients ? L'institutionnalisation de la formation des praticiens tout comme le contrôle de leurs compétences participe à la fois de l'organisation des savoirs et du cloisonnement, voire de l'homogénéisation, du groupe social que constituent les médecins.

Durant cette période, la médecine dite occidentale est elle aussi en cours de structuration. Les praticiens de cette médecine sont, à première vue, bien organisés. Depuis le début du XXe siècle, des associations visent à rassembler tous les médecins installés dans le pays. Mais dans les faits, les adhésions se concentrent surtout sur une partie du territoire chinois. À l'échelle locale, la structuration de la profession semble bien plus tardive : l'association de praticiens de la médecine occidentale du district de Wan ne voit le jour qu'en 1936, deux ans seulement avant que celle des praticiens de la médecine chinoise ne soit créée[6]. De la même manière, la standardisation des cursus et des savoirs, ardemment souhaitée par le gouvernement chinois, est encore loin d'être atteinte. Aux côtés des établissements d'enseignement les plus prestigieux, tels que le PUMC, persistent des écoles médicales de plus faibles envergures, moins bien dotées, où les conditions d'enseignement sont vraisemblablement bien en deçà des critères fixés par les autorités. Une école de la sorte existe par exemple dans la ville de Wan. Elle est fondée au plus tard au milieu des années 1920, mais elle n'apparaît dans aucune des enquêtes menées au niveau national sur les établissements d'enseignement de la médecine occidentale. Cela laisse penser qu'elle échappe largement à la supervision du gouvernement. Ainsi, si la médecine occidentale est en général plus organisée que la médecine chinoise, ses formes institutionnelles sont encore loin d'être fixées.

[6] APS, 186-02-3131, Renmin tuanti zhucebu 人民團體注冊簿 (Registre sur l'enregistrement des organisations de personnes), non daté (vers 1949).

L'histoire de la médecine en Chine ne se limite donc pas à l'exacerbation de la querelle théorique entre promoteurs de la médecine chinoise et défenseurs de la médecine occidentale, arbitrée par l'État. Les transformations qui touchent le champ de la santé s'inscrivent également dans un mouvement de professionnalisation de la médecine qui sera au centre de notre étude. Quelle que soit la médecine qu'il pratique, le médecin émerge dans la première moitié du XXe siècle comme une catégorie juridiquement et socialement définie, comme un professionnel dont la compétence est garantie et la pratique encadrée par des institutions qui sont non seulement reconnues par leurs pairs, mais aussi par l'État. Ce travail cherchera donc à déceler, au-delà des trajectoires particulières de la médecine occidentale et chinoise, comment la médecine (*yi* 醫) change de sens entre la fin de la dynastie Qing et l'arrivée au pouvoir des communistes. Pendant cette période, elle devient un domaine d'activité séparé, règlementé et caractérisé par certaines institutions parfois communes aux deux médecines : systèmes de licence, écoles et diplômes, associations de praticiens et, dans une certaine mesure, hôpitaux, cliniques ou cabinets. Nous envisagerons donc la médecine au travers de ses praticiens et des structures sociales qui fondent leur compétence et leur légitimité, voire leur autorité.

Cette histoire est intimement liée à la construction de l'État chinois qui constitue à certains égards le point d'origine de la professionnalisation de la médecine que nous nous proposons ici d'étudier. L'extension de la sphère de l'État touche sous la République un grand nombre de domaines de la vie sociale et implique autant le gouvernement central que les autorités locales (provinces, districts, municipalités), ainsi que l'armée[7]. L'appareil d'État chinois doit donc être envisagé dans sa diversité, voire ses incohérences, dans la mesure où les acteurs qui le composent ne partagent pas nécessairement les mêmes vues sur les problèmes de santé auxquels le pays est confronté, et encore moins sur la manière de les résoudre. La portée des pouvoirs publics connait surtout des limites évidentes au cours de la période étudiée, marquée par une certaine instabilité politique, les divisions territoriales et les difficultés matérielles. La province du Sichuan en particulier se situe pendant plusieurs décennies hors de la portée des gouvernements nationaux. Y faire l'histoire des politiques de santé amène ainsi bien souvent à constater le décalage entre les ambitions affichées par les autorités et les progrès effectivement réalisés. Face à ces difficultés, la capacité de l'État à gouverner dépend dans une

[7] PAULES, Xavier. *La République de Chine : histoire générale de la Chine (1912-1949)*. Paris : Les Belles Lettres, 2019. p. 255-256.

large partie des efforts déployés par les acteurs non étatiques pour se rendre gouvernables. En d'autres termes, la médecine entre d'autant plus facilement dans le giron de l'État que les médecins, entre autres, se dotent d'institutions (écoles, associations, hôpitaux) qui lui donnent prise sur ce pan de la société chinoise.

Cadrage du sujet

La professionnalisation en question

L'émergence et la consolidation de la profession de médecin (*yishi* 醫師) constituent la trame principale de notre réflexion. Le concept de profession a fait l'objet d'un travail de définition intense et d'importantes discussions théoriques depuis le début du XXe siècle, lorsque les sociologues américains et britanniques en font un champ d'étude à part entière à l'intérieur de leur discipline. En 1915, Abraham Flexner pose six critères pour établir si un métier constitue ou non une profession : « les professions impliquent des opérations essentiellement intellectuelles et une grande responsabilité individuelle ; elles tirent leur matière première de la science et de l'apprentissage ; ce matériau est travaillé en vue d'une fin pratique et définie ; elles possèdent une technique transmissible par l'éducation ; elles tendent à l'auto-organisation ; leurs motivations deviennent de plus en plus altruistes au cours du temps[8]. » Nombre d'éléments qui seront exposés dans les pages de cette thèse rappellent ces éléments de définition : l'insistance de certains porte-paroles de la médecine occidentale comme chinoise sur l'importance de la « science » (*kexue* 科學), les efforts déployés pour institutionnaliser et standardiser l'enseignement de la médecine et la constitution d'associations professionnelles qui tendent à se poser en défenseur de l'intérêt général. Ces points de convergence entre les premières théories des professions et les formes organisationnelles adoptées par les médecins sous la République ne sont sans doute pas fortuits. La réflexion de Flexner et des autres sociologues qui constituent une sociologie dite « fonctionnaliste » se nourrit de l'exemple de la profession médicale américaine, un modèle que suivent aussi, à certains égards, les praticiens et le gouvernement chinois. Les premières institutions de la médecine occidentale en Chine (écoles, associations, hôpitaux) sont en grande partie calquées sur ce qui existe alors aux États-

[8] FLEXNER, Abraham. « Is social work a profession ? », *Research on Social Work Practice*. mars 2001 (1ere édition 1915), vol.11 n° 2. p. 152-165.

Unis, en Europe ou au Japon, une influence renforcée par le fait que les figures médicales qui sont à la tête de l'administration sanitaire ont souvent étudié à l'étranger[9].

Dans la seconde moitié du XXe siècle, les critiques se multiplient contre la théorie fonctionnaliste des professions, qui tend à reprendre à son compte le discours produit par les professionnels eux-mêmes pour justifier les avantages dont ils bénéficient[10]. De plus, le courant dit interactionniste s'oppose à des conceptions qu'il estime trop fixistes, essentialistes, voire déterministes. Il n'y aurait pas un modèle unique d'organisation sociale des professions. Par exemple, la médecine chinoise existe aux yeux de l'État comme une « profession » (*zhiye* 職業), enregistrée et encadrée comme telle, alors qu'elle ne remplit pas les conditions édictées par les fonctionnalistes. Plus généralement en Chine, les systèmes de licence qui garantissent respectivement aux praticiens de la médecine chinoise et occidentale un monopole sur leur secteur d'activité voient le jour avant qu'il n'existe véritablement d'institutions d'enseignement et d'encadrement garantissant l'homogénéité de la profession. Dans une certaine mesure, c'est la protection légale que l'État chinois accorde à certains groupes qui entraînent leur structuration sociale sous forme de professions. Comme le suggère Xu Xiaoqun dans son étude des associations professionnelles de Shanghai, un lien étroit se tisse sous le gouvernement du Guomindang entre la modernisation de l'État et le développement de certains groupes professionnels : « un gouvernement légitime pouvait octroyer une légitimité professionnelle, tandis que le soutien des professionnels aidait en retour à légitimer l'État et contribuait à ses projets de modernisation, y compris la construction d'un État moderne »[11]. Les trois professions étudiées par Xu Xiaoqun, les avocats, les médecins et les journalistes, participent ainsi chacune aux projets du gouvernement en aidant à la construction d'une justice et d'un système de santé moderne ou en participant à la mobilisation des masses.

La protection accordée à certaines professions ne découle donc pas tant de leur capacité à transmettre leurs savoirs par l'éducation, leur niveau d'auto-organisation ou leur motivation altruiste, mais plutôt de l'intérêt que leur travail présente pour la construction d'un État chinois

[9] XI, Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 173-211.

[10] CHAMPY, Florent. *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012. p. 24.

[11] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 16.

moderne. Mais cet intérêt ne peut être mis à profit si ces professionnels ne sont pas unis par des structures qui permettent à l'État d'exercer un certain niveau de contrôle sur leurs activités. En outre, l'utilité de ces professions en devenir ne va pas de soi. Comme l'a montré Sean Hsiang-lin Lei, il faut plusieurs décennies aux promoteurs de la médecine occidentale pour imposer l'idée que son développement est nécessaire au renforcement de l'État, puisqu'elle permet de mieux contrôler les épidémies, d'affermir la souveraineté sanitaire de la Chine et d'améliorer la santé de sa population. C'est au nom de cet impératif que le ministère de la Santé protège l'exercice de la médecine occidentale par un système de licence en 1929. Autrement dit, il faut que la tâche de soigner et prévenir les maladies soit articulée en un « problème professionnel » particulier[12], la prophylaxie et la santé publique, pour que les praticiens de la médecine occidentale bénéficient, du moins en droit, d'un monopole sur le domaine d'activité.

Nous reprenons ici les concepts établis par le sociologue Andrew Abbott dans son *System of Professions* qui nous semble particulièrement utile pour articuler au sein d'un même cadre théorique ce que l'on observe dans le développement des professions médicales chinoises. Sa conception « écologique » des professions fondée sur la concurrence entre différents groupes pour défendre leur champ de compétence (appelés « juridictions ») appelle à considérer chacun de ces groupes en fonction des autres. Les « juridictions » respectives des praticiens de la médecine chinoise ou de la médecine occidentale se définissent l'une par rapport à l'autre, mais aussi en fonction des autres acteurs qui composent le paysage médical : les praticiens non reconnus par l'État, les professions paramédicales (infirmiers, sages-femmes), voire les profanes qui ont eux aussi certaines connaissances médicales et face auxquels les médecins doivent affirmer leur autorité. Abbott considère que les « juridictions » sont disputées dans différentes « arènes » : le système légal, l'opinion publique et lieu de travail (*workplace*).

À travers cette notion d'« arènes », il est possible de considérer l'importance de l'État comme l'un des pôles structurants la profession médicale, sans le considérer pour autant comme son seul déterminant. Si les médecins doivent assoir leur compétence sur des institutions reconnues par l'État qui garantit en droit la protection de leur « juridiction », cela ne les dispense pas de devoir convaincre leurs patients qu'ils sont des praticiens habiles. C'est d'autant plus nécessaire que le marché des soins en Chine au début du XXe siècle ne peut être considéré

[12] ABBOTT, Andrew. *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press, 1988. p. 59.

comme un « marché professionnel », tel que le définit la sociologue Magali Sarfatti Larson, c'est-à-dire réservé aux professionnels en vertu d'un monopole garanti légalement[13].

Cette perspective théorique permet enfin de prendre en compte la question de la concurrence entre les deux groupes de médecins qui se constituent en Chine dans la première moitié du XXe siècle, les praticiens de la médecine chinoise et ceux de la médecine occidentale, sans pour autant ramener la totalité de cette histoire à l'opposition entre les deux médecines. Cette opposition est à bien des égards centrale dans le discours porté par les autorités qui président à la régulation du marché médical. La défense de la médecine chinoise dans l'arène du système juridique impose la rationalisation de l'enseignement, voire la scientifisation des savoirs. Mais les écoles et les diplômes ont très certainement un poids bien moindre dans l'arène de l'opinion publique, où la qualité d'un praticien peut être estimée à l'aune de critères bien différents de ceux qui permettent d'obtenir une licence. De la même manière, la répartition du travail au sein de la profession construit des profils de médecins très différents, alors même qu'ils sont identiques en droit. Cette multiplicité des arènes peut ainsi expliquer un paradoxe, particulièrement perceptible dans le cas de la médecine chinoise : les professions médicales sont d'abord définies par l'intervention de l'État dans la santé, pourtant cette dernière ne suffit pas à expliquer les changements qui affectent la médecine et les médecins en Chine dans la première moitié du XXe siècle.

Médecine chinoise, médecine occidentale

Nous avons fait le choix dans ce travail d'employer les expressions « médecine occidentale » (*xiyi* 西醫) et « médecine chinoise » (*zhongyi* 中醫) pour désigner à la fois deux groupes professionnels et l'étendue des savoirs et des techniques qui sous-tendent leur action respective. Ces termes appellent néanmoins certaines précisions et précautions, puisque leur signification évolue profondément au cours de la période étudiée. En effet, comme le rappelle Bridie Andrews, « avant le XIXe siècle, les Chinois n'avaient pas besoin de spécifier si la médecine était occidentale ou chinoise »[14]. Une multitude de connaissances médicales étaient

[13] LARSON, Magali Sarfatti. *The Rise of Professionalism: Monopolies of Competence and Sheltered Markets*. New Brunswick : Transaction Publishers, 2013 (1ere édition en 1977). p. 14-15.

[14] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. Vancouver : University of British Columbia Press, 2014. p. 9.

rassemblées sous le terme *yi* 醫, qui désignait à la fois la « médecine », ceux qui la pratiquent et l'action de soigner. Les savoirs qui composaient la médecine ne constituaient pas un ensemble théorique ordonné et harmonieux, comme le rappelle Paul Unschuld qui met en garde contre une volonté de considérer la « médecine chinoise » comme un système défini et identifiable.

> Une telle approche est à la fois ahistorique et sélective. Elle se concentre sur un seul des nombreux systèmes thérapeutiques distinctement conceptualisés au cours de l'histoire chinoise, à savoir la médecine de la correspondance systématique, et elle néglige à la fois les interprétations changeantes des paradigmes de base proposés par les auteurs chinois à travers les âges et la pluralité synchronique d'opinions et d'idées divergentes qui ont existé pendant vingt siècles, concernant jusqu'à des aspects fondamentaux de ce système thérapeutique, tel que le diagnostic par le pouls[15].

Cette médecine qui devient « chinoise » vers la fin du XIXe siècle reste encore à cette période fondamentalement hétérogène. Il faut attendre la fin des années 1950 et les premières éditions nationales de manuels de médecine chinoise, désormais désignée en anglais par l'expression *Traditional Chinese Medicine* (TCM), pour assister à une véritable standardisation des savoirs à l'échelle du pays. Ce projet prend ses racines dans la période républicaine (1912-1949), pendant laquelle des manuels sont publiés avec l'ambition de rationaliser et moderniser les savoirs médicaux chinois, mais dont la diffusion reste limitée. C'est le niveau de contrôle sans précédent exercé par l'État communiste sur la société chinoise, y compris dans la sphère médicale, qui permet d'imposer une version unifiée de la médecine chinoise, la « pétrifiant » dans cadre théorique fixé[16].

La période que nous nous proposons d'étudier est donc un moment de profonde transformation de la médecine chinoise, caractérisé notamment par la volonté de l'assoir sur un ensemble théorique cohérent à visée pratique, en sélectionnant les savoirs utiles aux praticiens, quitte à en abandonner d'autres. Par exemple, les statuts du comité d'évaluation des praticiens de la médecine chinoise du district de Wan détaillent les matières sur lesquels ces derniers sont susceptibles d'être évalués. Il s'agit tout d'abord des principes généraux de la médecine comme la pathologie (*binglixue* 病理學), la pharmacologie (*yaolixue* 藥理學), les prescriptions

[15] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 2.

[16] TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963: a Medicine of Revolution*. Londres : Routledge, 2005. p. 127.

(*fangjixue* 方劑學), le diagnostic (*zhenduanxue* 診斷學) ou la médecine interne (*neikexue* 内科學). Cette liste continue avec certains domaines ou certaines techniques spécifiques : la médecine des enfants (erkexue 兒科學), des femmes (*fukexue* 婦科學), de la gorge (*houkexue* 喉科學), des yeux (*yankexue* 眼科學), le traitement de la syphilis (*hualiu kexue* 花柳科學), des blessures (*shangkexue* 傷科學), et enfin les massages (*anmo kexue* 按摩科學) et d'acupuncture et la moxibustion (*zhenjiukexue* 針灸科學)[17]. Certaines de ces matières attestent d'évolutions récentes dans le contenu de la médecine chinoise, comme l'acumoxa (acupuncture et moxibustion), marginalisé au XVIIIe et XIXe siècle avant de connaître un regain d'intérêt dans la première moitié du XXe siècle[18]. Si cette liste présente des points communs avec d'autres sources produites pendant la période étudiée, il ne s'agit jamais que d'une manière de poser les contours de la médecine chinoise, ces derniers variant selon les associations, les écoles ou les manuels.

Définir qui sont les « praticiens de la médecine chinoise » est encore plus ardu et l'on peut même s'interroger sur la pertinence de cette catégorie avant qu'elle ne prenne un contenu précis, dans les années 1920-1930, sous l'effet des règlementations de la pratique médicale et de l'enregistrement des médecins. Comme le reconnaît Sean Hsiang-lin Lei, l'étendue de ce groupe est alors définie en creux : « [l'expression] *praticiens de la médecine chinoise* désigne au sens large toutes les personnes qui pratiquent la médecine traditionnelle chinoise et qui n'ont pas reçu de formation médicale formelle en biomédecine »[19]. Ce terme sert surtout à isoler les « praticiens de la médecine occidentale », quitte à mettre ensemble des individus qui se positionnent en fonction de catégories totalement différentes et ne se pensent donc pas comme un groupe. Avec la première esquisse d'un statut légal pour les « praticiens de la médecine chinoise » (*zhongyishi* 中醫士) en 1922, cette expression commence à prendre un contenu positif en se fondant sur des critères clairement définis. Mais c'est seulement en 1936 qu'un système de licence est effectivement appliqué à l'échelle du pays et que le titre de « praticien

[17] APS, 113-02-3488, Wanxian zhongyi chushencha weiyuanhui shencha shishi xize 萬縣中醫初審查委員會審查實施細則 (Comité d'évaluation préliminaire des praticiens de la médecine chinoise du district de Wan, règlement détaillé des conditions d'examen), décembre 1938.

[18] LU, Gwei-Djen et NEEDHAM, Joseph. *Celestial Lancets: a History and Rationale of Acupuncture and Moxa*. Cambridge : Cambridge University Press, 1980. p. 160 ; ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 202-203.

[19] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 19.

de la médecine chinoise » (*zhongyishi* 中醫師) est communément employé par les praticiens eux-mêmes. Au fil de notre démonstration, nous utiliserons donc ce terme pour désigner ceux qui revendiquent ce statut, en se désignant comme tels ou en déposant une demande de licence, même s'il est difficile de savoir s'ils sont effectivement licenciés.

Le terme de « médecine occidentale » a également fait l'objet d'une réflexion approfondie dans l'historiographie. Certains auteurs lui ont préféré le concept de « biomedecine », insistant sur les liens entretenus par cette médecine avec les sciences biologiques plutôt que sur son origine géographique qui tendrait à présenter un « Occident » à la fois ahistorique et faussement homogène[20]. Quel que soit le terme retenu, il est nécessaire de préciser que ces savoirs, techniques et pratiques médicales connaissent des transformations rapides et profondes, notamment à partir du XIXe siècle, comme le perfectionnement des techniques chirurgicales ou l'essor de la microbiologie, pour n'en citer que deux. Si aux yeux de la plupart des commentateurs chinois du début du XXe siècle, cette médecine est distinctement occidentale, elle reste nourrie, dans son histoire ancienne comme récente, des échanges avec les espaces extraeuropéens, du monde arabe médiéval au Japon contemporain. Certains ont également envisagé la spécificité d'une médecine occidentale la considérant comme un mode d'expression particulier d'une pensée européenne définie au travers de certains traits saillants. L'anthropologue Arthur Kleinman, reprenant une proposition de Paul Unschuld, considère que le monothéisme a produit une biomédecine relativement fermée aux paradigmes alternatifs, contrairement à la médecine chinoise[21]. Kleinman identifie deux autres caractéristiques de la médecine occidentale : d'une part le scepticisme face à l'expérience du patient, à laquelle elle entreprend de substituer une description de la pathologie fondée sur l'observation objective et matérialiste, d'autre part l'idée de progrès. C'est en partie dans ces caractéristiques, notamment dans la confiance dans le progrès scientifique, que réside l'attrait

[20] Le terme « biomedecine » semble notamment privilégié par la recherche anglophone. D'autres parlent également de médecine « cosmopolite ». Bien que nous n'employions pas ces termes, les réflexions dont ils découlent conservent toute leur pertinence dans notre étude qui porte sur une période pendant laquelle l'histoire de la médecine dite « occidentale » s'étend au monde entier. ANDERSON, Warwick. « Biomedicine in Chinese East Asia: From Semicolonial to Postcolonial? » in Qizi LIANG et Charlotte FURTH (dir.) *Health and hygiene in Chinese East Asia: Policies and Publics in the Long Twentieth Century*. Durham : Duke University Press, 2010, p. 273-278.

[21] KLEINMAN, Arthur. « What is Specific to Western Medicine? » in William F. BYNUM et Roy PORTER (dir.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. New York : Routledge, 1993, p. 15-23.

d'une partie de l'élite politique chinoise pour cette médecine dès la fin du XIXe siècle. Dès la fin de la dynastie Qing, certains hommes d'État voient dans la médecine occidentale à la fois une promesse pour l'avenir de leur pays et l'une des conditions essentielles pour le faire entrer dans une modernité définie à l'aune de l'Europe, des États-Unis ou du Japon[22].

Nous avons choisi de conserver l'emploi de l'expression « médecine occidentale », dominante dans les sources chinoises, afin de rendre compte du sens que les acteurs historiques y attachent. Elle suppose en effet un lien fort entre une certaine manière d'envisager le traitement et la prévention des maladies et l'idée d'une modernité « occidentale » (*xi* 西) et scientifique univoque[23]. Cette idée est elle-même associée à une vision de l'histoire de la Chine, dominante parmi les républicains chinois, les membres du Guomindang, puis ceux du Parti communiste chinois, selon laquelle les dynasties Qing et Ming ont échoué sur le plan scientifique[24]. En même temps, le caractère étranger qui reste longtemps attaché à cette médecine est vu par ses promoteurs comme un frein à son enracinement dans le pays. Ils ont donc parfois préféré d'autres qualificatifs, comme celui de médecine « moderne » (*xiandai* 現代) ou « nouvelle » (*xin* 新) médecine, par opposition à la « vieille médecine » (*jiuyi* 舊醫). Les praticiens de la médecine chinoise répondent en brandissant le terme de « médecine nationale » (*guoyi* 國醫) à l'occasion du Mouvement pour la médecine nationale (*guoyi yundong* 國醫運動), lancé en 1929 pour s'opposer au projet d'abolition de la médecine chinoise. À travers cette dénomination, les défenseurs de la médecine chinoise appellent l'État nationaliste à préserver « l'essence nationale » de la Chine et à protéger un secteur d'activité économique, solidaire de

[22] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 49

[23] L'idée d'une science « occidentale » appelle néanmoins certaines précautions, dans la mesure où elle a longtemps informé une lecture historiographique aujourd'hui soumise à certaines critiques. L'idée d'une révolution scientifique européenne, forgée par Alexandre Koyré en 1939, a eu tendance à « isoler l'Occident du reste » et à favoriser une « histoire universelle et unilinéaire de la science » après le XVIe-XVIIe siècle. Cette tendance est notamment perceptible dans le travail de publication de la collection *Science and Civilisation in China* débuté en 1954 par Joseph Needham. Il a mis en évidence l'ampleur des réalisations scientifiques chinoises, tout en se demandant pourquoi la Chine n'avait pas développé une science moderne à l'image de l'Europe. ELSHAKRY, Marwa. « When Science Became Western: Historiographical Reflections », *Isis*. 2010, vol.101 n° 1. p. 98-109.

[24] Elman montre au contraire que ces dynasties se sont efforcées de développer une science « en leurs propres termes », à travers les « études occidentales » (*xixue* 西學). ELMAN, Benjamin A. *On their Own Terms: Science in China, 1550-1900*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. p. 420.

celui de la « pharmacopée nationale » (*guoyao* 國藥)[25]. Dans le même temps, la « médecine occidentale » (*xiyi* 西醫) a tendance à se défaire de son épithète. Dans une variété de sources produites par les autorités sanitaires ou par les médecins eux-mêmes, elle devient simplement « la médecine » et ses praticiens des « médecins » (*yishi* 醫師). La tentative du gouvernement chinois d'« indigéniser » la médecine occidentale en neutralisant son caractère étranger passe donc aussi par le choix des termes qui sont employés pour la désigner, comme la suppression de l'épithète « occidentale » (*xi* 西). Or, l'usage de catégories étiques, telles que celle de « biomédecine », ne permet pas de rendre pleinement compte de ces choix linguistiques opérés par les acteurs historiques.

Encore au début du XXe siècle, « les praticiens de la médecine occidentale » se limitent surtout aux médecins étrangers, en particulier dans les provinces de Chine intérieure telles que le Sichuan. Ils sont peu à peu rejoints par des praticiens chinois, formés dans les universités étrangères ou dans les écoles de médecine occidentale qui voient le jour dans le pays. Ce groupe est plus aisément identifiable que celui des praticiens de la médecine chinoise, même avant la mise en place d'un système national de licence en 1929, dans la mesure où il se structure rapidement autour d'institutions formelles : écoles, associations, revues. En effet, une autre spécificité de la médecine telle qu'elle se constitue en Europe à la fin du Moyen Âge est sa propension à s'organiser autour d'organes corporatifs déterminant les conditions de recrutement des nouveaux praticiens, ce qui constitue selon Harold Cook « l'un de legs les plus importants et les plus durables »[26]. En Chine, la création précoce des premières associations de médecins, dès la fin du XIXe siècle, manifeste cette tendance des praticiens de la médecine occidentale à se constituer en corps contrôlant les nouvelles adhésions. Cela n'empêche pas pour autant certains individus n'ayant pas d'éducation formelle à la médecine occidentale de se revendiquer « praticien de la médecine occidentale ». À Shanghai, en 1929, ils forment même leur propre association[27]. L'usage de cette catégorie ne doit donc pas faire oublier que la « médecine occidentale » est loin de constituer une profession homogène et unie. Même le

[25] XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science': Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 », *Modern Asian Studies*. 1997, vol.31 n° 4. p. 847-877 ; LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 109-111.

[26] COOK, Harold J. « Medicine in Western Europe » in Mark JACKSON (dir.) *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford : Oxford University Press, 2011, p. 190-207.

[27] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 134.

système de licence et les efforts déployés par l'État chinois en matière de formation ne font pas disparaître la grande diversité de ses praticiens.

Trajectoire provinciale et histoire nationale

Cette étude prend pour objet les médecins au Sichuan, une province du sud-ouest de la Chine dont la population fluctue entre 40 et 50 millions d'habitants pendant la première moitié du XXe siècle, soit un peu plus que la population de la France pour une superficie équivalente[28]. Située à environ 1500 kilomètres de Pékin et de Shanghai, Chengdu, siège du gouvernement provincial, compte environ 350 000 habitants dans les années 1910. Quelques 250 kilomètres au sud-est, Chongqing constitue la seconde métropole du Sichuan avec une population équivalente à celle de sa capitale. À la confluence de la rivière Jialing et du Yangzi, cette ville constitue la porte d'entrée vers cette province riche et peuplée. Elle devient un « port ouvert » (*treaty port*) en 1891, rejoignant le système établi depuis les guerres de l'opium (1839-1860) qui permet aux pays européens, Royaume-Uni en tête, d'accroitre leur présence commerciale en Chine. Néanmoins, au début du XXe siècle, la présence étrangère dans la province est encore limitée pour l'essentiel aux missionnaires protestants et catholiques. Au cours de cette période qui correspond aux dernières années de la dynastie Qing, la médecine occidentale prend pied au Sichuan avec l'implantation de médecins étrangers, mais aussi en raison de la mobilisation des autorités provinciales qui atteste d'un nouvel intérêt de l'État chinois pour les questions médicales.

La révolution de 1911 qui met fin à la dynastie Qing, au pouvoir depuis 1644, plonge durablement le Sichuan dans une période d'instabilité et de divisions politiques. Le gouvernement républicain qui succède à l'empire ne parvient pas à établir son autorité à l'ensemble du pays. Si le gouvernement Beiyang de Pékin reste théoriquement l'autorité centrale jusqu'en 1927, la majeure partie du territoire chinois est aux mains de chefs militaires, par la suite qualifiés de « seigneurs de la guerre » (*junfa* 軍閥). Le Guomindang 國民黨, installé à Canton, entreprend de réunifier le pays en lançant en 1926 l'Expédition du Nord (*Beifa* 北伐).

[28] SKINNER, G. William. « Sichuan's Population in the Nineteenth Century: Lessons from Disaggregated Data », *Late Imperial China*. 1987, vol.8 n° 1. p. 1-79 ; LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence* 中國人口 : 四川分冊 (Population chinoise : Sichuan). Beijing : Zhongguo caizheng jingji chubanshe, 1988. 450 p.

Il fonde un nouveau gouvernement à Nankin en 1927 qui, après la prise de Pékin en 1928, devient la seule autorité nationale en Chine. Néanmoins, l'autorité de ce nouveau gouvernement sur ses territoires est très variable et, au début de la décennie de Nankin (1928-1937), il ne contrôle véritablement que les trois provinces de la basse vallée du Yangzi, la région du Jiangnan 江南 (Anhui, Jiangsu, Zhejiang). Jusqu'au début de la guerre contre le Japon, en 1937, qui contraint les nationalistes à quitter Nankin pour établir leur capitale de guerre à Wuhan, puis à Chongqing, le Sichuan échappe complètement à l'administration du gouvernement central.

Entre 1912 et 1938, plusieurs seigneurs de la guerre rivaux se partagent le territoire provincial, se livrant à des affrontements réguliers sans qu'aucun ne parvienne à établir son contrôle sur l'ensemble de la province. S'ils prêtent théoriquement allégeance aux gouvernements centraux, le gouvernement de Pékin jusqu'en 1926, puis celui du Guomindang à Nankin, ils restent dans les faits totalement indépendants. C'est particulièrement le cas pendant la décennie de Nankin, lorsque ceux que Robert Kapp identifie comme la « seconde génération de militaristes » règnent sur la province. Contrairement aux seigneurs de la guerre qui dominaient la province directement après la révolution, cette deuxième génération n'a reçu qu'une éducation limitée, a peu voyagé en dehors de la province (aucun à l'étranger) et se préoccupe surtout de la politique provinciale, manifestant peu d'intérêt pour l'extérieur[29]. Leur indépendance apparaît clairement dans le domaine fiscal : alors que le montant total des impôts prélevés dans la province en 1934 est estimé à l'équivalent d'un tiers des revenus du gouvernement national, ce dernier n'en perçoit presque rien[30]. Enfin, les commandants militaires éclipsent les civils, d'abord en occupant les principaux postes à la tête de l'administration provinciale, puis en substituant à cette dernière le système des « zones de garnison » (*fangqu* 防区), vidant du même coup le gouvernement provincial de sa substance[31].

[29] KAPP, Robert A. *Szechwan and the Chinese Republic: Provincial Militarism and Central Power, 1911-1938*. New Haven : Yale University Press, 1973. p. 26.

[30] *Ibid.* p. 71 ; KAPP, Robert A. « Chungking as a Center of Warlord Power, 1926-1937 » in Mark ELVIN et G. William SKINNER (eds.). *The Chinese City Between Two Worlds*. Stanford : Stanford University Press, 1974, p. 153-170.

[31] *Ibid.*p. 8-11 ; MCCORD, Edward Allen. *The Power of the Gun: the Emergence of Modern Chinese Warlordism*. Berkeley : University of California Press, 1993. p. 309.

L'installation du gouvernement nationaliste à Chongqing en octobre 1938 rétablit l'unité de la province, restaure l'administration civile et fait du Sichuan le centre de la Chine libre pendant le restant de la guerre contre le Japon (Annexe I. 1). En plus des administrations officielles, certaines universités et d'autres institutions sont déplacées vers les zones contrôlées par le gouvernent nationaliste, ce qui augmente considérablement les capacités médicales de la province, où le nombre de médecins et de structures de santé pratiquant la médecine occidentale était jusqu'alors plutôt limité. Dans le même temps, des millions, voire des dizaines de millions de réfugiés affluent dans la province, fuyant les régions occupées[32]. Chongqing voit sa population tripler pendant la guerre, tandis que celle de Chengdu augmente aussi considérablement[33]. Le Sichuan doit aussi faire face aux conditions de guerre et en particulier aux bombardements japonais : en huit ans, Chongqing est la cible d'au moins 200 raids aériens et les autres villes de la province subissent également de lourds dommages[34].

Notre étude s'arrête avec la victoire des communistes et l'établissement du nouveau régime dans les années 1950. Ces évènements s'accompagnent du départ des institutions étrangères, notamment américaines, qui ont amorcé et accompagné certains des changements déterminants dans l'histoire médicale du pays dans la première moitié du XXe siècle. Cette rupture politique se traduit également par une rupture archivistique, qui ne doit pas pour autant masquer une certaine similarité entre les premières mesures prises par les communistes dans le domaine de la santé, notamment concernant la régulation de la pratique médicale, et les politiques du gouvernement nationaliste. Néanmoins, sous le gouvernement de Mao Zedong, l'avènement d'un État fort et le changement d'attitude des autorités politiques à l'égard de la médecine chinoise et de sa place dans le système de santé dessinent un nouvel horizon pour l'avenir des médecins dans le pays.

Notre perspective régionale s'ancre donc dans l'histoire plus générale de la Chine. Tout d'abord, le Sichuan est en partie un témoin des évolutions qui touchent l'ensemble du pays. Le

---

[32] ZURNDORFER, Harriet. « Wartime Refugee Relief in Chinese Cities and Women's Political Activism, 1937–1940 » in Billy K.L. SO et Madeleine ZELIN (dir.) *New Narratives of Urban Space in Republican Chinese Cities: Emerging Social, Legal and Governance Orders*. Leiden : Brill, 2013, p. 65-91.

[33] MCISAAC, Lee. « The City as Nation: Creating a Wartime Capital in Chongqing » in Joseph ESHERICK (dir.) *Remaking the Chinese City: Modernity and National Identity, 1900-1950*. Honolulu : University of Hawai'i Press, 2002, p. 174-191.

[34] PAULES, Xavier. *La République de Chine*. *Op. cit.* p. 141.

développement des écoles de médecine occidentale, puis de médecine chinoise, la multiplication des hôpitaux et des cliniques, tout comme la féminisation de certaines professions, notamment dans le domaine de la santé, sont des phénomènes qui traversent toute la Chine et dont la province ne constitue qu'un point d'observation parmi d'autres[35]. De plus, certaines des transformations du paysage médical du Sichuan sont le résultat de décisions prises par l'État central, y compris à des moments où il a théoriquement peu de prises sur les affaires de la province. Enfin, les politiques menées par le gouvernement chinois sont elles-mêmes, dans une certaine mesure, liées aux échanges avec l'étranger ou à la collaboration avec la SDN. Dans les chapitres qui suivent, nous tenterons ainsi d'articuler les échelles régionale et nationale, voire internationale, pour mettre en évidence les continuités entre l'histoire médicale de la province et celle de la Chine.

Resserrer le cadre géographique de l'analyse permet aussi parfois d'aller à rebours du récit construit à l'échelle nationale. L'étude de phénomènes sociaux nécessairement diffus impose un travail de sélection, qui revient à se concentrer sur certains acteurs dont la trajectoire est particulièrement révélatrice ou déterminante pour l'ensemble du groupe. Dans un pays aussi vaste que la Chine, ce travail revient souvent à étudier certaines figures qui ont acquis, par leurs actions ou leurs écrits, une envergure nationale, ou à étudier un groupe au travers de certaines institutions. Nous nous proposons plutôt d'envisager l'histoire de la médecine en Chine à travers l'étude de ses praticiens, dans toute leur diversité, allant de figures locales reconnues aux praticiens ordinaires. Une telle approche impose de circonscrire le champ de l'enquête à un nombre raisonnable d'individus et d'institutions. Bien sûr, même dans ces circonstances, la sélection est inévitable, soit pour des raisons archivistiques soit simplement parce que ce choix conditionne l'identification d'une trame argumentative, la « bonne marche de l'intrigue »[36]. Or, si dans l'exemple donné par Paul Veyne, les soldats obéissent à l'empereur, ce qui dispense l'historien de se pencher systématiquement sur leur cas, nous nous attarderons justement sur ce

[35] RENSHAW, Michelle. « The Evolution of the Hospital in Twentieth-Century China » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 316-335 ; LIU, Chung-tung. « From San Gu Liu Po to 'Caring scholar': the Chinese Nurse in Perspective », *International Journal of Nursing Studies*. janvier 1991, vol.28 nº 4. p. 317-335.

[36] VEYNE, Paul. *Comment on écrit l'histoire. Essai d'épistémologie*. Paris : Le Seuil, 1978. p. 36.

qui fait que l'évolution du paysage médical local en Chine suit ou non la direction impulsée par le gouvernement national, voire par les autorités locales.

Il faut donc en passer par l'analyse de ce que font, à leur échelle, les médecins, les infirmiers, les chefs de districts (*xianzhang* 縣長), mais aussi les associations locales de praticiens, les hôpitaux et les écoles. Leur action n'est jamais complètement indépendante des politiques nationales, mais elle est également liée à un contexte local parfois tout à fait spécifique. Ce constat témoigne de l'hétérogénéité de la Chine dont l'histoire médicale ne suit pas une trajectoire linéaire. Un cadrage régional, voire local, montre que le développement de la médecine occidentale, la transformation de la médecine chinoise et le renforcement de la médecine d'État ne se sont pas opérés de manière homogène dans le pays. Ces évolutions ont participé au récit de construction nationale, mais elles ne s'y résument pas pour autant et les formes qu'elles ont prises localement dessinent plutôt une histoire de la médecine « bifurquée »[37].

La littérature existante permet parfois la comparaison avec d'autres régions du pays et ainsi de formuler certaines hypothèses quant à la singularité du Sichuan. En raison de sa trajectoire toute particulière pendant la période républicaine, cette province apparaît à la fois comme une périphérie de la Chine, voire une marge en rupture avec le gouvernement central, avant de devenir le centre de l'attention des autorités nationales après 1938. Pendant les années de guerre, le paysage médical de la province présente ainsi un assemblage d'acteurs et d'institutions « autochtones », qui y sont installés depuis plusieurs décennies, et de nouveaux venus, médecins, universités, hôpitaux, administrations ayant quitté les territoires occupés pour la Chine libre. Le Sichuan des années de guerre permet, d'une certaine manière, d'observer à la fois des individus et des institutions qui occupent une place essentielle dans l'historiographie, et d'autres y ayant une place plus discrète.

[37] DUARA, Prasenjit. *Rescuing History from the Nation: Questioning Narratives of Modern China*. Chicago : University of Chicago Press, 1995. p. 81-82.

Histoires de la médecine en Chine contemporaine

Centres et périphéries de l'histoire de la santé en Chine

À l'occasion de la célébration du centenaire de la *China Medical Board*, fondée en 1914 par la fondation Rockefeller pour assurer la gestion du PUMC, paraissait un volume dirigé par Mary Brown Bullock et Bridie Andrews visant à présenter un aperçu général de l'histoire de la médecine en Chine au cours du siècle dernier. Les différentes contributions visent à identifier les transitions à l'œuvre dans le domaine de la santé et de la médecine ainsi qu'à situer les principaux acteurs de ces changements. Cette entreprise illustre une tendance importante de l'histoire de la santé en Chine contemporaine, en particulier pour la première moitié du XXe siècle, qui s'est concentrée sur certains lieux, la Chine littorale, et sur certains acteurs, notamment étrangers, ayant joué un rôle central dans les transformations qui affectent l'ensemble du pays. La *China Medical Board* et le PUMC, auquel Mary Brown Bullock a consacré une monographie en 1980[38], tiennent dans cette histoire une place centrale à plusieurs égards. Centralité géographique tout d'abord, puisque le PUMC se situe dans l'une des plus grandes villes du pays et sa capitale jusqu'en 1927. Centralité institutionnelle ensuite, dans la mesure où il s'agit du principal établissement d'enseignement de la médecine occidentale dans le pays et qu'il entretient des liens étroits avec les gouvernements de Pékin puis de Nankin. Nombre de décideurs chinois haut placés dans l'administration sanitaire sont d'ailleurs diplômés du PUMC.

L'histoire de cette institution apparaît, à certains égards, fondamentale pour comprendre comment la médecine occidentale s'est développée en Chine et comment se sont construites de nouvelles politiques de santé sous l'influence conjointe de puissantes organisations étrangères et du gouvernement chinois. Le travail de Ka-che Yip sur les politiques de santé pendant la décennie de Nankin témoigne notamment du poids durable du PUMC, mais aussi de la SDN, sur la manière dont l'État chinois a abordé les problèmes sanitaires et construit une administration spécialisée dans leur traitement[39]. Les recherches menées par la suite ont contribué à enrichir cette réflexion tout en déplaçant la focale sur des thèmes spécifiques, comme la prise en charge de l'accouchement étudiée par Tina Johnson, ou sur les mesures de

[38] BULLOCK, Mary Brown. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley : University of California Press, 1980. 280 p.

[39] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.*

santé publique prises pendant la guerre contre le Japon, analysées par Nicole Barnes[40]. Comme l'observe David Luesink dans l'introduction d'un volume collectif sur le développement de la médecine occidentale en Chine, l'influence de la fondation Rockefeller et son PUMC, même si elle ne fait pas l'objet d'une enquête spécifique, reste une toile de fond dans plusieurs contributions[41]. L'historiographie a également insisté sur le rôle joué par les missionnaires dans la transformation médicale du pays, par exemple dans la formation des infirmiers et infirmières, ou dans l'adaptation du modèle de l'hôpital au contexte chinois, deux phénomènes qui apparaissent ainsi comme un passage de relais entre les médecins étrangers et le gouvernement chinois[42]. Les missionnaires sont également les premiers à former des femmes chinoises à la médecine occidentale[43]. Enfin, ils sont des acteurs essentiels à la diffusion de nouvelles idées médicales dans certaines régions, comme au Sichuan avec la *West China Union University* (*Huaxi xiehe daxue* 華西協和大學, WCUU) fondée au début du XXe siècle par les missions protestantes[44].

Néanmoins, l'attention des historiens s'est davantage concentrée sur certains espaces, notamment les grandes villes de la Chine littorale, avec notamment une certaine insistance sur la région du Jiangnan. Cette dernière occupe dès l'époque impériale une place particulière dans l'histoire de la médecine en Chine, notamment parce que nombre des textes qui constituent une forme d'orthodoxie médicale sous les Qing ont été produits par des auteurs de cette région[45].

---

[40] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China: Delivering Modernity*. Lanham : Lexington Books, 2011. 221 p. ; BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities: Cartime Healthcare and the Birth of Modern China, 1937-1945*. Oakland : University of California Press, 2018. 304 p.

[41] HE, Xiaolan. « Shanghai's Female Doctors: A Discussion of the Gendered Politics of Modern Medical Professionalization » in David LUESINK, William H. SCHNEIDER et Daqing ZHANG (dir.) *China and the Globalization of Biomedicine*. Rochester : University of Rochester Press, 2019, p. 131-158.

[42] GRYPMA, Sonya. *Healing Henan Canadian nurses at the North China Mission, 1888-1947*. Vancouver : UBC Press, 2008. 313 p. ; GRYPMA, Sonya. *Nursing Shifts in Sichuan: Canadian Missions and Wartime China, 1937-51*. Vancouver : UBC Press, 2021 ; RENSHAW, Michelle. *Accommodating the Chinese: the American hospital in China, 1880-1920*. New York : Routledge, 2005. 312 p. ; RENSHAW, Michelle. « The Evolution of the Hospital in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

[43] LIN, Shing-Ting. *The Female Hand: The Making of Western Medicine for Women in China, 1880s–1920s*, Thèse de doctorat en histoire. New York : Columbia University, 2015. 218 p.

[44] MINDEN, Karen. *Bamboo Stone: the Evolution of a Chinese Medical Elite*. Toronto, Canada : University of Toronto Press, 1994. 201 p.

[45] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Is the Lower Yangzi River Region the Only Seat of Medical Knowledge in Late Imperial China? A Glance at the Far South Region and at Its Medical Documents »

Certains lignages médicaux qui y sont établis ont également une longévité et une influence remarquable, comme le courant Menghe (*Menghe xuepai* 孟河學派), étudié par Volker Scheid, dont le plus illustre représentant est le médecin Ding Ganren 丁甘仁 (1866-1926)[46]. Au XXe siècle, le développement de Shanghai et le déplacement de la capitale de la Chine à Nankin renforcent le poids du Jiangnan. Shanghai en particulier, miroir grossissant des transformations du pays, attire l'attention des chercheurs. Les études se sont par exemple multipliées sur les praticiens de cette ville, notamment les praticiennes[47], mais également sur les politiques de santé ou sur le marché des médicaments[48].

Le récit général que dessine l'historiographie de la médecine en Chine a donc d'abord mis en avant l'émergence et l'affirmation de nouvelles conceptions médicales, notamment en matière de santé publique, liées à l'essor de la médecine occidentale et aux échanges avec l'étranger. Il s'est notamment concentré sur les grands centres urbains de l'est du pays et sur les zones directement contrôlées par le gouvernement de Nankin, particulièrement actif dans le domaine sanitaire. Si les missionnaires et le PUMC y tiennent une place essentielle, Bridie Andrews a montré que les échanges avec le Japon ont été déterminants dans la construction d'une nouvelle médecine, y compris pour la médecine chinoise[49]. L'action publique a été perçue à travers l'action de l'État central, mais aussi des municipalités qui sont en première ligne dans la réalisation de travaux d'assainissement et la mise en place de mesures de santé

---

in Florence BRETELLE-ESTABLET (dir.) *Looking at it from Asia: the Processes that Shaped the Sources of History of Science*. Dordrecht : Springer, 2010, p. 331-369.

[46] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. Seattle : Eastland Press, 2007. 565 p.

[47] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* ; YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu » 上海近代中医教育概述 (Aperçu de l'enseignement moderne de la médecine chinoise à Shanghai), *Zhonghua yishi zazhi*. 1994, vol.4 n° 24. p. 215-218 ; HE, Xiaolan. « Shanghai's Female Doctors: A Discussion of the Gendered Politics of Modern Medical Professionalization ». *Op. cit.* ; XU, Silin 徐斯琳. *Minguo shiji Shanghai nüxiyi yanjiu* 民国时期上海女西医研究, 1919-1937 (Recherche sur les femmes médecins à Shanghai pendant la période républicaine, 1919-1937), Mémoire de master d'histoire. Guangzhou : Université Jinan, 2020. 176 p.

[48] MACPHERSON, Kerrie L. *A Wilderness of Marshes: the Origins of Public Health in Shanghai, 1843-1893*. Lanham : Lexington Books, 2002. 346 p. ; COCHRAN, Sherman. *Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia*. Cambridge : Harvard University Press, 2006. 242 p.

[49] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 4.

publique dans les grandes villes du pays[50]. Enfin, l'historiographie a davantage intégré les acteurs privés chinois, non seulement certains praticiens particulièrement influents, mais aussi plus largement le travail des entrepreneurs qui, à Shanghai notamment, transforment profondément le marché de la médecine[51].

L'un des objectifs de cette thèse sera, en déplaçant notre regard vers d'autres espaces, d'éclairer les changements qui sont à l'œuvre en dehors des laboratoires de la transformation médicale de la Chine. Si cette province a retenu l'attention de certaines études, ces dernières ont pris pour objet les missions canadiennes et la WCUU, étudiées par Karen Minden et Sonya Grympa, ou sur la médecine d'État pendant la guerre, avec les travaux de Nicole Barnes et James Watt[52]. Les missionnaires, puis l'État chinois pendant la guerre (gouvernement national, provincial, voire municipalité dans le cas de Chongqing) sont à nouveau présentés comme les principaux moteurs du développement de la médecine occidentale dans la province, respectivement avant et après 1938.

Cependant, il nous faut également mettre en lumière la manière dont les autorités provinciales et locales commencent, dès les Qing et encore sous les seigneurs de la guerre, à investir le domaine de la santé. Certes, ces initiatives ponctuelles et limitées font pâle figure face au système sanitaire qui est peu à peu mis sur pieds dans les régions administrées par le Guomindang à partir de 1927, ou dans le Sichuan des années de guerre. L'effort des nationalistes a été considérable, mais les politiques de santé qu'ils mènent dans la province ne partent pas d'absolument rien, contrairement à ce que certains dirigeants de l'administration sanitaire ont pu affirmer. De la même manière, si la WCUU est bien le principal établissement d'enseignement de la médecine occidentale dans la province pendant cette période, on ne peut apprécier son influence sans restituer l'environnement dans lequel elle œuvre, c'est-à-dire sans parler des nombreuses institutions chinoises fondées par les pouvoirs publics, l'armée ou par

[50] MACPHERSON, Kerrie L. *A wilderness of marshes*. *Op. cit.* ; GLAISE, Anne-Frédérique. *L'évolution sanitaire et médicale de la Concession française de Shanghai entre 1850 et 1950*, Thèse de doctorat en histoire. Lyon : Université Lumière, 2005. 440 p. ; BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate communities*. *Op. cit.*

[51] COCHRAN, Sherman. « Marketing Medicine and Advertising Dreams in China, 1900–1950 » in Wen-Hsin YEH (dir.) *Becoming Chinese: Passages to Modernity and Beyond*. Berkeley : University of California Press, 2000, p. 62-97.

[52] WATT, John R. *Saving Lives in Wartime China: How Medical Reformers Built Modern Healthcare Systems amid War and Epidemics, 1928 - 1945*. Leiden : Brill, 2014. 339 p.

des particuliers pour traiter les malades et former de nouveaux soignants. Enfin, les évolutions qui parcourent la médecine chinoise sont également déterminantes, ne serait-ce qu'en raison du nombre de malades traités par ses praticiens, même si ces changements sont moins ostensibles que les grands projets de santé publique, car plus éloignés des intérêts directs du gouvernement chinois.

La construction de l'État par la santé

L'histoire de la médecine en Chine au XXe siècle est à certains égards inséparable de celle de la construction d'un État moderne dont le périmètre s'étend à l'ensemble de la société chinoise et donc aussi au domaine de la santé. Ce lien se noue par exemple autour du concept de *weisheng* 衛生 (littéralement, « protéger la vie »), étudié par Ruth Rogaski, qui propose de le traduire par « modernité hygiénique »[53]. En effet, selon elle, ce terme qui désigne aussi bien « l'hygiène » que ce qui se rapporte à la « santé », au sens de « sanitaire », voire de « santé publique » (*gonggong weisheng* 公共衛生), se charge d'un imaginaire moderne influencé par l'Europe, les États-Unis, mais surtout le Japon, où naît au XIXe siècle la notion de *eisei* 衛生. Cette « modernité hygiénique » repose sur une approche de la santé éclairée par les connaissances scientifiques et investie par les pouvoirs publics : elle « parle le langage de la science et de la bureaucratie[54] ». Nous retrouverons dans les chapitres qui suivent ce mot *weisheng* dans le nom de tous les organes du gouvernement chargés de préserver la santé, à commencer par le ministère de la Santé (*weishengbu* 衛生部), ou encore dans les « centres de santé » (*weishengyuan* 衛生院), ces établissements de soins et de prévention qui deviennent l'unité de base du système de santé publique du Sichuan pendant la guerre contre le Japon.

Le lien entre médecine, État et science a également été exploré par Sean Hsiang-lin Lei. À partir des années 1910-1920, l'État chinois se convertit à la médecine occidentale et à la science (*kexue* 科學). Cette évolution découle selon lui du militantisme de certains « promoteurs de la santé publique [qui] se sont efforcés de faire de leur nouvelle médecine

[53] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley : University of California Press, 2004. 401 p.

[54] *Ibid.* p. 18.

d'État une partie intégrante des efforts des nationalistes pour construire l'État », le soutien du gouvernement leur permettant en retour de « populariser la médecine occidentale » dans le pays[55]. S'ensuit une course entre médecine occidentale et médecine chinoise pour « recruter l'État », dans laquelle la première part avec une longueur d'avance, puisqu'elle a le monopole de la science. Les défenseurs de la médecine chinoise répondent par différentes stratégies à la menace qui pèse sur eux, matérialisée notamment par la tentative d'abolition de 1929. Ils militent à leur tour pour sécuriser une place officielle pour une « médecine nationale », qu'ils obtiennent en 1931 avec la création de l'Institut de médecine nationale (*Guoyiguan* 國醫館).

La littérature portant sur l'histoire des politiques médicales en Chine s'est également penchée sur la période postérieure à 1949, par exemple avec les travaux de Mary Brazzelton sur les mesures de vaccination, ou ceux de Fang Xiaoping sur le mouvement des médecins aux pieds nus (*chijiao yisheng* 赤脚医生)[56]. Les historiens ont également souligné les continuités la période républicaine et la période communiste. Dans un ouvrage paru au début des années 1980, AnElissa Lucas envisageait la modernisation médicale de la Chine à travers un arc chronologique allant du gouvernement de Nankin aux premières réformes menées par Deng Xiaoping[57]. Plus récemment, dans une ambitieuse somme historique, Bu Liping a proposé de remonter jusqu'à la fin des guerres de l'opium, considérant la santé comme une partie intégrante de la transformation de l'État chinois depuis le milieu du XIXe siècle jusqu'à nos jours[58]. La volonté de restituer les continuités entre les périodes républicaine (1912-1949) et communiste (après 1949) se situe également au cœur de l'ouvrage édité par Bridie Andrews et Mary Brown Bullock. Si ces études se concentrent sur la Chine continentale, Michael Shiyung Liu a quant à lui retracé l'évolution des mesures de prévention contre les épidémies des dernières années du

[55] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 66.

[56] BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination: Citizens' Bodies and State Power in Modern China*. Ithaca : Cornell University Press, 2019. 237 p. ; FANG, Xiaoping. *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*. Rochester : University of Rochester Press, 2012. 294 p.

[57] LUCAS, AnElissa. *Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s*. New York : Praeger, 1982. 188 p.

[58] BU, Liping. *Public Health and the Modernization of China, 1865-2015*. Londres : Routledge, 2017. 301 p.

gouvernement de Nankin jusqu'à l'installation des nationalistes à Taiwan dans les années 1950[59].

Cette historiographie interroge ainsi la place de la période républicaine dans l'histoire sanitaire chinoise. En effet, elle apparaît comme un moment de profond changement, même si les progrès les plus spectaculaires en matière de santé sont réalisés après 1949, en Chine communiste comme de l'autre côté du détroit de Formose. Lincoln Cheng et Ling Chen établissent un lien direct entre ce constat et l'histoire de l'État chinois. Avant 1950, le « chaos politique » et la guerre ont freiné la construction d'infrastructures médicales et l'amélioration des « déterminants sociaux de la santé ». Les avancées observées après 1950 ont quant à elles « été atteintes grâce à la stabilité politique accompagnée d'un engagement fort du gouvernement en faveur d'interventions sanitaires équitables »[60]. Les programmes de vaccination de la population prennent par exemple une toute autre dimension sous les communistes, s'étendant à la totalité du pays, y compris aux campagnes qui étaient peu touchées par le système de santé développé sous les nationalistes[61]. Néanmoins, les continuités entre les deux régimes ne doivent pas être négligées, puisque le Parti communiste chinois tend à perpétuer les politiques de santé engagées pendant la période républicaine. De la même manière, selon Michael Shiyung Liu, « sans la précédente coopération en Chine continentale, l'américanisation des infrastructures de santé publique à Taiwan après la retraite du gouvernement nationaliste en 1949 n'aurait sans doute pas été aussi fluide et rapide »[62].

Ces travaux comme la présente étude soulèvent ainsi la question plus générale du bilan de la période républicaine en matière de reconstruction de l'État, qui passe notamment par l'élaboration d'un système de santé organisé en partie par les pouvoirs publics. Dans sa synthèse sur la République de Chine, Xavier Paulès appelle à ne pas envisager cette période comme une tentative de modernisation avortée, mais plutôt à prendre la mesure de ses « demi-succès », par exemple en matière de transformation du système politique ou encore en matière de politique

[59] LIU, Michael Shiyung. « Epidemic Control and Wars in Republican China (1935-1955) », *Extrême-Orient, Extrême-Occident*. 2014 nº 37. p. 111-139.

[60] CHEN, Lincoln et CHEN, Ling. « China's Exceptional Health Transitions: Overcoming the Four Horsemen of the Apocalypse » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 17-31.

[61] BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination*. *Op. cit.* p. 5.

[62] LIU, Michael Shiyung. « Epidemic Control and Wars in Republican China (1935-1955) ». *Op. cit.*

économique[63]. Le cas des médecins du Sichuan permet selon nous d'interroger les mécaniques qui président à la construction d'un nouvel État sanitaire chinois en mettant en lumière certains de ses ressorts locaux. Dans ce travail, nous proposons d'envisager la construction du système sanitaire non pas depuis la perspective de l'État central, mais plutôt au travers des agents locaux de la santé, comme les médecins et les personnels soignants, mais aussi l'administration locale. Cette approche permet de soulever une autre dimension de la construction de l'État chinois : sa capacité à mobiliser une diversité d'acteurs sociaux et politiques autour d'un projet national.

Cette perspective permet en outre d'appliquer au XXe siècle certains des questionnements qui ont traversé l'historiographie de l'État chinois pendant la période impériale. En effet, l'histoire des liens entre État, médecine et santé en Chine s'inscrit également dans un cadre chronologique plus large. Les travaux de Angela Ki Che Leung ont montré comment la prise en charge des problèmes de santé a évolué pendant la période impériale et jusqu'au XXe siècle. Sa monographie sur la lèpre a également montré comment se succèdent, parfois se superposent, les méthodes pour appréhender cette maladie et prendre en charge ou isoler ses porteurs[64]. Une histoire longue des attitudes politiques chinoises à l'égard de la santé en Chine montre notamment les interactions et complémentarités entre État et acteurs non étatiques dans la prise en charge des questions médicales[65]. La propension du gouvernement impérial et de son administration à intervenir directement pour venir en aide à la population a profondément varié au fil du temps, mais aussi en fonction de la nature des problèmes à traiter. Sous les Qing, l'assistance aux pauvres et aux orphelins relève d'établissements de charité financés par l'élite locale, lettrés ou marchands, alors que les asiles pour lépreux sont essentiellement soutenus par le gouvernement, même s'ils peuvent recevoir quelques donations de la population locale[66].

En dehors du domaine de la santé, une riche historiographie a montré comment les réponses apportées par l'État impérial aux famines reposent à la fois sur la construction d'un

[63] PAULES, Xavier. *La République de Chine*. *Op. cit.* Voir notamment le compte rendu de lecture qu'en a donné Alain Roux : ROUX, Alain. « Xavier Paulès, La République de Chine. Histoire générale de la Chine, 1912-1949, Paris, Les Belles Lettres, 2019, 412 p., ISBN 978-2-251-44945-6 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*. 2020, vol.67-3 n° 3. p. 199-201.

[64] LEUNG, Angela Ki Che. *Leprosy in China: a History*. New York : Columbia University Press, 2009. 373 p.

[65] LEUNG, Angela Ki Che. « Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region », *Late Imperial China*. 1987, vol.8 n° 1. p. 134-166.

[66] LEUNG, Angela Ki Che. *Leprosy in China*. *Op. cit.* p. 97-98.

système d'assistance de plus en plus performant, mais aussi sur la participation des élites locales, dont la générosité est volontairement mobilisée par les fonctionnaires locaux pour venir en aide à la population[67]. Les questionnements soulevés par cette historiographie sont également applicables à l'histoire de la médecine et des médecins en Chine sous la République. La construction d'un État sanitaire et la transformation du paysage médical ne sont pas seulement le produit de conceptions nouvelles, souvent venues de l'étranger, qui influent sur la manière de gouverner. Elles résultent également de l'action des médecins, des autorités provinciales, voire des gouvernements de districts, dont la prise en compte nécessite une approche régionale, voire locale.

La médecine chinoise au XXe siècle

Dans les années 1960, alors même que la TCM, érigée par le gouvernement communiste en « trésor » (*baoku* 宝库) de la nation, devient pour l'étranger une vitrine de la culture chinoise, Ralph Croizier produit l'un des premiers ouvrages retraçant l'histoire intellectuelle de la médecine chinoise depuis le début du XXe siècle. Elle s'inscrit selon lui dans « l'interaction entre deux des thèmes dominants de la pensée chinoise moderne : la volonté de renforcer la nation à l'aide de la science moderne et le souci que la modernisation ne signifie pas la trahison de l'identité nationale »[68]. Les évolutions de la médecine chinoise et sa « survie » s'y lisent au prisme de la résistance ou de la réconciliation des praticiens vis-à-vis de la science, qui est aussi bien envisagée comme un ensemble de savoirs et de méthodes que comme une valeur abstraite. D. W. Y. Kwok parle ainsi de « scientisme » pour désigner l'imaginaire qui gagne en popularité dans la première moitié du XXe siècle en Chine[69].

L'histoire de la médecine chinoise apparaît dès lors indissociable de celle de la médecine occidentale, et des valeurs que cette dernière charrie : science, modernité, renforcement national,

---

[67] EDGERTON-TARPLEY, Kathryn. *Tears from Iron: Cultural Responses to Famine in Nineteenth-Century China*. Berkeley : University of California press, 2008. 360 p. ; SMITH, Joanna Handlin. *The Art of Doing Good: Charity in Late Ming China*. Berkeley : University of California Press, 2009. 405 p.

[68] CROIZIER, Ralph C. *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*. Cambridge : Harvard University Press, 1968. p. 229.

[69] KWOK, D. W. Y. *Scientism in Chinese Thought, 1900-1950*. New Haven : Yale University Press, 1965. p. 18.

voire amélioration de la race chinoise. C'est pourquoi, comme l'explique Bridie Andrews, comprendre la fabrication de la médecine chinoise moderne suppose d'identifier le moment à partir duquel « la médecine occidentale est passée du statut de curiosité douteuse dans la Chine du milieu du XIXe siècle à son statut actuel de système médical dominant »[70]. Là où Ralph Croizier évoquait la « survie » de la médecine chinoise face à la montée du scientisme, Bridie Andrews considère plutôt que la médecine chinoise, remaniée en profondeur, constitue plutôt une forme de modernité alternative :

> Le fait que la médecine chinoise et la médecine occidentale coexistent aujourd'hui nous en dit davantage sur la diversité des approches vis-à-vis du désir de la Chine de rejoindre le groupe des nations "modernes" que sur la force d'une tradition folklorique qui perdure[71].

Sean Hsiang-lin Lei suit une piste similaire, mais préfère employer une métaphore biologique, parlant plutôt d'une « coévolution » de la médecine chinoise et de la médecine occidentale, qui suivent un processus de « spéciation » dans une nouvelle niche environnementale, celle de l'État chinois moderne[72]. Ce n'est donc pas seulement l'émergence de la médecine occidentale qui transforme la médecine chinoise, mais surtout le changement d'attitude de l'État vis-à-vis de la médecine. C'est l'État chinois qui, surtout à partir des années 1920, fait de la médecine occidentale le système médical dominant en Chine. Sean Hsiang-lin Lei envisage la transformation de la médecine chinoise sous l'angle de sa « scientifisation » (*kexuehua* 科學化), reprenant notamment le slogan de l'Institut de médecine nationale, « mettre en ordre la médecine et la pharmacopée nationales en utilisant les méthodes scientifiques » (*yi kexue fangshi zhengli guoyi guoyao* 以科學方式整理國醫國藥). Or, ce programme porté par différents acteurs, y compris par les promoteurs de la médecine occidentale, recouvre des significations très diverses : pour les uns, il s'agit de faire la synthèse de certaines conceptions médicales occidentales et chinoises, pour d'autres, opposés à la médecine chinoise, il faudrait plutôt séparer l'expérience empirique accumulée par ses praticiens des théories fallacieuses qui la fondent, par exemple en analysant en laboratoire la pharmacopée chinoise pour en évaluer l'efficacité[73].

---

[70] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 7.

[71] *Ibid.* p. 213.

[72] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 8.

[73] *Ibid.* p. 161-166.

L'historiographie a insisté sur les liens qui unissent, après 1949, le devenir de la médecine chinoise et l'histoire politique du pays. Dans son étude sur la médecine chinoise dans les années 1950-1960, Kim Taylor souligne à quel point le gouvernement a entrepris de refonder les liens entre médecine chinoise et médecine occidentale. Les dirigeants communistes ont alors la charge d'interpréter les slogans, souvent très généraux lancés par Mao Zedong, par exemple son appel à « unifier les médecines chinoise et occidentale » lancé en 1950[74]. Les différentes tentatives pour redéfinir la place de la médecine chinoise dans le système sanitaire et éducatif du pays aboutissent à la création de la TCM, une médecine chinoise étatisée et institutionnalisée, que Kim Taylor considère « pleinement opérationnelle » à partir de 1956, lorsque les premières académies et les premiers manuels standardisés de TCM fixent durablement la forme et le fond de la formation des futurs praticiens[75]. À la fin des années 1980, l'enquête menée à Kunming par l'anthropologue Elizabeth Hsu témoigne de la place hégémonique acquise par cette forme de médecine chinoise promue par le gouvernement[76]. Cependant, elle défend l'idée qu'il ne s'agit toujours que d'une école parmi d'autres, dans la mesure où d'autres formes de connaissances médicales sont toujours transmises de maîtres à disciples, en dehors des structures d'enseignement officielles.

L'intégration de nouvelles conceptions scientifiques à la médecine chinoise relève d'abord, au début du XXe siècle, d'une entreprise intellectuelle, dont les implications pour les praticiens sont très limitées. Il faut l'intervention de l'État, surtout sous le gouvernement de Nankin, pour que cette entreprise se mue en efforts pratiques pour transformer effectivement le contenu de la médecine chinoise, la manière dont elle est enseignée et exercée. Ces efforts s'intensifient considérablement à partir des années 1950 pour aboutir à une TCM qui bénéficie du soutien du gouvernement tout en acceptant son contrôle. À partir de ce constat, nous pouvons supposer que le degré d'institutionnalisation et de standardisation de la médecine chinoise est proportionnel au niveau de contrôle que l'État exerce sur la sphère médicale : croissant pendant la République, puis considérable sous le régime communiste. Nous étudierons cette hypothèse en l'inscrivant dans la théorie des professions d'Andrew Abbott. L'importance relative du système légal par rapport aux autres arènes au sein desquelles les médecines défendent leur

[74] TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963*. *Op. cit.* p. 32-33.

[75] *Ibid.* p. 84

[76] HSU, Elisabeth. *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 1999. 296 p.

« juridiction » varie avec la capacité de l'État à encadrer et réguler la pratique de la médecine. En outre, il ne s'agit là que d'une arène parmi d'autres.

Pour reprendre la métaphore biologique de Sean Hsiang-lin Lei, la médecine chinoise apparaît, telle une nouvelle espèce, dans une « niche écologique » qui correspond à l'arène légale. C'est sur ce terrain que l'on observe le plus clairement le processus d'institutionnalisation, voire la volonté de scientifiser la médecine chinoise. Mais les médecins doivent toujours affirmer leur légitimité auprès du public ou de leurs pairs. Nous pouvons ainsi présumer que d'autres dynamiques qui prennent parfois leurs racines dans une histoire plus longue sont également à l'œuvre. Par exemple, nous pouvons nous demander si les catégories selon lesquelles les praticiens s'identifiaient pendant la période impériale ont perdu leur pertinence au XXe siècle. L'historiographie a notamment souligné comment certains médecins ont employé des catégories comme celle de « médecin confucéen » (*ruyi* 儒醫) pour rehausser leur prestige[77]. Ils mettent ainsi en avant leur maîtrise d'un savoir livresque, là où des « médecins héréditaires » (*shiyi* 世醫) font plutôt valoir une tradition médicale familiale. Comme l'explique Volker Scheid, il s'agit moins de statuts précis que de stratégies promotionnelles, les praticiens insistant soit sur leur savoir lettré soit sur leur savoir familial, souvent les deux à la fois. Si ces questions de légitimation sont reléguées au second plan dans l'historiographie par le problème de la science et de la modernité, ils n'ont sans doute pas disparu. De la même manière, il est probable que certaines évolutions dans les modes d'enseignement et de popularisation des savoirs médicaux identifiés sous les Ming et les Qing soient encore d'actualité sous la République[78].

Enfin, les travaux sur la médecine chinoise au XXe siècle que nous avons précédemment évoqués ont accordé une grande place aux controverses intellectuelles, animées par certains porte-paroles de la médecine chinoise ou par ses principaux détracteurs. Néanmoins, l'effet de

[77] CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China: a Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850*. New York : Peter Lang, 2009. chap. 4 ; PINGYI, Chu. « Narrating a History for China's Medical Past: Christianity, Natural Philosophy and History in Wang Honghan's Gujin yishi », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 2008 n° 28. p. 14-35.

[78] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China » in Alain BERNARD et Christine PROUST (dir.) *Scientific Sources and Teaching Contexts Throughout History: Problems and Perspectives*. Dordrecht : Springer, 2014, p. 273-301 ; LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China », *Late Imperial China*. 2003, vol.24 n° 1. p. 130-152.

ces débats et des nouvelles idées qu'ils produisent sur les praticiens ordinaires reste peu connu. Dans quelle mesure les projets de scientifisation de la médecine chinoise portés par l'Institut de médecine nationale ont-ils des répercussions sur la formation des médecins ? Là encore, ces questions appellent un déplacement de la focale vers les acteurs locaux de la médecine pour envisager ce qui change dans la médecine telle qu'elle apparaît aux praticiens, voire à leurs patients.

Sources et méthode

Richesses et limites des archives locales

L'irruption de l'État dans la sphère médicale se ressent très nettement au travers de l'inflation de la masse documentaire produite par l'administration chinoise. Si ces nouvelles sources permettent de cerner plus précisément ou plus systématiquement le paysage médical chinois, elles imposent sur lui un prisme profondément étatiste, donnant surtout à voir ce qui intéresse le gouvernement et l'administration sanitaire. Les archives ont par exemple tendance à accorder une place très importante à la médecine occidentale, alors même que le nombre de ses praticiens reste limité. Néanmoins, la visibilité des praticiens de la médecine chinoise augmente considérablement avec l'établissement d'un système de licence national en 1936. Les dossiers de demande de licence produits à partir de la fin des années 1930 fournissent une quantité d'information sur une portion considérable des praticiens établis dans la province. Dans les Archives provinciales du Sichuan, nous avons identifié près de 2000 dossiers d'enregistrements déposés par des praticiens de la médecine chinoise entre la fin des années 1930 et la fin des années 1940. Bien sûr, tous ceux qui pratiquent la médecine dans la province ne se font pas enregistrer et il est par ailleurs très probable que nous n'ayons pas accès aux dossiers de tous ceux qui entreprennent cette démarche[79]. Ces sources permettent tout de même d'envisager le parcours de praticiens ordinaires, là où, pour les périodes antérieures, nous ne connaissons que les médecins ayant acquis une certaine notoriété, ceux qui ont écrit sur la

[79] L'une des causes de cette incertitude réside dans le classement des fonds du Département de santé provincial. Les demandes d'enregistrement, sont généralement regroupées en séries, mais elles peuvent aussi se trouver isolées au sein d'un dossier sans que leur présence ne soit signalée dans le nom de ce dernier.

médecine voire, parmi ces derniers, ceux dont les ouvrages ont été conservés jusqu'à aujourd'hui[80].

Dans ces dossiers de demande de licence, les praticiens sont appelés à fournir un curriculum vitae (*lülibiao* 履歷表), lequel se présente sous la forme d'un formulaire à remplir (Annexe II. 1). Ils y renseignement succinctement leur situation personnelle, leur éducation et leur expérience professionnelle. La nature déclarative de ces sources appelle certaines précautions. D'une part, l'objectif des médecins est avant tout de démontrer leur compétence et de montrer qu'ils remplissent les critères exigés par la règlementation pour obtenir une licence. D'autre part, ces déclarations s'inscrivent dans un cadre contraint par les catégories fixées par l'administration, ce qui ne signifie pas qu'elles se conforment toujours exactement à ce cadre. Ces documents sont donc un assemblage de deux points de vue, celui des médecins et celui de l'État, sur la profession médicale : on y lit les critères fixés par les autorités pour l'obtention d'une licence, mais aussi d'autres éléments qui, s'ils ne font pas forcément sens du point de vue de la règlementation, sont importants pour les praticiens.

Les dossiers de demande de licence analysés dans cette thèse ont été collectés dans les Archives provinciales du Sichuan et proviennent plus précisément du fonds du Département de santé provincial (*Sichuansheng weishengchu* 四川省衛生處) fondé en 1939. Non seulement cette instance produit elle-même un nombre considérable d'archives, mais elle centralise aussi une grande quantité de documents ayant trait aux questions sanitaires produits par le gouvernement provincial ou les gouvernements de districts, y compris avant la création du Département, et qui ont été versés à ses fonds *a posteriori*. Ainsi, l'importance des fonds archivistiques ne dépend pas seulement de l'intérêt de l'État et des gouvernements locaux pour les questions médicales, mais aussi de la capacité des échelons supérieurs à centraliser la production documentaire des échelons inférieurs. Le cas des archives provinciales du Sichuan illustre bien cette idée. Elles apparaissent particulièrement riches pour la période de la guerre, après l'installation du gouvernement nationaliste à Chongqing. Auparavant, les divisions entre seigneurs de la guerre et la militarisation de l'administration ont sans doute limité la capacité de l'administration provinciale à jouer son rôle, y compris dans la collecte et la conservation de la production administrative. La rareté des documents ne peut donc s'interpréter seulement

[80] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Chinese Biographies of Experts in Medicine: What Uses Can We Make of Them? », *East Asian Science, Technology and Society*. janvier 2009, vol.3 nº 4. p. 421-451.

comme un désintérêt pour les problématiques sanitaires. D'ailleurs, dans les archives de l'un des districts de la province, c'est-à-dire à l'échelon administratif inférieur, nous avons identifié plusieurs documents datant des années 1920-1930, alors même que les archives de la province sont assez pauvres pour cette même période. Dans l'ensemble, les archives dont nous disposons se concentrent sur les années 1930-1940, en particulier sur les années de guerre contre le Japon.

Enfin, l'accès aux sources est en partie orienté par les politiques archivistiques contemporaines. Aux Archives provinciales du Sichuan, comme dans d'autres centres d'archives où nous nous sommes rendus, la consultation est restreinte aux documents numérisés, qui font vraisemblablement l'objet d'un processus de vérification avant d'être mis à disponibilité du public et des chercheurs. Or, au moment de notre visite, en 2019, la numérisation des archives était encore loin d'être achevée, excluant *de facto* nombre de documents de la consultation selon la priorité accordée par les archivistes à tel ou tel fonds ou période, sans que la logique qui préside à ces choix ne soit explicitée. Pour cette raison une grande partie des fonds des Archives de la ville de Chengdu, pourtant prometteurs, était inaccessible au moment de notre visite. Les archives chinoises portant sur la présence étrangère en Chine, par exemple celles relatives à la WCUU, semblent par ailleurs avoir été écartées de la consultation.

Nous avons donc cherché, autant que les conditions matérielles nous l'ont permis, à rassembler une documentation provenant des différents échelons administratifs. Les archives provinciales tiennent dans cet ensemble la première place, en particulier les fonds du Département de santé provincial. Outre les dossiers de demande de licence précédemment évoqués, ce fonds comprend notamment différentes enquêtes menées par les autorités sur les capacités sanitaires de la province (personnels de santé, établissements de soins). Il rassemble aussi des documents liés au fonctionnement des établissements de santé publique qui dépendent du Département et une vaste correspondance entre le Département et les différents acteurs de la santé, étatiques et non étatiques : gouvernements de districts, associations de praticiens, branches de l'Institut de médecine nationale, hôpitaux, médecins, etc. D'autres administrations provinciales ont conservé une documentation intéressante pour l'histoire des médecins comme le Département des affaires sociales (*shehuichu* 社會處), qui est par exemple chargé de l'enregistrement des associations professionnelles, parmi lesquelles les associations de médecins. Nous avons également fait usage des Archives du district de Shuangliu 双流, situé

aujourd'hui dans la banlieue de Chengdu, dont les fonds offrent un précieux complément à la perspective offerte par les archives provinciales. Enfin, nous avons recouru de manière plus ponctuelle aux archives municipales, surtout celles de la ville de Chongqing.

En parallèle de ces sources archivistiques, notre propos sera régulièrement étayé par certaines sources publiées, notamment pour la période d'avant-guerre. Elles sont notamment produites par les porte-paroles de la médecine occidentale et les responsables de l'administration sanitaire, qui s'expriment par exemple dans les pages de revues spécialisées comme le *China Medical Journal* (CMJ). Nous avons également régulièrement recouru à l'Annuaire statistique du ministère de l'Intérieur (*Neizhengbu nianjian* 内政部年間), publié en 1936, qui comprend un volume dédié à la santé. Ces sources, si elles nous renseignent peu sur la situation spécifique du Sichuan, permettent de comprendre comment les changements observés au Sichuan s'articulent avec les ambitions des politiques de santé portées à l'échelle nationale. Nous avons également utilisé des sources généralistes chinoises, comme l'*Aperçu de Chengdu* de Fu Chongqu ou encore la presse locale, afin d'envisager l'image des médecins aux yeux du public.

Enfin, nous mobilisons des sources produites par les étrangers présents en Chine, notamment l'Organisation d'hygiène de la SDN et ses représentants qui conseillent à partir de 1928 le gouvernement chinois. Au Sichuan, les archives produites par les missionnaires et notamment celles de la WCUU sont essentielles pour rendre compte de l'activité du plus grand établissement d'enseignement de la médecine occidentale dans la province. Enfin, les archives diplomatiques françaises éclairent le travail, plus modeste, des médecins dépêchés par le ministère des Affaires étrangères de la France dans la province à partir de la fin du XIXe siècle. Cet assemblage documentaire permet de retracer l'évolution du paysage médical dans lequel s'inscrivent les médecins du Sichuan en restituant la diversité de ses acteurs : chinois et étrangers, officiels et privés, partisans de la médecine chinoise ou promoteurs de la médecine occidentale.

Mise en série et quantification

Parmi les documents que nous avons rassemblés au Sichuan, beaucoup ne donnent que quelques informations succinctes et relativement homogènes sur une population importante de

médecins, d'hôpitaux ou encore d'associations de praticiens de la province. La plupart de ces individus et institutions sont par ailleurs absents des autres sources disponibles. Les dossiers de demande de licence mentionnent des écoles, hôpitaux ou cliniques qui n'apparaissent nulle part ailleurs dans les sources primaires ou secondaires. Au-delà des organes du gouvernement central ou provincial, bien connus et dont l'activité est abondamment documentée, le paysage médical de la province est donc, pour la majeure partie, peuplé d'individus et de structures dont nous ne distinguons que la silhouette. La mise en série des sources aide alors à distinguer les mouvements d'ensemble, ou au contraire à isoler certaines trajectoires originales.

Notre travail se fonde notamment sur l'analyse des dossiers de demande de licence, qui permettent de comprendre qui sont les praticiens de la médecine chinoise et de la médecine occidentale du Sichuan à la fin de la période républicaine. Notons que si cette analyse permet de tirer des conclusions relativement solides sur cette population, elle est néanmoins tributaire de certains biais induits par les sources. D'une part, on ne sait rien, par définition, des praticiens qui ne déposent pas de demande de licence. D'autre part, il est très probable que nous ne disposions que d'une partie des demandes de licences effectivement déposées. Comme nous le verrons au chapitre 3, nous constatons de fortes disparités géographiques dans la distribution des dossiers de demande de licence à travers la province, au point que des régions entières, y compris parmi les plus peuplées, semblent n'avoir aucun médecin, ce qui semble peu probable. Il est cependant impossible de savoir si, dans ces localités, aucun n'a demandé de licence, ou si leur demande n'est pas arrivée jusque dans les archives provinciales ou encore si, pour des raisons liées au classement des archives, ces dossiers ont échappé à notre recherche. Nous avons traité ces sources en constituant deux échantillons aléatoires : 300 dossiers de praticiens de la médecine chinoise, 100 dossiers de praticiens de la médecine occidentale. La plupart des résultats quantitatifs présentés dans cette thèse concernant ces deux populations sont obtenus à partir de ces échantillons.

L'image que ces formulaires, listes et tableaux dressent de l'état de la médecine dans la province est nécessairement parcellaire et partiale. Elle dépeint précisément ceux qui sont les plus proches de l'action de l'État et laisse dans l'ombre ceux qui en sont éloignés, notamment les praticiens et guérisseurs qui ne bénéficient d'aucune reconnaissance officielle, mais aussi les malades eux-mêmes qui apparaissent, au mieux, au travers des statistiques de morbidité. En outre, l'information portée par ces sources est déjà organisée selon des catégories préétablies, produisant des ensembles dont l'homogénéité doit être interrogée. Le travail d'enregistrement,

de recensement et de classement mené par l'administration tend à inscrire des réalités parfois fort différentes dans une même case. Pour cette raison, nous avons porté une attention particulière aux formulaires « mal remplis » ou aux déclarations qui peuvent à première vue sembler décalées ou erronées, mais qui parfois témoignent plutôt de la résistance du monde social à se plier aux classifications juridiques et administratives.

Organisation de la thèse

Nous structurons notre démonstration en trois parties qui constituent trois manières d'envisager la professionnalisation de la médecine (ou des médecines) en Chine dans la première moitié du XXe siècle. La première partie montrera comment le « médecin » devient, au cours de cette période, une catégorie juridique et administrative, voire un groupe social à part entière, en même temps que l'État étend son contrôle sur la sphère médicale. Le chapitre 1 montrera qu'au tournant du siècle, bien que la médecine apparaisse comme un champ de connaissance défini, le « médecin » reste un concept incertain : les frontières de ce groupe, fondamentalement hétéroclite, varient profondément selon les nombreux mots et expressions qui sont employés pour le désigner. Néanmoins, de nouvelles institutions médicales voient le jour, souvent liées au développement de la médecine occidentale. Les autorités locales participent également à la transformation du paysage médical en patronnant des établissements d'enseignement de la médecine occidentale, manifestant le retour de l'État sur le terrain de la santé.

La période républicaine et surtout la décennie de Nankin consacrent l'irruption de l'État dans le domaine de la médecine. Le chapitre 2 reviendra sur la manière dont la régulation de la pratique médicale par l'établissement de systèmes de licence s'inscrit dans un effort de l'État central pour protéger la santé de la population. Dans cette perspective, le gouvernement de Nankin entend confier la supervision des médecins et de la médecine à une administration spécifiquement chargée des questions sanitaires qu'il cherche, non sans difficultés, à ramifier dans les provinces, voire dans les districts du pays. Mais cette poussée en faveur de la santé publique n'est pas seulement le fait du gouvernement central, elle est accompagnée au Sichuan par les seigneurs de la guerre qui affichent un certain intérêt pour l'administration des questions de santé. C'est donc l'action d'un État chinois protéiforme qui impulse la professionnalisation

de la médecine en créant un statut de « médecin » (*yishi* 醫師) pour les praticiens de la médecine occidentale, puis un autre pour les « praticiens de la médecine chinoise » (*zhongyishi* 中醫師).

Le cas des associations de praticiens, qui sont l'objet du chapitre 3, est particulièrement révélateur de cette construction « par le haut » des professions médicales. Les premières associations de médecins sont constituées au début du XXe siècle par les praticiens de la médecine occidentale et, plus timidement, par ceux de la médecine chinoise. Dans les années 1930, le gouvernement nationaliste réorganise un nouveau système de représentation professionnelle auquel doivent adhérer tous les médecins. Les « associations publiques de médecins » (*yishi gonghui* 醫師公會) nouvellement créées fonctionnent en parallèle de l'administration sanitaire qu'elles assistent dans ses missions : les associations donnent aux médecins une certaine autonomie pour gérer les affaires internes de la profession, mais leur périmètre d'action est strictement délimité. Ces corps professionnels participent à définir la place du médecin dans la société au côté des « professions libérales » (*ziyou zhiye*), comme les avocats, ou les journalistes : toutes disposent d'associations enregistrées séparément des associations de commerçants (parmi lesquelles celles des pharmaciens).

La deuxième partie montre comment la médecine occidentale et la médecine chinoise se constituent comme deux professions distinctes, au sein desquelles la compétence des praticiens est garantie par un enseignement spécialisé. Cette séparation des deux médecines ne signifie pas qu'il s'agit d'ensembles homogènes. Dans le cas de la médecine occidentale, traité dans le chapitre 4, la standardisation des cursus souhaitée par l'État est loin d'être atteinte dans les années 1940. De fait, la profession apparaît divisée en deux. D'un côté, on trouve les diplômés de l'enseignement académique dispensé dans les facultés de médecine, occidentalisés et employés dans les hôpitaux des grandes villes ou comme professeurs de médecine. D'un autre, on observe un ensemble de praticiens issus des « écoles spéciales » ou d'autres établissements souvent proches de l'armée et qui proposent un cursus court. Si ce pan de la profession est rarement évoqué dans l'historiographie, il constitue pourtant l'essentiel du personnel des établissements de santé publique fondés dans les districts du Sichuan pendant la guerre contre le Japon. Cette main-d'œuvre médicale, en partie formée sous les seigneurs de la guerre, est donc essentielle à la réalisation de l'ambitieux programme de santé publique déployé dans la province.

Le chapitre 5 est quant à lui consacré à l'enseignement de la médecine chinoise qui s'institutionnalise pour correspondre aux nouvelles exigences organisationnelles fixées par l'administration, tout en suivant une voie tout à fait spécifique. En effet, le développement de nouvelles écoles de médecine chinoise ne fait pas disparaître les autres modes de transmission des savoirs médicaux, notamment la relation maître-disciple. La transmission institutionnelle, qui permet aux futurs médecins d'être légitimes aux yeux de l'État, se superpose aux formes de transmission personnelle du savoir médical qui sont elles aussi une source de légitimité professionnelle. L'essor des écoles de médecine chinoise n'est pas synonyme de standardisation des formations, les conditions et le contenu de l'enseignement variant profondément d'un établissement à l'autre. Les nouvelles écoles ne sont pas non plus alignées sur le projet de « scientifisation » porté par l'Institut de médecine nationale. Elles contribuent néanmoins à forger une médecine chinoise compatible avec une Chine moderne tant dans sa forme, institutionnalisée et gouvernable, que sur son fond : une médecine circonscrite à la théorie des correspondances systématiques, aux prescriptions pharmaceutiques et à quelques techniques de médecine externe, expurgée des pratiques renvoyées au rang des superstitions (*mixin* 迷信).

L'enseignement médical, comme le système de licence, distingue donc très clairement la médecine occidentale et la médecine chinoise. Pour autant, comme nous le montrerons dans le chapitre 6, l'offre de soins ne se résume pas à l'opposition entre ces deux médecines. Des formes de porosités et de collaboration persistent, sans remettre en cause la séparation des deux professions. Ces quelques exemples rappellent que l'idée de concurrence entre les deux médecines, si elle est essentielle pour les porte-paroles de chaque camp, n'a pas forcément beaucoup d'importance pour les praticiens ordinaires ou pour les malades à la recherche d'un traitement. En effet, le marché des soins ne se résume pas à l'alternative entre médecine chinoise et occidentale, même si ces catégories semblent faire sens pour le consommateur, dans la mesure où les praticiens licenciés s'opposent eux-mêmes aux thérapeutes itinérants, aux guérisseurs religieux ou aux vendeurs de talismans.

La troisième partie s'intéresse enfin à la manière dont la professionnalisation des médecins s'articule avec l'évolution du paysage médical de la province et l'émergence de nouveaux acteurs du soin. Le chapitre 7 revient sur la place des femmes parmi les praticiens de la médecine chinoise et de la médecine occidentale. Dans la première moitié du XXe siècle, les femmes chinoises accèdent à de nouvelles positions sociales et la féminisation des professions

médicales, limitée pour la médecine chinoise, plus nette pour la médecine occidentale, participe à ce mouvement de fond. Elles restent néanmoins très minoritaires et accèdent encore difficilement aux postes de responsabilités, ce qui n'empêche pas les praticiennes de la médecine occidentale de participer de manière décisive au développement de certaines spécialités (obstétrique, gynécologie).

Dans le chapitre 8, nous retraçons l'essor des hôpitaux, mais aussi des cliniques et cabinets médicaux dans la province, pour montrer comment ces institutions deviennent le cadre privilégié de la pratique professionnelle de la médecine, y compris, dans une certaine mesure, pour la médecine chinoise. D'une part, ces établissements médicaux sont un outil essentiel des politiques de santé et de la médecine d'État. D'autre part, en déplaçant la consultation et le traitement depuis le domicile du patient vers un espace contrôlé par les médecins, ils tendent à consolider l'autorité de ces derniers, modifiant les conditions de la rencontre médicale.

Avec le développement de l'hôpital, la pratique de la médecine tend à passer d'une activité aux mains du seul médecin à une entreprise collective, qui requiert le concours d'un personnel médical. Nous étudierons ainsi dans le chapitre 9 le développement de ces nouveaux métiers de la santé, intimement liés à la médecine occidentale et étroitement contrôlés par les médecins. Alors que l'historiographie a étudié l'histoire des infirmiers ou des sages-femmes comme des catégories séparées, notre analyse des trajectoires professionnelles des acteurs de santé souligne plutôt les continuités entre ces deux professions et les techniciens moins qualifiés, généralement absents de la littérature. Cette approche permet de comprendre les dynamiques qui président à leur professionnalisation, entre les intérêts des médecins, les programmes de formation gouvernementaux, et certaines stratégies individuelles.

Partie I :
L'État, les médecins et la régulation de la médecine

Chapitre 1 : Pratiquer la médecine au Sichuan au début du XXe siècle

Dans ses mémoires, Chen Zhiqian 陳志潛 (1903-2000), également connu sous le nom de C. C. Chen, raconte la maladie de sa mère et les quelques impressions qui l'ont décidé à s'engager sur la voie de la médecine.

> Lorsque j'étais enfant dans la ville de Chengdu, en Chine, au début des années 1900, j'entendais souvent des gens frapper sur des gongs dans notre quartier. Parfois, j'allais jeter un coup d'œil et je découvrais que quelqu'un était malade, souvent allongé dans son lit. Le bruit des gongs et l'odeur des encens étaient supposés éloigner les fantômes que l'on pensait hanter le malade. Je me souviens vaguement que ce genre d'incantation dans notre maison – qui consistait en trois pièces sombres – lors de la maladie fatale de ma mère. DE la nature de ce rituel, je n'avais aucune idée. Je savais seulement qu'il n'avait pas sauvé ma mère et qu'elle était morte de quelque maladie inconnue.
> Les circonstances du décès de ma mère et, plus tard, de ma belle-mère m'ont donné la volonté d'alléger le cycle de la maladie, de la souffrance et de la mort qui frappait ma famille. J'avais vu que la maladie était terrible et que la médecine indigène chinoise, formulée par des lettrés confucéens respectés et approuvée par les officiels des plus hauts rangs et par l'empereur avait toutefois été inutile pour éradiquer cette maladie. Par conséquent, même étant enfant, j'étais déjà convaincu que nos méthodes traditionnelles pour traiter la maladie étaient inadéquates et que d'autres méthodes devaient être trouvées[81].

Issu d'une famille éduquée, composée notamment de professeurs et de candidats aux examens impériaux, C. C. Chen parvient à entrer au PUMC en 1921 dont il obtient le diplôme en 1929[82]. Dans cette institution, il étudie auprès John B. Grant, directeur du département de santé publique, qui lui ouvre les portes d'un séjour d'un an à Harvard où il complète sa formation. De retour en Chine en 1931, il se rend dans le district de Ding 定, au sud de Pékin, où il prend la tête d'un programme expérimental de santé publique rurale soutenu notamment par le PUMC[83]. Pendant la guerre contre le Japon, il revient dans sa ville natale, Chengdu, pour diriger l'administration sanitaire provinciale. Dans ce témoignage, il revient sur les anciennes pratiques médicales du début du XXe siècle qui ont échoué à guérir sa mère et face à laquelle il veut trouver d'« autres méthodes ». Cette évocation du paysage médical de Chengdu, bien que

[81] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China: a Personal Account*. Berkeley : University of California Press, 1989. p. 9.

[82] *Ibid.* p. 23-24.

[83] MERKEL-HESS, Kate. « The Public Health of Village Private Life: Reform and Resistance in Early Twentieth Century Rural China », *Journal of Social History*. 2016, vol.49 n° 4. p. 881-903.

brève et allusive, rend tout de même compte de sa diversité. Il se compose aussi bien d'exorcistes qui frappent leurs gongs et brûlent des encens pour éloigner les fantômes que de lettrés confucéens qui incarnent une médecine respectée jusqu'à la cour impériale. En effet, jusqu'au XIXe siècle, l'Académie impériale de médecine (*taiyiyuan* 太醫院) rassemble des « médecins » (*yisheng* 醫生) destinés à servir l'empereur après être passés par une sélection et une éducation particulièrement rigoureuse[84]. Établie dans la capitale, cette Académie est alors de la seule forme d'éducation médicale faisant l'objet d'une sanction officielle[85]. En dehors de cette instance, ce que Chen Zhiqian désigne comme la « médecine indigène chinoise » constitue un ensemble très hétérogène.

Chen Zhiqian laisse peu de doute au lecteur sur la nature des nouvelles méthodes à suivre pour lutter contre la maladie. Il continue son récit en retraçant le parcours de la médecine et des sciences occidentales en Chine dont l'adoption tardive est présentée à la fois comme le symptôme et la cause de la profonde crise dans laquelle s'enfonce le pays au XIXe siècle. Bien sûr, cette vision à rebours du temps mélange les doutes du jeune sichuanais et les certitudes du vieux médecin, acquises au long d'une vie à promouvoir un système de santé publique fondé sur la médecine occidentale. La trajectoire de C. C Chen et ses interrogations face aux soins reçus par sa mère illustrent néanmoins un changement d'attitude d'un public éduqué vis-à-vis des praticiens des praticiens chinois qui sont de plus en plus comparés aux médecins venus de l'étranger. Bien que la médecine ne figure pas parmi les sujets de prédilections des réformateurs de la fin des Qing, certains comme Zheng Guangying 鄭觀應 (1842-1921) veulent promouvoir les méthodes occidentales, notamment la chirurgie et l'hygiène publique, tout en conservant dans d'autres domaines les usages chinois[86]. Cet auteur, comme beaucoup d'autres, prône la synthèse plutôt que l'adhésion totale à la médecine occidentale, et regrette surtout l'absence de régulation de la pratique médicale et le faible statut des praticiens chinois. Que les observateurs chinois n'adhèrent pas entièrement aux techniques des médecins étrangers qui

[84] CHANG, Che-chia. « The Qing Imperial Academy of Medicine: Its Institutions and the Physicians Shaped by Them », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 25 juin 2015, vol.41. p. 63-92.

[85] La cour des Qing promulgue plusieurs édits pour établir un réseau d'institutions liées à l'Académie impériale de médecine dans les provinces et les districts, mais ils restent lettre morte. BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China ». *Op. cit.*

[86] HONGJUN, Zhao. « Chinese versus Western Medicine: A History of their Relations in the Twentieth Century », *Chinese Science*. 1991, vol.10. p. 21-37.

arrivent dans le pays au XIXe siècle ne doit pas surprendre. Jusqu'au tournant du siècle, qui marque le début d'un « âge d'or » médical, l'arsenal thérapeutique de la médecine occidentale reste limité[87]. Même dans le domaine de la chirurgie, pourtant identifié par les Chinois comme un point fort de la médecine occidentale, beaucoup d'opérations restent difficiles et risquées[88]. À Tianjin, pendant la Seconde guerre de l'opium (1856-1860), ce ne sont pas tant les techniques médicales des occupants occidentaux qui surprennent les observateurs chinois, mais l'organisation sociale qui les entoure[89]. De la même manière, selon David Arnold, dans l'Inde du XIXe siècle, c'est d'abord l'organisation politique de la médecine occidentale et le prestige social accordé aux médecins européens qui fonde leur supériorité sur les praticiens locaux, quelle que soit l'efficacité de leurs traitements[90].

Au Sichuan, on observe ainsi deux mouvements apparemment simultanés à partir du tournant du siècle. La médecine occidentale prend pied dans la province et introduit de nouveaux acteurs du soin, les médecins et leurs hôpitaux. Dans le même temps, les efforts déployés par les autorités provinciales et locales à la fin des Qing pour renforcer l'État et moderniser le pays font émerger de nouvelles institutions médicales. Ces deux mouvements sont en partie liés, puisque ces nouvelles institutions font notamment appel à des médecins étrangers et concourent dans une certaine mesure au développement de la médecine occidentale dans la province.

---

[87] BRANDT, Allan M. et GARDNER, Martha. « The Golden Age of Medicine? » in Roger COOTER et John V. PICKSTONE (dir.) *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. New York : Routledge, 2003, p. 21-37.

[88] CHOA, G. H. *« Heal the Sick » Was their Motto: the Protestant Medical Missionaries in China*. Hong Kong : Chinese University Press, 1990. p. 40.

[89] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 74-75.

[90] ARNOLD, David. *Colonizing the Body, State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*. Berkeley : University of California Press, 1993. p. 11-12. Comme en Chine, jusqu'au début du XXe siècle, la position majoritaire, partagée par certains Indiens formés à la médecine occidentale, est une forme de syncrétisme médical. DEEPAK, Kumar. « Unequal Contenders, Uneven Ground: Medical Encounters in British India, 1820-1920 » in Andrew CUNNINGHAM et Bridie ANDREWS (dir.) *Western Medicine as Contested Knowledge*. Manchester : Manchester University Press, 1997, p. 172-190.

A - Les cadres anciens de la pratique médicale

Les observateurs européens et américains qui parcourent en nombre croissant la Chine depuis les guerres de l'opium s'attardent rarement dans leurs récits sur la condition des médecins chinois. Isabella Bird, dans le récit de son voyage publié en 1899, n'évoque les médecins chinois que très indirectement, à travers les mauvais traitements qu'ils font subir aux malades qu'elle voit entrer par la suite à l'hôpital missionnaire de Hangzhou tenu par deux médecins britanniques[91]. Les missionnaires protestants, tout comme les médecins étrangers, ont tendance à rejeter à la fois les pratiques religieuses et médicales chinoises[92]. Dans ses différents livres traitant de la Chine, le médecin français François-Aimé Legendre, qui a séjourné plusieurs années au Sichuan et au Yunnan, ne parle presque pas de la médecine chinoise et encore moins de ceux qui la pratiquent. Lorsque ces derniers sont évoqués, c'est généralement sous la forme d'une critique péremptoire de l'état de la médecine en Chine, qui justifie en retour le peu d'intérêt dont elle est l'objet. Ainsi le docteur Servel, rattaché à la Compagnie des chemins de fer de Hankou en 1899, écrit-il en 1902 :

> Les arts médicaux, en effet, sont peut-être ce qu'il y a de plus arriéré en Chine. Jusqu'à présent, la médecine n'a guère été pratiquée que par des empiriques, sortes de guérisseurs se transmettant de père en fils certaines traditions plus ou moins absurdes, consignées parfois dans des livres où l'on traite surtout de l'acupuncture, laquelle est chez eux très en honneur[93].

Ces descriptions allusives montrent les médecins chinois comme un groupe relativement homogène, même si les observateurs peinent à définir la médecine chinoise, entre tradition purement empirique et savoir livresque classique. Ceux qui, comme John Dudgeon, cherchent à rendre compte plus précisément du statut et des techniques des praticiens chinois doivent limiter leurs observations à ce qui est directement observable dans la rue. Ils n'ont pas accès au cadre domestique où ont pourtant lieu une part non négligeable des pratiques médicales[94]. Le tableau que dresse Dudgeon permet néanmoins d'envisager à la fois par la diversité des

---

[91] BIRD, Isabella. *The Yangtze Valley and Beyond: An Account of Journeys in China, Chiefly in the Province of Sze Chuan and Among the Man-tze of the Somo Territory*. Londres : Murray, 1899. chap. 4.

[92] BARNES, Linda L. *Needles, Herbs, Gods, and Ghosts: China, Healing, and the West to 1848*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. p. 220-221 ; CHEUNG, Yuet-wah. *Missionary Medicine in China: a Study of Two Canadian Protestant Missions in China before 1937*. Lanham : University Press of America, 1988. 179 p.

[93] SERVEL. « Le rôle des médecins français en Chine », *Journal de médecine de Bordeaux*. 1902, vol.32 n° 3. p. 53-55.

[94] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 32-32.

praticiens ainsi que leur organisation en groupes plus ou moins clairement définis et hiérarchisés.

En l'absence du toute restriction légale encadrant l'exercice de la médecine en Chine, l'existence même d'un statut de « médecin » est loin d'aller de soi. En atteste la multitude de locutions employées pour désigner ceux qui pratiquent la médecine[95]. Si des substantifs tels que *yisheng* 醫生 ou *yishi* 醫士 apparaissent dans les sources du début du XXe siècle comme équivalent de « médecin », ils ne se substituent pas complètement aux dénominations antérieures[96]. Cette diversité des termes répond à celle des profils et des techniques, alors qu'il n'existe pas de réelle frontière entre le spécialiste et le profane. De la même manière, en dehors de quelques établissements au caractère distinctement médical, souvent récents et en nombre limité, les institutions dédiées à l'exercice de la médecine restent relativement rares. Les soins médicaux, comme bien d'autres activités du quotidien, sont donc bien souvent réalisés dans la rue ou au domicile du malade.

1) Le « médecin » : une catégorie récente et hétérogène

Au XIXe siècle, le terme *yi* 醫 désigne autant la médecine, en tant qu'ensemble de pratiques et de savoirs, que ceux qui l'exercent. Ces derniers se distinguent des artisans au terme d'un long processus décrit par Nathan Sivin comme « le passage depuis le *wu* 巫, sorte de serviteur technique, au *shi* 士, un type particulier de savant, revêtu de la dignité de l'intellectuel confucéen »[97]. Depuis les Ming, ceux qui exercent la « médecine » font davantage reposer leur légitimité sur la maîtrise d'un savoir écrit distinct de la tradition chamanique[98]. Ils se représentent ainsi comme des lettrés éloignés des pratiques magiques ou divinatoires, employant une thérapeutique plutôt centrée sur la pharmacopée. À la fin des Qing, pratiques magiques et médicales sont présentées comme deux activités distinctes par différents

[95] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Chinese Biographies of Experts in Medicine ». *Op. cit.*

[96] Ces deux termes sont déjà en usage au XIXe siècle à l'intérieur de l'Académie impériale de médecine pour désigner respectivement ses élèves et ceux qui ont passé les examens finaux de cette institution. BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China ». *Op. cit.*

[97] NEEDHAM, Joseph, LU, Gwei-Djen, et SIVIN, Nathan. *Science and Civilisation in China. Vol VI: 6*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000. p. 38.

[98] CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China*. *Op. cit.* p. 6.

observateurs. C'est le cas du missionnaire jésuite Henri Doré, qui dans son étude des croyances chinoises attribue explicitement l'utilisation des talismans à usage thérapeutique aux moines[99]. Dans les monographies locales, les auteurs, membres de l'élite lettrée, prennent soin de différencier ceux qui recourent à la magie de ceux qui pratiquent la médecine. Seuls ces derniers méritent un éloge officiel[100]. Mais dans les faits, comme le rappelle Paul Unschuld, de très nombreuses porosités subsistent entre l'orthodoxie médicale (le principe des « correspondances systématiques ») et les autres systèmes médicaux tels que la médecine démoniaque ou les pratiques thérapeutiques religieuses[101]. Si certains auteurs condamnent les pratiques magiques ou le démonisme, ce discours est loin d'être systématique.

Dans le cas du Sichuan, l'*Aperçu complet de Chengdu* publié en 1909 par Fu Chongju 傅崇矩 (1875-1917) témoigne également de la volonté des élites de distinguer les médecins des guérisseurs mystiques ou populaires. Fu est un homme de presse réformiste qui a étudié au Japon et qui fonde plusieurs journaux et revues dans les premières années du XXe siècle. Comme d'autres jeunes hommes éduqués en Chine ou à l'étranger, il veut employer ses connaissances pour entreprendre la modernisation du pays à l'échelle de sa ville[102]. Dans son introduction, Fu présente son *Aperçu complet de Chengdu* comme une sorte d'encyclopédie sur la capitale provinciale et ses habitants, dans la tradition des monographies locales, qui vise à informer les fonctionnaires, ainsi que d'éventuels voyageurs se rendant dans la ville. Mais cet ouvrage vise aussi à attirer l'attention de l'élite, notamment dirigeante, sur les coutumes qu'il identifie comme problématiques, superstitieuses ou rétrogrades, afin de les combattre et d'« améliorer la société » (*gailiang shehui* 改良社會)[103].

---

[99] DORE, Henri. *Recherche sur les superstitions en Chine*. Shanghai : Imprimerie de la mission catholique, 1911. chap. 6.

[100] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. Paris : CNRS, 2002. p. 129.

[101] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 215-223Sous les Qing, ces porosités sont nettement perceptibles dans le domaine des troubles relevant aujourd'hui de la psychiatrie (p. 215-223).

[102] WANG, Di. *Street Culture in Chengdu: Public Space, Urban Commoners, and Local Politics, 1870-1930*. Stanford : Stanford University Press, 2013. p. 17-18.

[103] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan* 成都通覽 (Aperçu complet de Chengdu). Chengdu : Bashu shushe (publication originale en 1909), 1977. p. 3-4 ; WANG, Di. *Violence and Order on the Chengdu Plain: the Story of a Secret brotherhood in Rural China, 1939-1949*. Stanford : Stanford University Press, 2018. p. 52.

La description qu'il donne du monde médical de Chengdu à la fin des Qing témoigne de la diversité des guérisseurs qui y proposent leurs services. Dans le chapitre consacré aux différents métiers (*zhiye* 執業) de la ville, Fu Chongju mentionne celui d'exorciste (*duangong* 端公) qu'il représente sous les traits d'un homme coiffé d'une couronne et tenant une cloche à la main[104]. Il regrette que les habitants de la ville fassent plus volontiers recours à ces derniers qu'à un médecin lorsqu'un membre de leur famille tombe malade. Il souhaiterait plus de fermeté de la part des autorités à l'égard de ces « coutumes vulgaires » (*lousu* 陋俗). Ces exorcistes sont clairement distingués des « médecins » (*yisheng* 醫生) qui ne sont pas inclus parmi les différents métiers de Chengdu, mais font l'objet d'un chapitre spécifique.

Fu donne également une représentation d'un « vendeur d'onguent » (*maigaoyao* 賣膏藥) et d'un « vendeur de médicament » (*maicaoyao* 賣草藥), sans plus de précisions sur leur activité[105]. Dans ces deux cas, il s'agit apparemment de colporteurs pour qui la frontière entre commerce et activité thérapeutique est sans doute assez mince. Les « marchands de médicaments » (*caoyaodan* 草藥但) sont également évoqués par un autre observateur, cette fois dans la province du Zhejiang. Il publie en 1915 un ouvrage intitulé *Coutumes médicales de Shaoxing* où il rapporte que les « marchands de médicaments » demandent d'abord à leurs clients de décrire leur affection avant de leur vendre les remèdes qu'ils jugent appropriés[106]. Dans un autre chapitre de l'*Aperçu complet de Chengdu*, cette fois consacré aux escroqueries (*zhapian* 詐騙), Fu Chongju met en garde le lecteur contre une multitude de faux guérisseurs qui sévissent dans les rues de Chengdu : les « illettrés (*buzhizi* 不知字) qui se font passer pour des médecins lettrés (*ruyi* 儒醫), les ignorants de la pharmacopée se faisant passer pour des médecins (*dafu* 大夫) » ou encore les vendeurs de remèdes miracles aux effets néfastes[107].

---

[104] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 394, 475. Le terme *duangong* 端公 est un synonyme de *wu* 巫 employé dans les provinces du Sichuan, Hunan, Guangxi et Guizhou. *Chongbian guoyu cidian* 重編國語辭典 (Dictionnaire révisé de chinois mandarin) du ministère de l'Education de Taiwan. En ligne : https://dict.revised.moe.edu.tw/index.jsp [consulté le 20 juin 2024].

[105] *Ibid.* p. 416, 431.

[106] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 38.

[107] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 475.

Chengdu compte également des praticiennes que Fu Chongju désigne, comme d'autres sources chinoises, par le terme « vieille femme » (*po* 婆). Elles sont spécialisées dans différents domaines, par exemple l'herboristerie ou certaines pratiques apotropaïques[108]. L'accouchement est souvent confié à des *wenpo* 穩婆, ce que semble regretter l'auteur. Il remarque que dans les pays occidentaux l'accouchement est réalisé par des médecins spécialisés. En Chine, en raison de la séparation stricte des sexes, les médecins chinois ne « connaissent les soins pré- et post-nataux » et ne sont d'aucune aide au moment de la naissance[109].

L'*Aperçu de Chengdu* présente ainsi au lecteur une présentation succincte, même si partielle et très critique, d'un secteur thérapeutique populaire (*folk sector*), tel que le définit l'anthropologue Arthur Kleinman. Ce secteur se compose notamment d'une variété de colporteurs, d'herbalistes et de médiums[110]. Le discours porté par Fu Chongju tend à opposer ces praticiens et praticiennes à la médecine lettrée, assise sur une certaine connaissance des textes médicaux anciens et contemporains. Pour autant, ces solutions thérapeutiques ne sont pas mutuellement exclusives : il est tout à fait possible pour un même patient, y compris issu de l'élite lettrée, de faire appel à un médecin lettré et à une « vieille femme »[111].

Les contours du groupe des « médecins » (*yisheng* 醫生) apparaissent donc en creux dans l'énumération des praticiens populaires, sans pour autant constituer un groupe stable et au contenu homogène. S'ils bénéficient d'une plus grande légitimité aux yeux de l'élite, à laquelle appartient Fu Chongju, ces médecins ne sont pourtant pas exempts de critiques. Dans le chapitre

---

[108] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 10, 36.

[109] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 383.

[110] Kleinman propose de considérer les systèmes de soins comme composés de trois ensembles qui se recoupent partiellement, dont le « secteur professionnel » (*professional sector*) et le secteur populaire (*folk sector*). Ces deux ensembles incluent des individus spécialisés dans le soin et se distinguent l'un de l'autre par le niveau de reconnaissance officielle et le statut social dont bénéficient leurs praticiens. Un dernier ensemble correspond à la culture populaire (*popular sector*), c'est-à-dire à toutes les autres formes de fonctions, pratiques et croyances médicales qui ne sont pas le fait d'individus spécialisés dans le soin. KLEINMAN, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley : University of California Press, 1980. p. 41-60. Pour une discussion de ces catégories dans le contexte de la Chine prémoderne, voir CULLEN, Christopher. « Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei », *History of Science*. juin 1993, vol.31 nº 2. p. 99-150.

[111] HARRISON, Henrietta. *The Man Awakened from Dreams: One Man's Life in a North China Village, 1857-1942*. Stanford : Stanford University Press, 2005. p. 66-67.

qu'il leur consacre, Fu en livre une typologie succincte tout en formulant à leur égard un jugement sévère :

> Il n'y a pas de médecins de haute qualité. De même, les médecins de qualité moyenne sont rares, ils se divisent notamment entre ceux qui dressent leur étalage (*baitan* 擺攤), ceux qui se déplacent en chaise à porteurs (*zuojiao* 坐轎), les médecins officiels (*guanyi* 官醫), les médecins de rue (*paojie* 跑街) et d'autres désignations[112].

Selon Fu, les médecins *paojie* et *baitan* « sont peu chers, mais font des prescriptions pertinentes, et valent plus que 1000 'médecins en chaise à porteurs' ou 'médecins officiels' ». Le prix de leur consultation varie entre dix et 100 sapèques (*wen* 文) pour les gens du commun (*zhongdeng renhu* 中等人戶), parfois plus pour les patients riches et certains soignent même gratuitement les nécessiteux. La présentation relativement avantageuse des médecins s'adressant vraisemblablement à une clientèle populaire permet sans doute de souligner, par contraste, les critiques que Fu adresse aux « médecins en chaise à porteurs ». Ces derniers s'adressent plutôt à une clientèle aisée et sont appelés par la famille à se déplacer au domicile du malade, au contraire des deux premières catégories de médecins qui pratiquent dans la rue. Ils ont des tarifs fixes, entre 200 et 1000 sapèques pour la consultation, auxquels il faut ajouter le prix du déplacement, entre 100 et 400 sapèques. Fu Chongju ajoute : « Les pauvres se ruineraient à chaque maladie, par conséquent les malades préfèrent mourir plutôt que recourir à ces médecins ou à d'autres ». Il conclut finalement son exposé : « Voici pourquoi je dis que Chengdu est dépourvue de bons médecins ». Les reproches adressés par Fu aux médecins de sa ville s'expliquent en partie par son engagement en faveur des sciences occidentales, un sujet auquel il consacre par ailleurs plusieurs publications[113].

Certains praticiens trouvent tout de même grâce aux yeux de l'auteur. Il complète son exposé d'une liste de dix « célèbres praticiens de la médecine interne » (*neike* 内科), dont l'action thérapeutique consiste en l'observation du malade (*zhenmai* 診脈) puis la prescription d'un remède (*yaofang* 藥方), mais n'oublie pas de rappeler que dans ce domaine les médecins

---

[112] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 195.

[113] ZHAN, Yonghua 詹勇华. *Wan Qing minchu Chengdu zhishi jingying de fengsu guan - yi Fu Chongju wei zhongxin de kaocha* 晚清民初成都知识精英的风俗观—以傅崇矩为中心的考察 (La vision des coutumes par l'élite intellectuelle de Chengdu à la fin de la période Qing et au début de la période républicaine - Enquête centrée sur Fu Chongju), Mémoire de master de littérature. Chengdu : Université normale du Sichuan, 2022. p. 24-27.

occidentaux (*xiyi* 西醫) surpassent leurs concurrents chinois. L'auteur n'indique pas à laquelle des précédentes catégories ces personnes appartiennent, mais il ne semble pas s'agir de *paojie* ni de *baitan* : les frais de consultation sont plus élevés, allant jusqu'à

quatre yuans, et ils disposent tous d'une adresse. L'un de ces praticiens est par ailleurs spécialisé dans le traitement des jeunes enfants (*xiaoerke* 小兒科). Fu Chongju termine son chapitre en évoquant les spécialistes en médecine externe (*waike* 外科), dont les praticiens de l'acumoxa (*zhenjiu* 針灸) et les spécialistes de la variole (*douke* 痘科)[114].

La situation des médecins au Sichuan présente visiblement des similitudes avec d'autres provinces. La description de Fu Chongju est assez proche du paysage médical du Zhejiang dépeint par Bridie Andrews. On retrouve des figures similaires de médecins ambulants ou pratiquant dans les rues, bien que les termes employés ne soient pas les mêmes. Par ailleurs, les *Coutumes médicales du Shaoxing* parlent de « praticiens de la médecine chinoise » (*zhongyi* 中醫) pour désigner des médecins de rang plus élevé que les praticiens populaires, en les distinguant surtout des praticiens de la médecine occidentale (*xiyi* 西醫)[115]. Les dénominations employées par Fu Chongju montrent que son attention se porte davantage sur la stratification sociale des praticiens. Cette différence est sans doute due à la publication plus tardive des *Coutumes médicales du Shaoxing* et surtout au fait qu'elles décrivent le paysage médical d'une province côtière, bien plus exposée à la présence étrangère et donc à la médecine occidentale.

L'emploi par les auteurs, mais aussi dans des documents administratifs, de termes comme *yisheng* 醫生 ou *yishi* 醫士 témoigne de l'émergence du « médecin » comme catégorie professionnelle rassemblant des praticiens de rang social différent. Fu Chongju semble réserver le terme *yisheng* aux médecins chinois, tous les médecins étrangers étant quant à eux qualifiés de *yishi*, mais cet usage est loin d'être la norme. On retrouve ainsi dans les archives du début du XXe siècle les deux termes sans qu'ils soient attribués spécifiquement à un type de praticien.

---

[114] De plus en plus d'individus spécialisés dans la vaccination jennérienne et la variolisation exercent en Chine à partir du XIXe siècle. LEUNG, Angela Ki Che. « The Business of Vaccination in Nineteenth-Century Canton », *Late Imperial China*. 2008, vol.29 n° 1. p. 7-39 ; GUO, Chengxu 郭成圩. « Sichuan zhongdou yange 四川种痘沿革 (Évolution de la vaccination au Sichuan) » in *Sichuan weisheng shiliao* 四川卫生史料 (Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan). Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1984, vol.1, p. 36-37.

[115] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 36-38.

Ils ne remplacent pas non plus complètement les dénominations antérieures. Dans une pétition de 1923, un certain Yin Shudong originaire du district de Yongchuan 永川 est présenté sous le titre de *yisheng*, mais il est également indiqué qu'il exerce la profession (*zhiye* 職業) de médecin lettré (*ruyi* 儒医)[116]. Cette double identification indique peut-être que la catégorie « médecin » n'est pas suffisamment précise étant donné la diversité des situations sociales qu'elle recouvre, d'où la nécessité de préciser qu'il s'agit ici d'un médecin lettré qui maîtrise les textes médicaux et se distingue donc des vulgaires médecins ambulants. Dans un autre document, un certain Wang Hesheng est qualifié de « médecin expert en l'art de Qi et de Huang » (*yishi jing Qi Huang shu* 醫士精岐黃術). On observe là la juxtaposition de la dénomination de *yishi* et d'une référence au dialogue entre l'Empereur jaune (*Huangdi* 皇帝) et le médecin mythique Qibo 岐伯, assez courante dans les monographies locales de la dynastie Qing[117]. Dans les deux cas, on voit ainsi cohabiter au sein d'un même discours plusieurs modes de désignation pour les praticiens de la médecine, comme si la catégorie « médecin » n'était pas en soi suffisante.

Ceux que Fu Chongju qualifie de « médecins » (*yisheng*) sont visiblement des individus pour qui la pratique de la médecine constitue l'activité et la source de revenus principale, ce qui est loin d'être le cas de tous ceux qui s'intéressent à la médecine. Comme l'a montré Florence Bretelle-Establet, qui préfère le terme d'« experts médicaux » à celui de « médecins », le degré d'implication dans la pratique de la médecine peut grandement varier d'un individu à l'autre[118]. Si la médecine constitue effectivement un métier pour certains, elle a plutôt le statut d'activité secondaire, voire de passe-temps, pour des lettrés et des fonctionnaires. Les conclusions qu'elle tire à partir des monographies locales (*difang zhi* 地方志) des provinces du Yunnan, Guangxi et Guangdong semblent également applicables au Sichuan. Le cas de Mei Guangding 梅光鼎, connu par la biographie qui lui est consacrée dans une chronique locale, constitue un bon exemple de lettré pour qui la médecine est plutôt un centre d'intérêt et un sujet d'érudition

[116] APS, 191-01-0444, Pétition du médecin Yin Shudong au chef du circuit de Dongchuan 東川, janvier 1923.

[117] APS, 191-01-1321, Pétition du médecin Wang Hesheng au chef du circuit de Dongchuan, novembre 1914 ; BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 79-80.

[118] *Ibid.* p. 80-81.

qu'une véritable carrière[119]. Après s'être présenté aux examens impériaux en 1885, Mei Guangding devient professeur puis exerce d'autres fonctions dans l'administration du sel. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages médicaux comme l'*Essence du Nei Jing* (*Neijing jinghua* 內經精華) et *Pharmacologie de Monsieur Mei* (*Mei shi yaowu xue* 梅氏藥物學), sans que l'auteur de sa biographie ne mentionne l'exercice de la médecine parmi ses activités. Le cas de Jiang Guoyi 姜國伊, un lettré ayant vécu dans la deuxième moitié du XIXe siècle, est un autre exemple. Après avoir été reçu aux examens impériaux, il se consacre à ses heures à la pratique de la médecine et écrit de nombreux traités médicaux[120]. Sa biographie donne deux exemples de cas traités par Jiang Guoyi :

> Il excellait dans la connaissance de la médecine et ses traitements étaient exceptionnels. Chez l'un de ses disciples, quelqu'un était malade depuis plusieurs mois. Guoyi l'examina et dit en guise de prescription : « prenez ceci et vous aurez de meilleures chances de guérir, en en prenant plusieurs doses, la maladie sera à moitié guérie ». À la consultation suivante, il dit : « on ne peut rien faire contre cette maladie, il s'agit d'une maladie *bao jue* 暴厥 ». Le lettré Chen Xian était malade depuis longtemps. Guoyi l'examina et dit : « Vous pouvez guérir sans médicament ». Il est impossible d'évoquer tous les nombreux cas similaires qu'il examina[121].

Ces indications laissent supposer que les malades traités par Jiang Guoyi appartiennent à son entourage ou à son cercle de connaissances. Ces précisions sur les talents médicaux de Jiang, qui n'occupent qu'un dixième de sa biographie, sont une manière de souligner les qualités et l'érudition du lettré, qui se consacre par ailleurs à d'autres disciplines. La médecine n'est en effet pas son seul centre d'intérêt. La biographie précise : « En plus de l'étude des classiques, [Jiang Guoyi] étudie les grands principes de stratégie, de l'agriculture, des rites et de la musique anciens et modernes ». Outre les livres qu'il a écrits sur des sujets médicaux, il est aussi l'auteur d'œuvres commentant les classiques ou portant sur l'histoire ou l'éducation. Les monographies

---

[119] *Lu xianzhi*, 1938, juan 6. Les monographies citées ont été publiées par WANG, Weixin 王維新. *Zhongguo di fang zhi ji cheng: Sichuan fu xian zhi ji* 中国地方志集成四川府县志辑 (Collection des monographies locales de Chine : monographies des préfectures et districts du Sichuan). Chengdu : Ba Shu shushe, 1992.

[120] Outre les six ouvrages de cet auteur évoqués dans les monographies locales et identifiés par Guo Aichun, un catalogue de référence sur les ouvrages de médecine chinoise conservés en Chine compte six autres titres publiés dans la seconde moitié du XIXe siècle. GUO, Aichun 郭靄春. *Zhongguo fensheng yiji kao* 中国分省医籍考 (Catalogue des livres médicaux par province). Tian jin : Kexue jishu chubanshe, 1984. 2785 p. ; XUE Qinglu 薛清录. *Zhongguo zhongyi guji zongmulu* 中国中医古籍总目 (Catalogue général des livres anciens de médecine chinoise). Shanghai : Shanghai cishu chubanshi, 2007. 1414 p.

[121] *Pi xianzhi*, 1947, j. 3.

locales du Sichuan mettent donc en évidence la possibilité pour certains individus de haut rang de pratiquer la médecine à titre occasionnel ou comme activité secondaire. Néanmoins, il semblerait que ce type de profil commence à décliner à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, au profit de praticiens spécialisés dans l'art médical[122].

Les monographies locales de la première moitié du XXe siècle permettent également de contextualiser voire de nuancer les critiques adressées par Fu Chongju aux médecins. La médecine reste une activité estimée par l'élite lettrée, à laquelle appartiennent les rédacteurs des monographies locales et le fait de posséder des connaissances médicales est valorisé dans les biographies. Par ailleurs, l'idée ancienne selon laquelle la médecine constitue une voie alternative à une carrière de fonctionnaire semble toujours vraie[123]. Ainsi, dans la chronique du district de Chongqing 崇慶, la biographie de Mo Zhizi 莫知子 raconte : « Dans sa jeunesse, il étudie les classiques. Il échoue plusieurs fois aux examens impériaux. Se retirant pour apprendre la médecine, il étudie les secrets des grands maîtres[124]. » Le contraste entre la critique de Fu Chongju et le ton élogieux des monographies locales s'explique aisément par le statut et les opinions de l'auteur, ainsi que par la nature même des textes : les chroniques visent à mettre en avant les personnages exemplaires. L'*Aperçu* de Fu Chongju sert plutôt à pointer des défauts que l'administration urbaine devrait corriger, dans la ligne de l'attitude réformiste de son auteur.

Mais au-delà cette divergence apparente entre deux types de sources, on peut émettre l'hypothèse qu'il existe, dans une certaine mesure, un système de valeur partagé. Selon Volker Scheid, trois critères justifient l'inclusion des médecins dans les monographies locales : la stature intellectuelle, l'efficacité des traitements et l'exemplarité morale[125]. La stature intellectuelle est exemplifiée par les chroniques à travers la réussite aux examens, la maîtrise des classiques, ainsi que la publication d'œuvres médicales. Si ce critère n'attire pas beaucoup l'attention de Fu Chongju, sa condamnation des « praticiens illettrés qui se font passer pour des médecins lettrés » montre que la maîtrise des textes reste un critère important pour évaluer la

[122] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 80-83.

[123] Sur cette question, voir HYMES, Robert P. « Not Quite Gentlemen? Doctors in Song and Yuan », *Chinese Science*. 1987, vol.8. p. 9-76. Le cas de Mei Guangding tend à montrer que la carrière de professeur reste, comme celle de médecin, une voie avantageuse pour des candidats qui ont échoué aux concours impériaux.

[124] *Chongqing xianzhi*, 1928, j. 8.

[125] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 56

qualité du médecin. C'est aussi ce que montre la permanence dans les différentes sources évoquées de la catégorie de « médecin lettré » (*ruyi* 儒醫, parfois traduit par « médecin confucéen »). Le « médecin lettré » renvoie à un mode de hiérarchisation du monde médical par la référence aux classiques qui s'est imposé à partir de la dynastie Song (Xe-XIIIe siècles). Détenteur d'un savoir livresque, ce médecin entend s'opposer ainsi aux praticiens populaires ou « médecins héréditaires » (*shiyi* 世醫), ces derniers fondant leur légitimité sur la transmission familiale des savoirs médicaux [126]. On retrouve d'ailleurs, à travers la condamnation des recettes médicamenteuses inefficaces, voire dangereuses, une propension à privilégier la maîtrise des classiques médicaux sur les formules gardées secrètes au sein des familles.

Fu Chongju dénonce régulièrement l'inefficacité des traitements proposés par les médecins de Chengdu, ou du moins par ceux qui se font passer pour compétents dans l'art médical. Mais c'est surtout la moralité des praticiens de la ville que cet observateur condamne. Il fustige certaines pratiques mercantiles qu'il détaille longuement. Selon lui, les « médecins en chaise à porteurs » de Chengdu auraient pour habitude de ne se déplacer qu'un ou deux jours après avoir été appelés auprès d'un patient, feignant d'être particulièrement occupés et donnant ainsi l'impression qu'ils ont une clientèle nombreuse. Ils se feraient également remettre par un proche se faisant passer pour un ancien patient une tablette (*bian'e* 匾額) vantant les mérites de celui qui l'a guéri. Ou encore, se faisant passer pour des patients bien traités, ces médecins publieraient leur propre éloge dans un des journaux de la ville. Les reproches adressés par un réformiste comme Fu Chongju dessinent en creux les qualités morales qui font un bon médecin et qui sont régulièrement évoquées dans les monographies locales, en particulier le désintérêt et l'honnêteté[127]. Mais ces impératifs moraux sont mis à mal par la concurrence acharnée pour les patients.

Dans un contexte où l'exercice de la médecine n'est soumis à aucune contrainte légale, les médecins forment un groupe qui, s'il se distingue par certains aspects des exorcistes et des

[126] CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China*. *Op. cit.* p. 41. Notons que ces catégories renvoient davantage à un mode de représentation des praticiens et non à des groupes mutuellement exclusifs. Un même médecin peut appartenir en même temps à ces deux catégories, comme le montre l'exemple d'un praticien du XIV-XVe siècle. GRANT, Joanna. *A Chinese Physician : Wang Ji and the Stone Mountain Medical Case Histories*. Londres : Routledge, 2003. p. 41-42.

[127] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 89.

herbalistes, n'en reste pas moins fondamentalement hétérogène. Au point que la catégorie même de médecin reste incertaine, ce dont atteste la diversité des termes qui sont encore employés pour les désigner. Par ailleurs, les critères qui déterminent la qualité d'un médecin ne se limitent pas à la compétence strictement médicale du praticien. Outre l'efficacité de leurs traitements, les lettrés comme l'intelligentsia réformiste sont particulièrement attentifs aux qualités morales des médecins et à leur réussite intellectuelle (maîtrise des classiques ou succès aux des examens impériaux).

2) Assistance médicale et organisations charitables

De même que le médecin manifeste ses vertus morales en soignant les pauvres, l'organisation et le financement de l'assistance médicale pour les pauvres ou les orphelins permet aux gouvernements et aux élites locales de démontrer leur générosité. De la dynastie Tang (618-907) à celle des Yuan (1271-1368), l'assistance médicale est une prérogative de l'État[128]. Sous la dynastie Tang, la cour impériale organise la publication et la distribution gratuite de prescriptions, tout en fixant un prix officiel pour certains médicaments. Au IXe siècle, suite aux persécutions contre les bouddhistes, l'État prend en charge les infirmeries de charité établies par les monastères, une politique pérennisée et développée par les Song (960-1279)[129]. Cette dynastie organise en temps d'épidémies la distribution de médicaments et de formules médicales[130]. Entre le XIVe et le XVIIIe siècle, sous les Ming puis les Qing, le rôle de l'État dans l'assistance médicale décline progressivement. D'une part, les infirmeries de charité tendent à disparaitre après la dynastie Song. D'autre part, les établissements de charité, destinés à prendre en charge les pauvres et les orphelins par exemple, reçoivent moins de financements du gouvernement impérial. Les magistrats locaux financent donc ces institutions sur leurs propres fonds ou bien dépendent de la participation financière de notables locaux[131]. Parmi ces derniers,

[128] LEUNG, Angela Ki Che. « Organized Medicine in Ming-Qing China ». *Op. cit.*

[129] GOLDSCHMIDT, Asaf. « Song Government and Medicine – the Case of the Imperial Pharmacy » in Jongtae LIM et Francesca BRAY (dir.) *Science and Confucian Statecraft in East Asia*. Leiden : Brill, 2019, p. 45-86.

[130] SMITH, Hilary A. *Forgotten Disease: Illnesses Transformed in Chinese Medicine*. Stanford : Stanford University Press, 2017. p. 70-71.

[131] QU, Tongzu. *Local Government in China under the Ch'ing*. Cambridge : Harvard University Press, 1962. p. 182-183.

les marchands prennent au cours du XIXe siècle une place importante, obtenant par le patronage des œuvres de charité une forme de reconnaissance politique, par exemple à travers l'inscription de leur nom dans les monographies locales[132]. Cette charité subventionnée par le patronage des marchands est également à l'œuvre à Hongkong au milieu du XIXe siècle, cette fois pour pallier les manquements de l'administration coloniale britannique[133].

Les monographies locales du Sichuan corroborent l'idée d'un passage des œuvres de charité des mains du gouvernement local à celles de la notabilité. L'introduction de la section sur les œuvres de bienfaisance (*shanju* 善舉) dans le chapitre des constructions (*jianzhi* 建置) de la chronique du district de Huayang décrit précisément cette tendance :

> Sous les Qing, depuis les règnes de Kangxi, Yongzhang, Qianlong et Jiaqing, chaque gouvernement a accordé gracieusement à chaque province un établissement d'assistance et de soulagement (*yangjiyuan* 養濟院) afin d'appréhender les personnes seules et les infirmes qui n'ont aucun recours. Tous ont ordonné aux fonctionnaires d'entretenir les personnes sans abri. Ils aimaient profondément le peuple. Tous les bâtiments des établissements d'assistance pour tous (*pujitang* 普濟堂) et des orphelinats (*yuyingtang* 育嬰堂) sont administrés par le gouvernement local depuis plus de 200 ans. Mais depuis Guangxu, le peuple prend lui-même la charge des œuvres de charité […]

Puis, dans un autre passage à propos du « hall de la charité » (*cihuitang* 慈惠堂) de ce district :

> Par le passé il y avait un établissement d'assistance pour tous et un orphelinat, un atelier (*chang* 厂) pour les jeunes et un pour les pauvres. Tous étaient administrés par les fonctionnaires. En 1925, après la fondation du gouvernement municipal, on a confié aux notables l'organisation d'un conseil d'administration pour les œuvres de secours public, afin de réunir ces établissements à l'intérieur du hall de la charité (*cihuitang*). Le notable Yin Changling est chargé de son administration[134].

Sous les Qing, les districts du Sichuan, comme dans les autres provinces du pays, disposent ainsi d'établissements de charité qui sont généralement soutenus par la notabilité locale. Il s'agit notamment du triptyque *yangjiyuan* 養濟院, *pujitang* 普濟堂, *yuyingtang* 育嬰堂, présent dans la plupart des localités. Les chroniques ne donnent que très peu d'informations sur leur activité, peut-être parce que leur présence quasiment systématique rend superflues de

[132] LEUNG, Angela Ki Che. « Organized Medicine in Ming-Qing China ». *Op. cit.*

[133] CARROLL, John M. *Edge of Empires: Chinese Elites and British colonials in Hong Kong*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. p. 60-63.

[134] *Huayang xianzhi*, 1934, j. 3.

telles précisions. Nous savons qu'ils s'adressent aux populations démunies (vieillards, orphelins, pauvres). En général, ils prêtent assistance à un nombre donné de bénéficiaires, à l'image du *yangjiyuan* de Qiongzhou 邛州 qui accueille 16 pauvres au début du XIXe siècle[135]. Il n'est cependant pas certain qu'ils fournissent une assistance médicale.

Les cas d'institutions qui offrent des services médicaux, évoqués par les monographies locales, datent le plus souvent des XIXe et XXe siècles. Ces établissements s'inscrivent dans la continuité de ceux fondés sous les Qing, mais il peut également s'agir de créations plus récentes. Dans les premières décennies du XXe siècle, l'assistance médicale qu'ils dispensent consiste par exemple à offrir des soins et des médicaments, comme c'est le cas dans l'établissement de secours (*jiujiyuan* 救濟院) du district de Xindu 新都. Fondé en 1929 par le rassemblement du *yangjiyuan* et du bureau des orphelins (*yuyingju* 育嬰局), il a pour mission de « garder les enfants, entretenir les vieillards, prêter de l'argent et offrir des médicaments »[136]. L'assistance médicale n'est jamais la seule activité des établissements de charité. Lorsqu'elle est mentionnée par les chroniques, c'est systématiquement aux côtés d'autres aides, souvent alimentaires ou pécuniaires. Ainsi, au début du XXe siècle, la société de bienfaisance (*cishanhui* 慈善會) du district de Dayi 大邑 « offre médicaments et cercueils à un nombre conséquent de pauvres d'orphelins qui en dépendent »[137]. La maison de charité (*leshan gongsuo* 樂善公所) du district de Huayang, fondée sous la dynastie des Qing par le lettré Liu Zhitang (刘止唐, 1767-1855), offre quant à elle aux veuves et vieillards « des cercueils, du riz, une sépulture, des soins et médicaments ». Dans d'autres cas, une somme donnée est octroyée à chacune des personnes prises en charge par l'établissement. L'assistance médicale, lorsqu'elle est évoquée par les chroniques, n'est donc qu'un service parmi d'autres des institutions qui visent à apporter un soutien à certaines catégories de la population, en particulier les pauvres et les orphelins.

En règle générale, ces établissements d'assistance chinois ne disposent pas d'un médecin, même si certaines exceptions existent. Les monographies locales ne mentionnent pas la présence d'un personnel médical. On sait par d'autres témoignages que certaines de ces institutions pouvaient faire ponctuellement appel à un médecin, le plus souvent un praticien de

[135] *Qiong zhouzhi*, 1818, j. 8.

[136] *Xindu xianzhi*, 1929, j. 2.

[137] *Dayi xianzhi*, 1930, j 3.

la médecine chinoise, pour soigner leurs bénéficiaires. Le missionnaire John G. Kerr observe en 1873 qu'un médecin chinois est employé par deux établissements de charités chinois de la ville de Canton, la maison des vieillards (*laorenyuan* 老人院) et la maison d'assistance pour tous (*pujiyuan* 普濟院)[138]. À Chengdu, au début du XXe siècle, on trouve un exemple singulier d'un orphelinat chinois employant un médecin étranger, ce qui est plutôt rare pour une période où les praticiens étrangers sont encore très peu nombreux dans la province. Il s'agit de l'atelier pour jeunes gens (*yonghaichang* 幼孩廠), mentionné dans la chronique de Huayang, qui comprend une infirmerie dans laquelle exerce le docteur Edinger, un médecin de la mission médicale française débutée en 1897 par le ministère des Affaires étrangères[139]. L'atelier pour les jeunes gens et celui pour les mendiants (*jipinchang* 濟貧廠) ont été fondés à partir de 1906 dans le cadre des réformes de Zhou Shanpei 周善培 (1875-1958), un partisan des Nouvelles Politiques (1901-1911), un mouvement qui vise à réformer les institutions et l'appareil d'État tout en assurant leur pérennité. Zhou Shanpei a notamment organisé en 1902 la police de la ville de Chengdu dont semblent dépendre les deux ateliers en question[140]. Ces institutions poursuivent un objectif sensiblement différent des établissements de charité traditionnels. Contrairement à ces derniers, les nouveaux ateliers visent à enfermer mendiants et orphelins et ainsi débarrasser la ville de Chengdu de ces populations jugées problématiques. La description que donne un missionnaire de la « révolution » que constituent ces maisons de travail témoigne de leur caractère quasi carcéral :

> Un jour donné, des soldats étaient postés aux quatre portes de la ville et, alors la foule des mendiants entrait comme d'habitude pour faire sa tournée, ils ont été saisis et envoyés dans les la Maison de travail pour mendiants. À leur arrivée, ils ont été répartis dans leurs différentes classes, comme indiqué dans le règlement. Après la capture réalisée cette journée, il était facile pour la police d'arrêter les mendiants errants qui s'aventuraient dans leurs quartiers. L'alerte fut rapidement donnée quant à ce merveilleux changement dans leur vie ordinaire et leur liberté, et de nombreuses personnes à l'extérieur de la ville décampèrent pour se mettre à l'abri. Tandis

[138] RENSHAW, Michelle. *Accomodating the Chinese: The American Hospital in China, 1880-1920*, Thèse de doctorat en études asiatiques et santé publique. Adelaide : University of Adelaide, 2003. p. 47.

[139] MAE, 148CPCOM, n°299, rapport de Bons d'Anty, 15 juin 1905 ; *Huayang xianzhi*, 1934, j. 3.

[140] Sur ces ateliers et leur inscription dans le mouvement des Nouvelles politiques et la carrière de Zhou Shanpei, voir STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu : Chinese Urban Reform, 1895-1937*. Cambridge : Harvard University Press, 2000. chap. 4.

> que les ‘voyageurs’ d'autres villes pensaient qu'il valait mieux prolonger leur séjour dans ces lieux avant de retourner dans la capitale[141] !

Le rapport détaillé du docteur Erdinger sur l’atelier pour les jeunes gens permet de se faire une idée plus précise de son fonctionnement[142]. Les pensionnaires y produisent diverses marchandises (tissus, gravures, cigarettes, etc.) vendues aux marchands de la ville ; près d’un tiers des revenus de l’atelier provient de cette activité, les deux tiers restants sont fournis par la police municipale, le gouvernement provincial et les dons de notables. Des ouvriers chinois et japonais (les frais de voyage de ces derniers sont payés par l’atelier) sont chargés de former les quelques 1100 pensionnaires. Si l’atelier témoigne pour Erdinger de « l’adoption des procédés européens », il reconnaît dans le même document que la présence d’un médecin français dans ses murs a été « imposée » par les tractations du consul français. L’ouverture d’un service de médecine occidentale dans cette institution est donc moins due à la volonté de l’intelligentsia réformatrice de moderniser la prise en charge médicale de ses pensionnaires qu’au volontarisme de la mission médicale française. En effet, depuis 1903, la mission médicale française cherche à multiplier les associations avec les autorités locales dont elle espère pouvoir se rapprocher de cette manière. L’infirmerie tient un rôle de moindre importance dans l’institution, comme en témoigne le peu de ressources qui lui sont accordées : seuls des locaux « de dimensions restreintes » sont fournis par l’atelier, la pharmacie est alimentée par un don du Gouvernement général de l’Indochine et le médecin est rétribué par les Affaires étrangères. Si les autorités provinciales et municipales financent l’atelier, elles participent en revanche très peu à l’entretien de son infirmerie. Il semble que, dans cette institution, la dimension médicale de l’assistance aux plus démunis s’efface devant une prise en charge sociale et disciplinaire.

Certaines catégories de population sont néanmoins l’objet d’une prise en charge qui tend à se médicaliser. Dans les années 1900, la police de Chengdu ouvre un hôpital pour les hommes de peines (*kuli bingyuan* 苦力病院) et un hôpital militaire (*junren bingyuan* 軍人病院) ouvre également ses portes dans la capitale provinciale[143]. La ville compte également plusieurs établissements prenant en charge les opiomanes. Ce domaine en particulier semble faire l’objet d’une forme de médicalisation au début du XXe siècle, comme le montre la pétition du médecin

[141] VALE, J. « Beggar life in Chentu – a revolution », *West China Missionary News*. 1908, vol.10 n° 1. p. 12.

[142] MAE, 148CPCOM, n°299, Rapport du Dr. Erdinger, 10 août 1906.

[143] STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu*. *Op. cit.* p. 126.

Yin Shudong qui demande au début des années 1920 l'appui des autorités pour organiser des « établissements de bienfaisance de désintoxication [à l'opium] » (*jieyan cishan suo* 戒煙慈善所).

> [Les opiomanes] se verront tous administrés des médicaments, qu'ils soient riches ou pauvres. Que leur dépendance soit grande ou petite, elle sera guérie en trois jours et ils ne retomberont plus malade (*chugen baibing busheng* 除根百病不生). La recette de ces pilules a été testée à maintes reprises et ne contient pas d'opium. Il n'y a aucune autre recette qui ait le même succès[144].

Selon lui, neuf districts de la province ont déjà ouvert un établissement de ce type à titre d'expérience, le plus ancien ayant été fondé en 1906 dans le district de Lu 瀘. Cette date coïncide avec le début du plan de lutte contre l'opium lancé par le gouvernement Qing et dans lequel il encourage la constitution d'associations locales de lutte contre l'opium[145]. En dehors du bref exposé par Yin Shudong sur la méthode employée, la pétition ne donne pas de détail sur l'organisation de ces établissements[146]. Cependant, la qualité de médecin de l'auteur, son insistance sur l'administration de médicaments (*fuyao* 服藥) ou encore le fait qu'il établisse un lien entre l'opium et la maladie (*bing* 病) montrent qu'il s'agit de proposer une solution thérapeutique à ce problème. Remarquons que c'est ici le médecin, non la notabilité locale, qui est à l'origine de l'initiative. Yin affirme ainsi « être disposé à financer de sa poche » son entreprise. Xavier Paulès observe lui aussi à Canton cette évolution vers une médicalisation de la désintoxication. Les opiomanes sont accompagnés dans leur convalescence par des médecins qui leur administrent des traitements facilitant le sevrage. Le cas des asiles de lépreux semble également s'inscrire dans cette tendance à une médicalisation de la prise en charge de certaines populations marginales, notamment sous l'influence des missionnaires[147].

Les monographies locales du début du XXe siècle indiquent que les établissements de charité organisés au XIXe, ou réorganisés à partir d'institutions préexistantes, offrent une

---

[144] APS, 191-01-0444, Pétition du médecin Yin Shudong 尹屬東 au chef du circuit de Dongchuan 東川, janvier 1923.

[145] PAULES, Xavier. « Les institutions de désintoxication pour fumeurs d'opium à Canton entre 1839 et 1952 », *Revue historique*. 2008, vol.647 n° 3. p. 627-656.

[146] La pétition mentionne la présence en pièce jointe de « statuts » (*jianzhang* 簡章) des établissements de désintoxication, mais ce document est absent du dossier conservé dans les archives.

[147] LEUNG, Angela Ki Che. *Leprosy in China*. *Op. cit.* p. 161-162.

assistance médicale à leurs bénéficiaires, laquelle ne constitue jamais qu'une activité parmi d'autres et se borne généralement à distribuer des médicaments. Certains établissements commencent néanmoins à proposer une véritable prise en charge médicale en ayant recours à un médecin. C'est particulièrement le cas de certaines institutions, notamment les établissements de désintoxication à l'opium, qui témoignent d'un début de médicalisation de ce type de problème. Cette évolution reste néanmoins discrète, notamment parce que les sources qui nous renseignent sur les institutions en question sont le plus souvent éparses et succinctes. Elle apparaît en partie liée à une autre transformation qui a quant à elle provoqué une véritable abondance documentaire : le développement de la médecine occidentale.

B - Médecine occidentale, présence étrangère et autorités locales

En 1917, alors qu'il a 14 ans, le jeune Chen Zhiqian rencontre pour la première fois un médecin étranger, un français rattaché au consulat de Chengdu, auprès duquel se rend sa mère malade. Dans ses mémoires, il se dit avoir été « impressionné par le statut et le prestige dont le médecin semblait bénéficier, et encore plus par les instruments scientifiques à sa disposition »[148]. Le praticien en question appartient à la mission médicale française dépêchée par les Affaires étrangères à partir des années 1890 et qui assure la présence d'un médecin à Chengdu et Chongqing jusque dans les années 1940. L'envergure très limitée de la présence médicale française au Sichuan contraste fortement avec l'impression qu'elle a produit chez le futur médecin chinois. Il est difficile d'évaluer la manière dont les médecins étrangers et les établissements qu'ils fondent, d'un type tout à fait nouveau en Chine, sont perçus par la population. La plupart de ce que l'on sait de la réception par les patients chinois provient de sources écrites par ces médecins étrangers. De plus, ces sources ont souvent pour objectif de faire la promotion du travail effectué en Chine afin d'en assurer le financement. Elles permettent néanmoins de se faire une idée du fonctionnement et de la répartition des établissements médicaux étrangers établis dans la province entre les années 1890 et 1910.

Il s'écoule plus d'un demi-siècle entre l'ouverture de l'hôpital d'ophtalmologie du médecin et missionnaire Peter Parker ouvert à Canton en 1835, le premier hôpital en Chine, et la fondation en 1891 du premier hôpital du Sichuan. Entre-temps, la figure du médecin

[148] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 23.

missionnaire s'est imposée comme un acteur central du développement de la médecine occidentale en Chine. Au Sichuan, la présence médicale étrangère progresse au tournant du siècle sur fond de rivalités impériales, en particulier dans les villes de Chongqing et Chengdu[149]. Dans la province, ces structures médicales sont, avec les églises, les écoles des missions et les consulats, les principaux témoins de la présence étrangère[150]. Ils sont d'ailleurs généralement conçus comme un moyen de gagner la sympathie d'une population encore méfiante, voire hostile. Dès 1835, au lendemain de l'ouverture de l'hôpital d'ophtalmologie de Canton, Thomas Richardson Colledge, médecin-missionnaire ayant ouvert un hôpital d'ophtalmologie à Macao quelques années plus tôt, publie un article dans le *Chinese Repository* pour encourager l'envoi de médecins-missionnaires en Chine[151]. Selon lui, « ceux qui veulent convertir [les Chinois] doivent d'abord gagner leur confiance en se rendant utiles ». Jusqu'à l'apparition des premiers hôpitaux fondés par des médecins chinois, dans les années 1910-1920, ce type d'établissement est donc fortement associé à la présence des étrangers dans la province, ce qui explique d'ailleurs qu'il soit l'un des points de cristallisation des rumeurs à leur encontre[152]. Néanmoins, les gouvernements locaux participent également à l'essor de la médecine occidentale, manifestant un regain d'intérêt de l'État chinois pour les questions médicales.

1) Une médecine prosélyte

Les missionnaires protestants sont les premiers à envoyer des médecins dans la province et à y fonder des hôpitaux. Dans la dernière décennie du XIXe siècle, une demi-douzaine d'organisations missionnaires font appel à des médecins-missionnaires (*medical missionnaries*)

---

[149] NIELD, Robert. *China's Foreign Places: the Foreign Presence in China in the Treaty Port Era, 1840-1943*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2015. p. 66-67, 75-80.

[150] MATTHEWS, James J. *The Union Jack on the Upper Yangzi: The Treaty Port of Chongqing, 1891-1943*, Thèse de doctorat en histoire. Toronto : York University, 1999. p. 197.

[151] COLLEDGE, Thomas R. « Suggestions with regard to employing medical practitioners as missionaries to China », *Chinese Repository*. 1835, vol.4. p. 386-389.

[152] Les témoignages de missionnaires protestants suite aux mouvements anti-étrangers de 1895 mentionnent plusieurs incidents témoignant de la méfiance, voire de l'hostilité, d'une partie de la population chinoise à l'égard des médecins étrangers. Ces derniers sont accusés de capturer des enfants chinois et d'extraire de leur corps différentes substances. CUNNINGHAM, Alfred. *A History of Szechuen Riots (May-June, 1895)*. Shanghai : Shanghai Mercury Office, 1895. 38 p. ; WYMAN, Judith. « The Ambiguities of Chinese Antiforeignism: Chongqing, 1870-1900 », *Late Imperial China*. 1997, vol.18 n° 2. p. 86-122.

pour débuter une activité médicale dans la province : la *London Missionary Society* (LMS), l'Église méthodiste épiscopale (MEC), l'Église méthodiste du Canada (MCC) et sa *Women's Missionary Society* (WMS), ainsi que la Mission Baptiste Américaine (ABFMS) et la *China Inland Mission* (CIM). Ce mouvement touche bien sûr les deux plus grandes villes. À Chengdu, la MCC et la WMS ouvrent trois hôpitaux entre 1894 et 1905, quand deux hôpitaux sont ouverts à Chongqing en 1891 par le LMS et la MEC[153]. Il s'étend également à certaines villes de la province, notamment dans les zones les plus peuplées et le long du fleuve Yangze, qui constitue le principal axe de communication avec le reste du pays et en particulier vers Shanghai (Annexe I. 3). Dans les années 1900, les missionnaires protestants ont ainsi établi des stations médicales dans au moins une douzaine de localités à travers la province, même si l'envergure de ces structures est assez limitée. L'Église méthodiste canadienne est par exemple présente dans sept districts, où elle installe des dispensaires qui accueillent chacun, au milieu des années 1910, quelques centaines de patients par an[154]. Seule la station de Ziliujing 自流井 (Tzeliutsing dans les sources missionnaires), dans le district de Zigong 自貢 dispose d'un véritable hôpital à la fin des années 1910. Localement, la capacité de soin de ces établissements missionnaires est faible au regard de la population chinoise : dans le district de Lu 瀘 par exemple, les missionnaires traitent à peine 400 patients en 1916, alors que le district compte presque un million d'habitants dans les années 1930[155]. Les médecins missionnaires ont donc d'abord vocation à soigner les membres de la mission et les convertis chinois. Mais la médecine est également employée comme un outil de prosélytisme. En effet, dès le début du XIXe siècle, la *Medical Missionary Society of China*, cofondée par les médecins Parker et Colledge, se fixe à la fois comme but d'« encourager la médecine occidentale parmi les Chinois » et de « cultiver la confiance et l'amitié, et ainsi introduire le Gospel du Christ face au paganisme »[156]. Les

[153] *Our West China Mission*. Toronto : Missionary Society of the Methodist Church, 1920. p. 379 ; BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*, Thèse de doctorat en histoire. Irvine : University of California, 2012. p. 355 ; RENSHAW, Michelle. *Accomodating the Chinese: The American Hospital in China, 1880-1920*. *Op. cit.* p. 151.

[154] *Our West China Mission*. *Op. cit.* p. 400.

[155] LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence*. *Op. cit.* p. 60-61.

[156] CHOA, G. H. *« Heal the Sick » Was their Motto*. *Op. cit.* p. 15-16.

missionnaires veulent ainsi exploiter le lien fort qu'ils perçoivent au sein de la société chinoise entre religion et soin[157].

Ces médecins-missionnaires protestants sont rapidement suivis par des médecins militaires français envoyés par le ministère des Affaires étrangères au Sichuan à partir des années 1890, dans une perspective d'expansion coloniale. Le consul français de Chengdu, appuyé par les milieux industriels lyonnais, s'inquiète du développement des hôpitaux protestants au Sichuan, derrière lesquels il voit l'œuvre du Royaume-Uni qui se livrerait à un « duel d'influence » avec la France[158]. Certains partisans de l'expansion coloniale imaginent également de nouveaux débouchés dans la province, depuis l'Indochine et la Chine du Sud contrôlée par les Français[159]. Les Affaires étrangères entendent mettre à profit les Missions étrangères de Paris, déjà bien implantées au Sichuan, qui constitueront avec l'aide des médecins militaires de nouveaux hôpitaux français à Chengdu et à Chongqing[160]. L'idée d'employer la médecine pour promouvoir « l'influence française » est alors largement partagée par les autorités diplomatiques et coloniales ainsi que par les médecins eux-mêmes[161]. Les médecins

[157] ANDREWS, Bridie. « Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China, 1895–1937 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1 janvier 1997, vol.52 nº 1. p. 114-157.

[158] MAE, 148CPCOM, n°298, lettre de Audiffred, 20 juillet 1897.

[159] La Chambre de commerce de Lyon, rejointe par celles de Bordeaux, Lille, Marseille, Roubaix et Roanne, lance en 1896 une mission d'exploration dans le sud de la Chine avec la collaboration du ministère des Affaires étrangères. La mission doit permettre d'identifier les « meilleures voies de la pénétration commerciale en Chine du Sud ». MARTONNE, Edouard-Guillaume de. « La mission lyonnaise d'exploration en Chine », *Annales de géographie*. 1897, vol.6 nº 27. p. 273-276 ; MAILLARD, Robert. *De l'influence française en Chine aux points de vue historique et économique*. Paris : École libre des sciences politiques, 1900. p. 97-99.

[160] MAE, 148 CPCOM, n°298, Note du consul Haas, 3 août 1897. Malgré la séparation de l'Église et de l'État, il n'est pas rare de voir des missionnaires associés aux entreprises coloniales de la IIIe République. Comme le rappelle Claude Prudhomme, « les congrégations religieuses spécialisées dans la mission bénéficient d'un traitement particulier dans l'application des lois de 1901 et 1904 », PRUDHOMME, Claude. « La France et les missions catholiques, XVIIIe-XXe siècles » *Histoire du christianisme en France*. Paris : Armand Colin, 2014, p. 375 ; DAUGHTON, James Patrick. *An Empire Divided: Religion, Republicanism, and the Making of French Colonialism, WM 1880-1914*. Oxford : Oxford University Press, 2006. 330 p. Cette coopération entre le ministère des Affaires étrangères et congrégations missionnaires est ainsi loin d'être inhabituelle en Chine, voir MENONVILLE, Corinne de. *Les aventuriers de Dieu et de la République : consuls et missionnaires en Chine (1844-1937)*. Paris : Indes savantes, 2007. 227 p.

[161] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Diplomatie et politique coloniale. La médecine française au Yunnan de 1898 à 1931 d'après les sources coloniales françaises et des études chinoises », *Outre-Mers. Revue d'histoire*. 1997, vol.84 nº 315. p. 29-61. Le médecin militaire attaché à la légation de France à Pékin, comme d'autres médecins français ayant exercé en Chine, défend également cette idée.

français s'inscrivent donc dans une démarche similaire à celle des médecins missionnaires protestants. Ils ne cherchent pas à convertir les Chinois à une religion, mais à la cause de la France, faisant de la médecine un outil au service d'une forme de prosélytisme national. De leur côté, les Missions étrangères assurent la gestion matérielle des hôpitaux et tentent de convertir les patients des hôpitaux français au catholicisme. Il y a donc dans les établissements de soins français une superposition de l'influence française et catholique.

L'orientation prosélyte des premiers établissements de santé étrangers influe directement sur la manière dont ils sont organisés et sur le type de soins qui y sont dispensés. Dès la fin du XIXe siècle, une discussion s'engage dans les pages du *China Medical Missionary Journal* (CMMJ), publié par la *Medical Missionary Society of China*, pour déterminer à quel type de public les médecins missionnaires doivent s'adresser[162]. Les missionnaires hésitent entre une insistance sur la charité chrétienne et la crainte d'une paupérisation de leurs établissements. Cette tension existe également dans les hôpitaux français. Les médecins militaires veulent le plus possible s'adresser à une élite sociale en pratiquant des honoraires élevés et en éloignant ainsi la « foule des miséreux »[163]. Ils s'opposent régulièrement aux sœurs qui administrent les hôpitaux où ils exercent, leur reprochant de vouloir seulement convertir un maximum de patients[164]. L'évangélisation fait partie intégrante de l'activité des hôpitaux. Ceux qui sont tenus par les missions protestantes disposent d'un personnel dédié. Il s'agit parfois de religieux, mais aussi de personnels médicaux, comme les infirmières qui endossent le rôle de « Bible women »[165]. Enfin, la forme que prennent les services médicaux proposés par les établissements protestants et catholiques répond à la volonté de convaincre efficacement la population chinoise. Les médecins se concentrent sur des actes chirurgicaux susceptibles de donner des résultats

MATIGNON. « Le médecin comme agent de pénétration en Chine », *Archives Générales de médecine*. 1903, vol.17. p. 2020-2025.

[162] RENSHAW, Michelle. *Accomodating the Chinese: The American Hospital in China, 1880-1920*. *Op. cit.* p. 132.

[163] MAE, 148CPCOM, n°299, Rapport du Dr. Erdinger, 19 août 1903.

[164] CADN, 513PO/A, n°196, Rapport du Dr. Viéron, 1923.

[165] MAXWELL, Preston. « How best to obtain and conserve results in the evangelistic work amongst hospital patients », *CMJ*. 1912, vol.26 n° 6. p. 335-343.

rapides et manifestes, sans trop de risques pour le patient[166]. Ils capitalisent sur l'idée que la chirurgie occidentale est supérieure à la « médecine externe » (*waike* 外科) chinoise, une préférence partagée par des observateurs chinois comme Fu Chongju, mais aussi par d'autres populations de l'empire colonial britannique dans l'est de l'Asie[167].

Ces œuvres médicales reposent également sur l'idée d'une déficience chinoise, qu'elles alimentent en retour. Elle se manifeste notamment, dans les publications en français et en anglais, puis dans certains textes chinois, par une invisibilisation de la charité chinoise. Les missionnaires européens et américains y font face à des Chinois avares et insensibles à la misère d'autrui[168]. À leur arrivée en Chine, les médecins français dressent également un portrait de la situation sanitaire de la Chine qui pointe les manquements des autorités en matière d'assistance médicale[169]. Ils alimentent également un discours sur l'immobilisme de la Chine, son hermétisme à l'égard de la science et « l'œuvre civilisatrice » des Européens dont la tâche serait de ramener le pays sur le chemin de la vigueur et du progrès[170].

La présence médicale étrangère au Sichuan ne se limite pas à la création des hôpitaux et à l'action thérapeutique : elle se double d'un travail d'enseignement de la médecine occidentale. Dans ce domaine, ce sont les missions protestantes qui apportent la contribution la plus emblématique avec la création à Chengdu de la WCUU qui se dote d'une faculté de médecine en 1914[171]. Cette université réunit tous les établissements médicaux ouverts de la capitale provinciale par les missionnaires, l'hôpital pour hommes et l'hôpital dentaire ouverts par la MCC et l'hôpital pour les femmes et les enfants de la WMS, auxquels s'ajoute en 1928 un

---

[166] LI, Sheng-Jen. « Miraculous Surgery in a Heathen Land: Medical Missions to Nineteenth-Century China », *Conference on Religion, Popular Culture and Social Changes in Asia, Harvard-Yenching Institute*. 2006.

[167] ANDERSON, Stuart. *Pharmacy and Professionalization in the British Empire, 1780-1970*. Cham : Palgrave Macmillan, 2021. p. 254.

[168] FULLER, Pierre. *Modern Erasures: Revolution, the Civilizing Mission, and the Shaping of China's Past*. Cambridge : Cambridge University Press, 2022. p. 98-99.

[169] MAE, 148CPCOM, n°298, Rapport du Dr. Bouffard, 14 septembre 1899 ; BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 14.

[170] Cette thèse est abondamment développée par un médecin militaire français stationné pendant plusieurs années à Chengdu dans les années 1900 et qui publie trois récits de voyage à partir de cette expérience, en particulier LEGENDRE, Aimé-François. *Le Far-West chinois. Deux années au Setchouen*. Paris : Plon, 1905. p. 335-350.

[171] MINDEN, Karen. *Bamboo Stone*. *Op. cit.* p. 45.

hôpital spécialisé dans le soin des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge. Cette nouvelle institution dispose ainsi de moyens matériels et humains considérables, et joue ainsi un rôle de premier plan dans le développement de la médecine occidentale en Chine pendant toute la première moitié du XXe siècle.

2) L'école de médecine militaire de Chengdu

Au Sichuan, les autorités politiques provinciales ou locales interviennent rarement dans le domaine médical au début du XXe siècle. Toutefois, les autorités provinciales manifestent un nouvel intérêt pour ces questions dans les dernières décennies de la dynastie Qing. Cet intérêt s'inscrit avant tout dans la ligne du mouvement d'autorenforcement (*ziqiang yundong* 自强運動) qui vise à l'adoption des sciences occidentales, dont la médecine. L'attention portée à cette dernière reste cependant moindre en comparaison à d'autres domaines, comme l'industrie militaire. Parmi les 95 membres de la mission d'éducation envoyés aux États-Unis et qui rentrent en Chine en 1881, seulement quatre ont été formés en médecine[172]. L'appui donné au développement de la médecine occidentale passe aussi par la création de l'école de médecine militaire de Beiyang, fondée en 1902 par Yuan Shikai 袁世凱 (1859-1916). Elle s'appuie sur le modèle du Japon qui gagne en importance aux yeux des réformistes chinois suite à la défaite de la Chine dans la guerre sino-japonaise de 1894-1895[173]. Les efforts dans le domaine médical se portent donc d'abord sur les services de médecine de l'armée.

Au Sichuan, l'arrivée de Cen Chunxuan 岑春煊 (1861-1933) à la tête du gouvernement provincial en 1902 ouvre une période de volontarisme réformateur de la part du gouvernement provincial. Suite à la révolte des Boxeurs et face aux troubles dans les marches tibétaines, il a pour mission de garantir l'ordre public et de renforcer l'armée provinciale[174]. Acquis au

[172] LA FARGUE, Thomas E. *China's First Hundred.* Pullman : State College of Washington Press, 1942. p. 65. Il s'agit du premier groupe d'étudiants chinois envoyés officiellement par le gouvernement étudier à l'étranger. L'initiative est lancée par Yung Wing, le premier chinois diplômé de l'université de Yale, en 1872 et interrompue en 1881. Sur cette mission, voir RHOADS, Edward J. M. *Stepping Forth into the World: the Chinese Educational Mission to the United States, 1872-81*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2011. 313 p.

[173] XI, Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

[174] ADSHEAD, Samuel A. M. *Province and Politics in Late Imperial China: Viceregal Government in Szechwan, 1898-1911*. Londres : Curzon, 1984. p. 65.

mouvement des Nouvelles Politiques, Cen entretient une forme de rivalité avec Yuan Shikai, qui vient de fonder l'école de médecine Beiyang lorsque le nouveau gouverneur du Sichuan prend ses fonctions[175]. En mars 1903, ce dernier conclut un contrat avec la mission médicale française qui permet de créer à Chengdu une école de médecine et de chirurgie dont les élèves seront tirés des effectifs de l'armée provinciale[176]. Après cette première expérience au Sichuan, Cen lancera une initiative similaire à Canton, où l'hôpital Doumer, tenu par les Français, accueillera en 1905 des étudiants chinois[177]. Selon le contrat établi par le médecin Français-Aimé Legendre, l'école de Chengdu doit être hébergée par la mission catholique jusqu'à ce que le gouvernement provincial puisse fournir les locaux appropriés. Les autorités provinciales ont la charge des questions disciplinaires et de la gestion matérielle de l'école tandis que Legendre dispense les enseignements tout en s'engageant à « limiter son action aux exigences du service et à ne s'immiscer en rien dans les questions d'ordre public ou privé concernant les étudiants, en un mot à s'en tenir rigoureusement à leur instruction technique »[178]. En contrepartie de la formation des étudiants chinois, Legendre reçoit chaque saison une somme de 500 taëls (*liang* 两). Enfin, l'hôpital français, c'est-à-dire l'hôpital de la mission catholique, se doit d'accueillir tous les élèves de l'école ou soldats malades (les médicaments et la nourriture sont payés par le gouvernement) et d'accorder des soins particuliers à « tout homme, blessé en service, qu'il appartienne à l'armée, à la police, à l'administration ou aux yamens ». Legendre, quant à lui, doit recevoir gratuitement en consultation tous les malades de l'administration provinciale.

---

[175] WU, Xiumei 吴秀梅. *Cen Chunxuan yu Qingmo Xinzheng* 岑春煊与清末行政, 1901-1907 (Cen Chunxuan et les Nouvelles politiques de la fin des Qing, 1901-1907), Mémoire de master d'histoire. Shanghai : Université normale de l'Est de la Chine, 2007. 53 p. ; TANG, Jiaxin 康加新. « Qingmo Yuan Shikai yu Cen Chunxuan guanxi shulun » 清末袁世凯与岑春煊关系述论 (Discussion sur les relations entre Yuan Shikai et Cen Chunxuan à la fin de la dynastie Qing), *Heilongjiang shizhi*. 2008 nº 15. p. 12-13.

[176] MAE, 148CPCOM, n°298, Rapport de Bons d'Anty, 11 mars 1903. L'histoire de cette école nous est essentiellement connue à travers les archives du consulat français, dans la mesure où les archives conservées aux Archives provinciales du Sichuan n'étaient pas ouvertes à la consultation à la date de notre visite (automne 2019). Les sources françaises lui donnent généralement le nom d'« école de médecine », plus rarement « école de médecine impériale ». Les sources chinoises la nomment plutôt « école de médecine militaire » (*junyi xuetang* 軍醫學堂 dans la chronique de Fu Chongju).

[177] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 159-160. Au même moment, en Indochine, les Français encouragent la formation d'un personnel médical indigène, avec notamment la création d'une école de médecine à Hanoi en 1902. MONNAIS, Laurence. *Médecine et colonisation : l'aventure indochinoise : 1860-1939*. Paris : CNRS, 1999. 489 p.

[178] MAE, 148CPCOM, n°298, Rapport de Bons d'Anty, 11 mars 1903.

L'école ouvre officiellement ses portes en mars 1903. La première promotion compte 12 élèves. Ils ont entre 20 et 25 ans et sont « issus de la classe mandarinale ». Le début des cours est compliqué par le fait que Legendre doit s'appuyer sur un traducteur pour enseigner à des élèves qui « ignorent tout de ces grands principes scientifiques qui forment la base même de notre éducation » [179]. Cet enseignement théorique est complété par un apprentissage pratique à l'hôpital de la mission. Chaque semaine les élèves sont interrogés par Legendre. Un second contrat signé avec le gouvernement provincial en décembre 1903 entérine la collaboration avec les médecins français tout en prévoyant que les prochains élèves admis devront avoir fait des « études préalables en sciences ». La somme allouée par le gouvernement provincial à Legendre est relevée à 1200 taëls, auxquels s'ajoute une subvention ponctuelle de 2000 taëls pour acheter en France le matériel technique nécessaire[180]. En 1904, une nouvelle promotion est recrutée, portant les effectifs de l'école à 32 et la durée des études est portée à 4 ans[181]. Legendre reste le seul professeur de l'institution. Il est chargé d'enseigner « l'histoire naturelle, la chimie, la physique, l'anatomie, la physiologie, la pathologie, l'hygiène, etc. »[182]. Le consul, soucieux de la crédibilité de l'institution, appuie la demande de crédit du docteur Legendre pour équiper l'école et augmenter les effectifs de la mission médicale de Chengdu. Un crédit de 155 000 francs est voté en 1905 pour couvrir les dépenses en matériel de l'école, notamment l'installation d'un laboratoire qui représente la moitié du budget, et le nouveau personnel de la mission de Chengdu pour l'année 1906[183].

En 1906, un contrat est établi entre l'Inspecteur général de l'école qui représente le gouvernement provincial et les trois médecins français de Chengdu[184]. Le contrat précise le contenu des enseignements (histoire naturelle, physique, anatomie, mathématique, langue et

[179] MAE, 148CPCOM, n°299, Rapport de Legendre, 5 novembre 1903.

[180] MAE, 148CPCOM, n°299, Contrat portant en engagement de M. le docteur Legendre comme professeur de l'école militaire établie à Tchentou, 26 décembre 1903.

[181] MAE, 148CPCOM, n°299, Note sur l'organisation de l'école impériale de médecine de Tchentou, 5 janvier 1905.

[182] MAE, 148CPCOM, n°299, Organisation de l'école de médecine impériale, 28 novembre 1904.

[183] À partir de 1907, c'est le Gouvernement général de l'Indochine qui prend en charge le traitement du personnel supplémentaire. MAE, 148CPCOM, n°299, Lettre du ministère des Colonies au ministère des Affaires étrangères, 15 avril 1905.

[184] MAE, 148CPCOM, n°299, Lettre de du consulat de Chengdu au ministre des Affaires étrangères, 5 décembre 1906.

littérature française) tout en réaffirmant le contrôle de l'Inspecteur général sur l'institution : il est défendu aux professeurs de se mêler de toute question dépassant le cadre des enseignements, en particulier les sujets d'ordre religieux. Par ailleurs, l'article XII réserve à l'école la possibilité d'employer des élèves diplômés à la place des enseignants français, si elle le désire. Les articles XIII et XIV donnent la préférence à la France en cas d'envoi d'élèves à l'étranger ou de recrutement d'un nouveau professeur, tout en stipulant que dans les deux cas la décision reviendra aux autorités de la province. Les termes du contrat contrastent singulièrement avec les projets élaborés par le consulat. Ce dernier souhaitait transformer la formation strictement médicale et scientifique de l'école en un enseignement généraliste qui comprendrait non seulement des cours de français, mais aussi d'histoire, de géographie et d'économie politique. À cette fin, le consul adresse d'ailleurs une note au ministère lui demandant d'affecter un professeur de l'école d'Extrême-Orient à la mission de Chengdu pour assurer ces enseignements[185]. Cette note esquisse un ambitieux programme d'enseignement indépendant des autorités chinoises, visant à « participer à la rénovation de la culture chinoise sur les lignes des civilisations occidentales » et à concurrencer la WCUU en cours de constitution. Ces projets restent néanmoins lettre morte et c'est l'un des traducteurs de l'école, sans lien avec le consulat français, qui y enseigne le français. L'agacement du gouvernement provincial vis-à-vis de la propension des médecins français à outrepasser leurs affectations témoigne de la volonté à la fois de maintenir le contrôle sur l'école et de lui conserver son caractère strictement médical[186].

À partir de 1908, le gouvernement provincial exprime son intention de fermer l'école, dont il estime les résultats insuffisants au vu des dépenses engagées[187]. Cette décision s'explique en partie par la dégradation des finances du gouvernement provincial, sur lesquelles pèse la mobilisation de l'armée au Tibet. La situation financière de la province est par ailleurs aggravée par la politique de suppression de l'opium menée à partir de 1909 par Zhao Erxun 趙爾巽 (1844-1927) et Zhao Erfeng 趙爾豐 (1845-1911) qui se succèdent à la tête de la province entre 1907 et 1911[188]. La continuité de l'institution semble principalement le fait du consulat

[185] MAE, 148CPCOM, n°299, Note sur la mission confiée au Dr. Legendre à Tchentou, décembre 1906.

[186] MAE, 148CPCOM, n°300, Lettre de Huet au ministère des Affaires étrangères, 30 décembre 1907.

[187] MAE, 148CPCOM, n°301, Télégramme de Wilden, 14 novembre 1908.

[188] ADSHEAD, Samuel A. M. « The Opium Trade in Szechwan 1881 to 1911 », *Journal of Southeast Asian History*. 1966, vol.7 nº 2. p. 93-99. Le Sichuan est alors le premier producteur et consommateur d'opium en Chine.

français qui se voit néanmoins contraint d'accepter de nouvelles conditions : seul le médecin Mouillac conserve son poste d'enseignant dans l'école, François-Aimé Legendre et son frère, Jean Legendre, sont écartés, sans doute en raison de la tendance du premier professeur de l'école à y remettre en cause l'autorité des administrateurs chinois. Ils sont remplacés par un médecin chinois, formé au Japon. La présence de Mouillac dans l'école est elle-même remise en cause en 1910, lorsque son contrat n'est renouvelé que pour une année, en vue d'une réorganisation de l'école et sans doute de son remplacement au profit d'un médecin chinois formé aux États-Unis[189]. La marginalisation des médecins français dans l'école s'accompagne d'un certain désintérêt de ces derniers pour l'institution, qui tient une place de plus en plus périphérique dans les rapports adressés au consulat. Surtout, les élèves qui sortent diplômés de l'école sont bien loin d'être les « missi-dominici de l'influence française » que le consulat espérait former aux débuts de l'école[190]. À Chongqing, le docteur Viéron ironise sur les effets contre-productifs de l'école pour les intérêts français :

> Je ne mets aucune malice à ce sujet à signaler les résultats souvent déconcertants des efforts que nous faisons dans cette contrée, et qui figurent sous le vocable « influence ». Un des tout premiers et des meilleurs produits de l'école de médecine de Tchengtou, Mr Tsai […] a consacré une partie de ses économies à l'installation d'une luxueuse pharmacie à l'européenne. M. Tsai qui, par définition et instruction, ne devait connaître que notre pharmacie française et notre Codex, vend de tout dans sa belle boutique, mais je défie, expériences faites, qu'on y trouve une étiquette de nos maisons[191].

En fait, seul un médecin diplômé de l'école de Chengdu, Wang Liang, reste proche de la mission médicale française, qui l'emploie de 1915 à 1934.

Malgré la révolution de 1911 et le contexte politique troublé qui s'ensuit, l'école de médecine continue de fonctionner, même si son activité est très réduite. En effet, en 1923, seules sept promotions sont sorties diplômées, ce qui s'explique par le fait que l'école ne forme plus qu'une promotion à la fois[192]. Les cours sont par ailleurs régulièrement perturbés par les

[189] MAE, 148CPCOM, n°301, Lettre de Bons d'Anty au ministère des Affaires étrangères, 7 mars 1910.

[190] MAE, 148CPCOM, n°299, Organisation de l'école de médecine impériale, 28 novembre 1904.

[191] CADN, 513PO/A, n°196, Rapport de Viéron, 13 janvier 1923.

[192] CADN, 513PO/A, n°559, Lettre de Baudez au ministère des Affaires étrangères, 2 février 1923. Les archives françaises ne permettent pas d'établir avec précision l'état de l'école entre 1911 et 1921. Si la présence de médecins français à Chengdu reste continue pendant toute cette période, on ne dispose de presque aucun document sur la situation des postes médicaux de Chengdu et de Chongqing durant cette période.

troubles militaires : en 1921, le docteur Jouvelet considère comme exceptionnel le fait que l'année d'étude se termine sans que les cours n'aient été interrompus par les affrontements qui sont devenus habituels dans la ville et les alentours[193]. En 1925, l'hôpital qui a été créé en annexe de l'école est réquisitionné pour être transformé en caserne[194]. L'année suivante, l'agitation contre les étrangers force l'école à fermer et les médecins français à quitter la ville, comme beaucoup de ses résidents étrangers[195]. Lorsque le docteur Béchamp, affecté au poste médical de Chengdu, arrive dans la ville en 1929, il dresse un portrait sévère de l'établissement :

> Il y a une école qui fut jadis celle où professèrent mes prédécesseurs. Quelques semaines d'essai m'ont montré l'inutilité de toute tentative de collaboration. En premier lieu, absence complète de matériel d'enseignement, en second lieu, hostilité des professeurs et nullité des élèves. Il s'agit uniquement de vendre des diplômes et je comprends que l'école officielle supporte malaisément la concurrence. Quant aux médecins ainsi formés, on peut deviner ce qu'ils sont[196].

En l'absence d'information sur le nombre total d'élèves qui sont formés dans l'école de médecine militaire ou sur l'enseignement qui y est dispensé après 1911, il est difficile d'estimer précisément son incidence sur le développement de la médecine occidentale dans la province. En tout état de cause, elle aura formé un nombre limité de médecins en proposant un cursus relativement court (4 ans). Par comparaison, le cursus proposé par la WCUU dure au total sept ans (deux ans d'entrainement prémédical, quatre ans d'études en médecine et un an d'internat) et l'institution dispose de moyens beaucoup plus importants[197]. Néanmoins, l'école de médecine militaire constitue l'une des premières écoles de médecine occidentale dans la province, sans doute la première. Enfin, cette entreprise, qui a des équivalents en Chine du Sud repose sur l'engagement de la mission médicale française, mais témoigne surtout de l'intérêt du gouvernement provincial pour la médecine occidentale. C'est avant tout la volonté de moderniser l'armée qui justifie cet intérêt. Comme pour l'école de médecine de Beiyang, qui

[193] CADN, 513PO/A, n°559, Rapport de Jouvelet, 6 janvier 1922.

[194] CADN, 513PO/A, n°559, Rapport de Jouvelet, 7 janvier 1925. L'hôpital est mentionné dans les archives à partir de 1921, mais il n'a pas été possible d'établir précisément l'année de sa fondation.

[195] BENSACQ-TIXIER, Nicole. *La France en Chine de Sun Yat-sen à Mao Zedong : 1918-1953*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014. p. 128.

[196] CADN, 513PO/A, n°194, Rapport de Béchamp, 13 mai 1931.

[197] WCUU, 279-4411, Report of the College of Medicine and Dentistry, 8 mai 1935.

propose aussi un cursus de quatre ans, il s'agit avant tout de former les médecins militaires dont la nouvelle armée chinoise a besoin.

3) L'école officielle de médecine de Chongqing

Une école officielle de médecine (*Chongqing guanli yixue xiao* 重慶官立醫學校) est fondée dans la ville de Chongqing en 1906. On sait peu de choses sur le fonctionnement de cette école avant 1912 : l'institution nous est connue par une série de documents datant de 1913, date à laquelle le manque de fonds la force à fermer. L'école est financée sous les Qing par un contrat passé avec les autorités de la ville, puis, après 1911, par une dotation de 5000 taëls prélevée sur le trésor du circuit du Sichuan et placée chez les marchands de la ville ; les intérêts versés chaque année doivent couvrir les frais de l'école[198]. Malgré cet apport, en 1913, sa situation financière est particulièrement mauvaise : les revenus couvrent à peine plus de la moitié des dépenses. Les autorités provinciales décident alors de fermer l'école en prévoyant d'« envoyer les élèves étudier dans les écoles de médecines de la province et de la ville »[199]. Les fonds et le matériel de l'école sont transférés à l'école normale du Chuandong (*Chuandong shifan xuexiao* 川東師範學校) fondée par les autorités provinciales en 1906, afin d'y réorganiser une école de médecine.

Après la révolution, l'école accueille seulement une promotion de 46 étudiants recrutés en 1912[200]. La documentation disponible ne donne pas d'indication sur la durée du cursus, mais on dispose du programme des cours des deux premières années[201]. En première année sont enseignées la physiologie, la pharmacologie, la physique, la chimie, la botanique et la zoologie, ainsi que l'arithmétique. En deuxième année, le programme comprend des enseignements en anatomie, chirurgie, physiologie, physique et chimie. Ces enseignements sont assurés par cinq enseignants, quatre Chinois – tous originaires du Sichuan – et un Japonais. Les deux professeurs

[198] APS, 191-01-1138, Lettre de Liu Decui à l'inspecteur (*guancha shi* 觀察使) du Chuandong, 10 novembre 1913.

[199] APS, 191-01-1138, Rapport de Ma Guowen 馬國文, 8 décembre 1913.

[200] APS, 191-01-1138, Sichuansheng Chongqing guanli yixue xiao jianming biao 四川省重慶管理學校簡明表 (Tableau récapitulatif de l'école officielle de médecine de Chongqing), 1913,

[201] APS, 191-01-1138, Rapport de Ma Guowen 馬國文, 8 décembre 1913.

chinois chargés, avec le professeur japonais, de l'enseignement des matières médicales sont tous deux diplômés de l'école de médecine militaire de Chengdu. Les deux autres professeurs chinois sont diplômés d'écoles japonaises. Trois des professeurs chinois donnent aussi des cours à l'école normale du Chuandong ; le dernier est employé à l'hôpital militaire. Le directeur de l'école, Liu Decui 劉德萃 est diplômé d'une école normale japonaise et le directeur des enseignements (*jiaowu zhang* 教務長) a été formé à l'école de médecine militaire de Chengdu. Il est par ailleurs directeur de l'hôpital militaire. Tous les professeurs ainsi que les membres de l'administration ont été recrutés entre 1911 et 1913.

Bien qu'elle ne soit pas évoquée dans le programme d'étude, la médecine chinoise n'est pas absente de cet établissement. L'inventaire établi en vue du transfert du matériel de l'école vers l'école normale du Chuandong comporte notamment 20 « tables d'anatomie physiologique » (*shengli jiepoutu* 生理解剖圖), mais surtout une bibliothèque comptant 24 références pour un total de 75 livres. Parmi elles, on compte plusieurs références relevant de la médecine chinoise. Ces dernières représentent à elles seules plus de la moitié des ouvrages détenus par l'école. L'inventaire recense ainsi six exemplaires du *Canon interne de l'empereur jaune* (*Huangdi nei jing* 黃帝內經), un texte fondateur de la médecine des correspondances systématiques, 20 exemplaires des *Quarante-huit livres médicaux de Chen Xiuyuan* (*Chen Xiuyuan yishu sishibazhong* 陳修園醫書四十八種), un recueil des écrits de Chen Xiuyuan (陳修園, 1753-1823) paru en 1905, deux exemplaires de *Méthodes pour guérir des maladies sans médicaments* (*wuyao liaobingfa* 無藥療病法) publié en 1900 par Shao Boqiang 邵博強, qui a vécu à la fin de la dynastie Qing, ainsi que 12 exemplaires de *Essence de l'intégration de la médecine chinoise et occidentale* (z*hongxi huitong yijing jingyi* 中西彙通醫經精義), publié en 1892 par Tang Zonghai 唐宗海 (1846-1897). Ce dernier, originaire du district de Peng 彭, au nord de Chengdu, est le principal représentant du courant de « l'unification de la médecine chinoise et occidentale » (*zhonxiyi jiehe xuepai* 中西醫結合學派) dans la province[202].

Le fait qu'une école de médecine occidentale juge utile de se doter du *Huangdi Neijing* ou d'ouvrages de médecine chinoise plus tardifs semble indiquer que ces savoirs sont loin d'être

[202] YANG, Dianxing 杨殿兴 et Xingjun 田兴军 TIAN. *Chuanpai zhongyiyao yuanliu yu fazhan* 川派中医药源流与发展 (Origine et développement de la médecine traditionnelle chinoise au Sichuan). Beijing : Zhongguo zhongyiyao chubanshe, 2016. p. 133-134.

jugés contradictoires avec la médecine moderne. Le nombre d'exemplaires de ces livres dans l'école montre au contraire que ce sont des ouvrages et des connaissances auxquels les élèves de l'école doivent avoir facilement accès[203]. Si nous ne disposons pas pour l'école de médecine militaire de Chengdu de tels inventaires, il faut souligner qu'en 1908 le gouverneur du Sichuan exprime sa volonté de recruter un praticien de la médecine chinoise comme enseignant[204]. Il justifie cette décision par la nécessité pour les futurs médecins de maîtriser la pharmacopée locale, afin de pallier le manque de médicaments européens au Sichuan. Dans ces deux établissements publics d'enseignement de la médecine, on retrouve donc de manière discrète l'idée d'une combinaison possible des savoirs médicaux occidentaux et chinois. C'est aussi le cas à l'école de médecine militaire de Beiyang qui inclut également un enseignement en médecine chinoise[205].

Sur les 20 références restantes, qui portent plus spécifiquement sur la médecine occidentale, 13 sont des publications ou traductions de Ding Fubao 丁福保 (1874-1952), représentant au total 25 livres, soit un tiers des volumes détenus par la bibliothèque. Ding a été reçu en 1896 au premier degré des examens impériaux et entreprend une carrière dans les mathématiques. Il devient à partir de 1900 un auteur et traducteur particulièrement prolixe dans le domaine des mathématiques et de la médecine, surtout entre 1909 et 1921, période pendant laquelle il produit 83 ouvrages, la plupart traduits du japonais[206]. Dans la bibliothèque de l'école de Chongqing, on retrouve ainsi des manuels écrits par Ding, comme ses *Questions et réponses sur l'hygiène* (*weisheng xue wenda* 衛生學問答) publié en 1900 et réédité en 1905, mais aussi des traductions d'auteurs japonais, notamment *Prévention de la tuberculose* (*Feilao bing yufang fa* 肺癆病預防法) de Takenaka Seiken 竹中成宪, paru en 1911, et *Traité d'obstétrique de Monsieur Zhu* (*Zhu shi chanpo xue* 竹氏産婆學), paru en 1909[207]. Si Ding Fubao n'a jamais

[203] On peut néanmoins supposer que ces ouvrages sont parmi les plus facilement accessibles, ce qui explique qu'il soit possible pour l'école d'en détenir de nombreux exemplaires.

[204] MAE, 148CPCOM, n°300, Lettre de Bons d'Anty, 14 mars 1908.

[205] HONGJUN, Zhao. « Chinese versus Western Medicine: A History of their Relations in the Twentieth Century ». *Op. cit.*

[206] ANDREWS, Bridie. « Ding Fubao and the Morals of Medical Modernization », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 25 juin 2015, vol.42 nº 1. p. 7-37.

[207] WU, Miao 吴苗. « Zhongguo jindai shoudu hanyi riwen chankexue zhuzuo "zhu shi chanpo xue" tanxi » 中国近代首部汉译日文产科学著作《竹式产婆学》探析 (Analyse de la première traduction

été diplômé en médecine, son œuvre est un élément essentiel à la circulation des connaissances médicales occidentales – en particulier depuis le Japon – jusqu'au Sichuan.

L'école militaire de Chengdu et l'école officielle de médecine de Chongqing restent de taille modeste. S'il est difficile de suivre de près leur évolution après 1911 en raison du manque de sources, les informations disponibles laissent penser que la désorganisation de l'économie et du gouvernement provincial pèse lourdement sur leur activité. Elles montrent néanmoins que, dès la période des Nouvelles Politiques (1901-1911), quelques années seulement après que les médecins étrangers ont ouvert leurs premiers hôpitaux au Sichuan, les autorités locales participent déjà au développement de la médecine occidentale dans cette province. La circulation des savoirs médicaux occidentaux n'est donc pas seulement promue par les missions protestantes, même si la WCUU, qui ouvre ses portes quelques années après les écoles de Chengdu et Chongqing, les dépasse rapidement par son envergure et ses moyens financiers. Les institutions affiliées aux missionnaires, protestants ou catholiques, et celles sous contrôle chinois affichent deux attitudes très différentes vis-à-vis de la médecine occidentale. Les premières sont fondamentalement prosélytes et appuyées sur la conviction d'une supériorité médicale de l'Europe ou des États-Unis face à une déficience chinoise, conçue en termes scientifiques, politiques ou moraux. De l'autre côté, les écoles de Chengdu et Chongqing montrent que l'adhésion à la médecine occidentale répond à une forme de pragmatisme. Les autorités provinciales mettent à profit toutes les ressources disponibles, jouant parfois sur les rivalités entre nations concurrentes, afin de construire ces écoles tout en en limitant le coût. Enfin, si ces établissements ont principalement vocation à enseigner la médecine occidentale, la médecine chinoise n'en est pas exclue *a priori*, comme le montrent notamment les fonds de la bibliothèque de l'école de Chongqing.

Conclusion

Si l'implication étatique dans l'assistance médicale était en déclin en Chine depuis le XIVe siècle, la première décennie du XXe siècle consacre un retour de l'État dans la sphère médicale, qui s'observe notamment à l'échelle du Sichuan. Les écoles de Chengdu et de

chinoise de l'ouvrage d'obstétrique japonais "zhu shi chanpoxue"), *Zhonghua yishi zazhi*. 2019, vol.49 n° 3. p. 139-145.

Chongqing, ou encore les établissements ouverts par la police de Chengdu témoignent de cette tendance, qui résulte de causes multiples. Le soutien accordé à certaines initiatives, comme l'école de Chengdu, semble lié au mouvement d'autorenforcement, à l'adoption des techniques occidentales dans un cadre qui reste strictement contrôlé par le gouvernement provincial, au grand regret des Français qui souhaiteraient en faire une œuvre d'influence « civilisatrice ». Dans cette perspective, la médecine chinoise peut tout à fait se combiner avec les connaissances venues de l'étranger, comme le notent Zhao Hongju ou Sean Hsiang-lin Lei[208]. Les partisans des réformes reconnaissent les mérites de la médecine occidentale, mais ces derniers ne disqualifient pas pour autant la médecine chinoise.

Ceux qui promeuvent une forme de modernisation du pays, comme Fu Chongju, sont également attentifs à la mise en ordre de l'espace urbain que permet la création de nouveaux services de police municipaux à Chengdu comme dans les autres villes du pays[209]. Cette police municipale s'attache notamment à réguler l'activité médicale : en 1907, le bureau de police de Chengdu organise un examen afin de délivrer aux médecins qui le réussissent une licence ; ceux qui échouent doivent, en théorie, cesser d'exercer. L'évaluation porte principalement sur les classiques de la médecine chinoise. Dans les faits, on peut douter que cette interdiction soit appliquée et les sanctions prononcées contre les praticiens exerçant illégalement sont assez faibles[210]. Fu Chongju semble néanmoins favorable à cette initiative et publie dans son *Aperçu de Chengdu* la liste des médecins ayant été reçu à cet examen. Compte tenu des considérations qu'il exprime par ailleurs à propos des praticiens de Chengdu, il apparaît que la régulation de la médecine n'est pas seulement un problème de santé, elle touche aussi à la préservation de l'ordre public, à la lutte contre l'escroquerie et contre les superstitions.

Cette initiative esquisse également une définition légale du statut de « médecin » à un moment où cette catégorie recouvre des situations et des modes de désignation très différents. Dans le même temps, la transformation de l'assistance médicale, le développement de nouvelles

---

[208] HONGJUN, Zhao. « Chinese versus Western Medicine: A History of their Relations in the Twentieth Century ». *Op. cit.* ; LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 4.

[209] STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu*. *Op. cit.* p. 3 ; STRAND, David. *Rickshaw Beijing: City People and Politics in the 1920s*. Berkeley : University of California Press, 1989. p. 66-67 ; RANKIN, Mary Backus. *Elite Activism and Political Transformation in China: Zhejiang Province, 1865-1911*. Stanford : Stanford University Press, 1986. p. 206-207.

[210] STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu*. *Op. cit.* p. 137 ; FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 195.

institutions de soins et en particulier le développement des hôpitaux (*yiguan* 醫館 ou *yiyuan* 醫院) font de la médecine un espace social à part entière. Les services médicaux tendent progressivement à se distinguer des œuvres de charité, même si un lien persiste aussi bien dans les établissements chinois que dans les hôpitaux missionnaires. Enfin, les écoles de médecine occidentale qui reçoivent le soutien des autorités participent également à cette institutionnalisation de la médecine. Les troubles qui accompagnent la révolution de 1911 et le renversement du régime impérial désorganisent pendant un temps le pouvoir politique et avec lui certaines des institutions qui ont présidé à l'évolution du paysage médical à la fin des Qing. Néanmoins, c'est bien pendant la période républicaine et surtout sous le gouvernement du Guomindang que s'accélère la réorganisation sociale de la médecine et la transformation de la figure du médecin.

Chapitre 2 : Protéger la santé, superviser la médecine, enregistrer les médecins

En octobre 1928, à l'occasion de la création du nouveau ministère de la Santé (*weishengbu* 衛生部), le premier dans l'histoire de la Chine, le gouvernement nationaliste qui vient d'être établi à Nankin déclare :

> Attendu que la qualité de l'administration sanitaire d'un pays ne concerne pas seulement directement la qualité de son peuple, mais aussi la qualité de sa race ;
> Attendu que jusqu'à présent la santé publique a été négligée dans ce pays ;
> Attendu qu'en ces temps il est particulièrement important de développer des corps sains, d'éduquer des esprits sensés et de contrôler et prévenir les maladies épidémiques ;
> Par conséquent, par cet ordre, un ministère de la Santé sera établi, afin de dédier une pleine attention aux questions de santé[211].

Ces mots manifestent l'importance que le nouveau régime entend donner à la gestion des affaires médicales et sanitaires en les confiant à une administration spécialisée. Ils s'inscrivent dans un mouvement intellectuel et politique de fond. Depuis la fin du XIXe siècle, l'idée que l'État central et les gouvernements locaux ont un rôle à jouer dans la protection de la santé a gagné en force. D'une part la diffusion du darwinisme social en Chine contribue à faire de la santé de la population un problème politique de première importance, d'autre part la Chine cherche à se doter d'un État moderne à l'image des pays européens, des États-Unis ou du Japon.

Des intellectuels tels que Yan Fu 嚴復 (1853-1921) ou Liang Qichao 梁啓超 (1873-1929) diffusent les théories de Darwin en Chine, dont ils retiennent surtout l'idée d'une « lutte des races »[212]. Sun Zhongshan (Sun Yat-sen, 1866-1925) donne à ce concept un poids politique considérable en faisant du « nationalisme racial » l'un des « Trois principes du peuple » (*sanmin zhuyi* 三民主義)[213]. Au même moment, le Mouvement pour la nouvelle culture (*xin wenhua yundong* 新文化運動) des années 1910-1920 participe à la popularisation de ce discours nationaliste centré sur une conception biologique du peuple. Les tenants de cette pensée insistent généralement sur le risque d'extinction qui pèse selon eux sur la race chinoise et face

[211] TYAU MIN-CHʿIEN T. Z. *Two Years of Nationalist China*. Shanghai : Kelly and Walsh, 1930. p. 263.

[212] DIKÖTTER, Frank. *The Discourse of Race in Modern China*. Oxford : Oxford University Press, 2015. p. 89-108.

[213] Nous reprenons ici la traduction que donne Frank Dikötter de l'expression *minzi zhuyi* 民族主義.

auquel il devient urgent d'améliorer la santé de la population. Le darwinisme social établit un lien fort entre la préservation de la nation et l'hygiène, entre l'avenir de la nation et la santé des individus qui la composent, traçant la voie d'un eugénisme chinois[214]. Dès cette période, des médecins chinois diplômés à l'étranger prônent de nouvelles mesures de santé, mais aussi l'éducation sportive ou encore la réforme de la médecine chinoise au nom des principes eugénistes[215].

Dans le même temps, la volonté de la Chine de s'élever au rang des États modernes contribue à inscrire la santé publique parmi les prérogatives du gouvernement chinois. Au XIXe siècle, l'empiètement des puissances européennes sur la souveraineté chinoise se double d'un discours qui justifie la supériorité de l'Occident par sa capacité à contrôler la propagation des maladies infectieuses. Or, si ce contrôle résulte en partie des avancées réalisées à la fin du XIXe siècle dans les laboratoires, il est aussi le produit d'une organisation sociale et politique qui donne aux autorités les moyens d'agir sur la population ou l'environnement urbain pour prévenir la contagion[216]. Dès 1905, le ministère de la Police (*xunjingbu* 巡警部) comprend un Bureau de santé (*weishengsi* 衛生司), sur un modèle emprunté au Japon et à l'Allemagne[217]. Dans les provinces du Nord, dans celles de l'extrême Sud, ou encore au Sichuan, les services de police prennent en charge la propreté et l'hygiène des villes. La création du Service de prévention de la peste de Mandchourie du Nord en 1912, suite à l'épidémie qui a frappé la région les deux années précédentes, marque une nouvelle étape dans l'histoire de la santé publique en Chine. Malgré les ravages qu'elle cause, limités principalement par des mesures coercitives et par l'isolement des malades, l'épidémie est l'occasion pour le pays de revendiquer sa souveraineté sanitaire à travers sa participation au « système global de surveillance des épidémies »[218].

---

[214] DIKÖTTER, Frank. « Eugenics in Republican China », *Republican China*. janvier 1990, vol.15 n° 1. p. 1-17 ; CHUNG, Yuehtsen Juliette. « Better Science and Better Race?: Social Darwinism and Chinese Eugenics », *Isis*. 2014, vol.105 n° 4. p. 793-802.

[215] CHUNG, Yuehtsen Juliette. *Struggle for National Survival: Eugenics in Sino-Japanese Contexts, 1896-1945*. New York : Routledge, 2002. p. 72-74 ; BU, Liping. *Public Health and the Modernization of China, 1865-2015*. *Op. cit.*

[216] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 76.

[217] BENEDICT, Carol. « Policing the Sick: Plague and the Origins of State Medicine in Late Imperial China », *Late Imperial China*. 1993, vol.14 n° 2. p. 60-77.

[218] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 43.

Dans les années qui suivent, plusieurs figures médicales ou scientifiques chinoises militent pour la promotion de la santé publique et de la médecine occidentale, appelant au concours des autorités politiques. Beaucoup ont été formées à l'étranger ou par des institutions fondées en Chine par des organisations étrangères, comme la PUMC, et bénéficient de l'appui de puissantes institutions transnationales, dont la fondation Rockefeller. En 1925, un groupe de personnalités médicales chinoises, parmi lesquelles Liu Ruiheng 劉瑞恒 (1890-1961), prend contact avec l'Organisation d'hygiène de la SDN afin de poser les bases d'un service de santé publique en Chine[219]. Lui Ruiheng, diplômé de Harvard, président de la *National Medical Association of China* (*zhonghua yixuehui* 中華醫學會) et directeur de l'hôpital du PUMC, prend la direction du ministère de la Santé en 1928. Dès son entrée en fonction, il engage la collaboration avec l'Organisation d'hygiène de la SDN. La création du ministère en elle-même témoigne du volontarisme du nouveau gouvernement à l'égard des questions de santé. En France, un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, séparé de celui de l'Intérieur, n'existe que depuis 1920. Au Japon, le ministère de la Santé (en japonais *Kōsei-shō* 厚生省) est créé dans les années 1930, tout comme la Federal Security Agency américaine.

Dans les années 1930, en coopération avec la SDN et la fondation Rockefeller, le ministère entreprend de poser les bases d'un système de santé publique national. Il se limite dans un premier temps à un réseau d'institutions médicales et sanitaires concentré dans quelques provinces, en particulier celle du Jiangsu où se trouve la capitale. Ce choix s'explique en partie par le manque de moyens financiers : en raison de difficultés budgétaires, le ministère est relégué au rang de Bureau de santé (*weishengshu* 衛生署) rattaché au ministère de l'Intérieur (*neizhengbu* 内政部)[220]. En outre, le gouvernement de Nankin est loin de contrôler l'ensemble du territoire chinois, certaines provinces lui échappant totalement. C'est le cas du Sichuan jusqu'à la fin des années 1930. Enfin, l'organisation de nouveaux établissements de santé à travers le pays se heurte à la pénurie de main-d'œuvre. Si le gouvernement chinois envisage

[219] GOTO-SHIBATA, Harumi. « The League of Nations as an Actor in East Asia: Empires and Technical Cooperation with China », *International Relations of the Asia-Pacific*. 2017, vol.17 nº 3. p. 435-461 ; *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. Genève : Organisation d'hygiène de la SDN, 1930. p. 1-2.

[220] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 51.

assez tôt de ramifier l'administration sanitaire dans les provinces, les villes et les districts, ces obstacles empêchent la réalisation un tel projet.

L'attention des autorités sanitaires se porte aussi sur les médecins eux-mêmes, en particulier les praticiens de la médecine occidentale. Alors que cette dernière est au fondement de la politique de santé publique, le nombre de ses praticiens reste très insuffisant. En 1929, le ministère de la Santé estime leur nombre à 4000, dont seulement un quart ont étudié dans une école « de première catégorie », soulignant ainsi l'hétérogénéité de leurs qualifications[221]. Il est donc nécessaire de former plus de médecins, tout en rehaussant et en uniformisant le niveau de l'enseignement, afin de répondre à la demande colossale du pays en matière de main-d'œuvre médicale. Ce nouveau rôle attribué au médecin reconfigure profondément les rapports entre médecine occidentale et médecine chinoise[222]. Les praticiens de la médecine occidentale étant les seuls à maîtriser les catégories nosologiques pertinentes pour le dépistage des maladies infectieuses, ils deviennent les seuls praticiens légitimes aux yeux de l'État. À l'inverse, la médecine chinoise apparaît inutile, voire dangereuse selon ses détracteurs, en particulier Yu Yan 余巖 (également connu sous le nom de Yu Yunxiu 余雲岫, 1879-1954), praticien de la médecine occidentale formé au Japon et rédacteur de nombreux textes critiquant la médecine chinoise. En 1929, alors qu'un système de licence est établi par le ministère de la Santé pour encadrer l'exercice de la médecine occidentale, Yu Yan rédige un « Projet pour abolir la vieille médecine et balayer les obstacles à la médecine et la santé publique »[223]. Il y dénonce le danger que constituent les praticiens de la médecine chinoise qui sont incapables de diagnostiquer les maladies infectieuses et agissent contre les efforts du gouvernement pour éduquer la population à l'hygiène. Après avoir été approuvé par l'une des commissions consultatives du ministère, le projet est finalement abandonné face à la mobilisation des praticiens de la médecine chinoise.

Ainsi, l'idée selon laquelle le gouvernement a un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration de la santé de la population et la promotion de la santé publique justifie un contrôle accru sur les médecins. Nous montrerons dans ce chapitre comment la législation sur l'enregistrement des praticiens de la médecine occidentale et surtout de la médecine chinoise fait écho aux

---

[221] *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. *Op. cit.* p. 25.

[222] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 5.

[223] *Feizhi jiuyi yi saochu yishi weisheng zhi zhangai an* 止舊醫以掃除醫事衛生之障礙案. *Ibid.* p. 103.

préoccupations du gouvernement pour l'amélioration de la santé de la population. La régulation de l'activité médicale s'intègre en effet dans la mission de « supervision de la médecine » confiée à une nouvelle administration spécialisée dans les questions sanitaires. Mais l'application inégale et imparfaite de la législation sur les médecins constitue également un cas d'étude attestant des limites du contrôle de l'État chinois sur la sphère médicale.

A - Un statut légal pour les médecins

L'idée d'un système de licence conditionnant la pratique de la médecine n'est pas une invention de la période républicaine. Déjà sous les Qing, certaines villes prennent des mesures similaires. Néanmoins, les médecins qui pratiquent sans licence semblent rarement sanctionnés et, lorsqu'ils le sont, les peines sont plutôt légères[224]. Les critères selon lesquels sont évalués les médecins sont définis par les autorités locales et donc sont susceptibles de varier profondément d'une ville à l'autre, avec une insistance plus ou moins forte sur les connaissances médicales occidentales. Dans le cas de Chengdu, la police évalue les connaissances des médecins de la ville sur les classiques médicaux. À l'inverse, l'examen organisé en 1909 à Nankin par le gouverneur réformiste Duanfang 端方 (1961-1911) comporte des questions sur l'utilisation des rayons X, le traitement de la « peste du rat » ou encore les « médicaments anesthésiques des temps anciens »[225]. Les candidats sont également appelés à comparer les connaissances et les techniques occidentales en matière de prise du pouls, de pharmacie et d'usage des aiguilles.

À partir des années 1920, l'effort de règlementation de la pratique médicale prend une dimension nationale tout en distinguant clairement les médecins ayant suivi une formation scientifique à l'occidentale des autres, bientôt identifiés comme des « médecins à la chinoise » (*zhongyi* 中醫 ou *zhongyishi* 中醫師)[226]. La production règlementaire du gouvernement

[224] STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu*. *Op. cit.* p. 195.

[225] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 126.

[226] Ce texte ainsi que les autres règlements et lois sur les médecins produits pendant la période républicaine sont intégralement reproduits dans WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu* 民国医师法律研究 (Étude sur le droit des médecins sous la République), Thèse de doctorat en théorie du droit. Nanjing : Université de Nanjing, 2015. 229 p. La comparaison avec certains textes originaux que j'ai pu consulter dans les archives chinoises témoigne de la fidélité de la reproduction.

Beiyang (1913-1928) et surtout du gouvernement de Nankin (1927-1937) fait du médecin un agent de la prévention des épidémies et de la vigilance sanitaire. Dans cette perspective, l'État chinois tend à considérer les praticiens de la médecine occidentale (*xiyishi* 西醫師) comme les médecins « par excellence ». La succession des textes témoigne de la construction en miroir de deux groupes de praticiens, l'un pratiquant la médecine chinoise et l'autre l'occidentale, mais aussi de l'émergence d'une catégorie, le médecin (*yishi* 醫師), dont l'activité est désormais encadrée et soumise à certaines règles de bonne pratique.

1) Les règlements de 1922

Les premiers textes régissant le statut des médecins en Chine et ayant une portée nationale sont promulgués en mars 1922 par le gouvernement Beiyang (Annexes III. 1 et 2). Ce gouvernement siégeant à Pékin continue d'incarner, depuis la mort de Yuan Shikai en 1916, la légitimité républicaine et constitue le pouvoir central en Chine. En pratique, il contrôle seulement la partie nord du pays et la dimension nationale de ses lois est donc toute théorique. Deux règlements, qui ont une structure et un contenu assez semblables, établissent deux catégories de praticiens et définissent les conditions dans lesquels ils peuvent exercer. Le premier concerne les médecins à proprement parler, *yishi* 醫師, c'est-à-dire les diplômés d'une faculté de médecine (*yike daxue* 醫科大學), d'une école spéciale de médecine (*yixue zhuanmen xuexiao* 醫學專門學校) ou d'une « école de médecine fondée par des étrangers ». Il s'agit d'établissements d'enseignement de la médecine occidentale, même si le texte n'emploie pas ce mot. Les médecins étrangers sont également licenciés sous ce statut.

Un second règlement crée le statut de *yishi* 醫士, que nous traduisons par « praticien médical » et qui constitue un ensemble apparemment plus hétéroclite, puisque ce type de licence peut être obtenu aussi bien par des individus pratiquant la médecine occidentale, par exemple d'anciens personnels des hôpitaux publics, que des praticiens de la médecine chinoise, notamment s'ils sont diplômés d'une école de médecine chinoise. Peuvent également être licenciés comme praticiens médicaux ceux qui ont passé avec succès les examens conduits par les services de police locaux, dont on a vu qu'ils peuvent porter sur des connaissances médicales chinoises ou occidentales, selon les localités. Enfin, une dernière condition pour obtenir cette licence est d'avoir exercé plus de cinq années « l'art médical » (*yishu* 醫術), terme qui ne fait

pas de distinction entre médecine occidentale et médecine chinoise. L'article 24 du règlement sur les praticiens médicaux confirme que ce groupe n'est pas constitué sur une affiliation exclusive à la médecine occidentale ou à la médecine chinoise. Il prévoit qu'une partie des dispositions du règlement sur les médecins (*yishi* 醫師) s'applique aux praticiens médicaux (*yishi* 醫士) qui « adoptent les méthodes occidentales » (*caiyong xifa* 采用西法). L'existence de deux statuts différents suppose une forme de hiérarchie, perceptible dans leur dénomination. Pour les médecins, on emploie le suffixe *shi* 師 qui implique la maîtrise d'un savoir spécialisé, tandis que le caractère *shi* 士, utilisé pour les praticiens médicaux, désigne plus généralement le fait d'être instruit et évoque le nom d'autres métiers de santé moins qualifiés, comme « infirmier » (*hushi* 護士) ou « sage-femme » (*zhuchanshi* 助產士). De plus, le fait que les médecins puissent recommander un candidat au titre praticien médical et non l'inverse atteste d'une forme de supériorité des premiers sur les seconds.

La légitimation des praticiens de la médecine chinoise et même des écoles de médecine chinoise, qui étaient la cible d'attaques du ministère de l'Éducation quelques années plus tôt, atteste d'un certain pragmatisme[227]. Ce choix reflète en grande partie de l'attitude de Tang Erhe 汤尔和 (1878-1940), praticien de la médecine occidentale formé au Japon et président de l'une des deux grandes associations de médecins de Chine. Ce dernier obtient en 1917 du ministère de l'Éducation d'être envoyé en Corée, qui est alors sous domination japonaise, en tant que délégué officiel de la Chine afin d'y étudier la situation de la « vieille médecine » (*jiuyi* 旧医), la version coréenne de la médecine chinoise (en japonais *kanpō* 漢方)[228]. À son retour, Tang est consulté par le ministère de l'Éducation, alors que le ministère de l'Intérieur veut établir un système de régulation de la pratique médicale. Pourtant fermement opposé à la médecine chinoise, Tang reconnaît que son interdiction en Chine est irréalisable et propose plutôt d'adopter une politique similaire à celle des Japonais en Corée, où les praticiens de la médecine chinoise sont reconnus avec un statut clairement inférieur.

[227] XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science' : Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 ». *Op. cit.*

[228] MENG, Zhang. « Taking a Moderate Path: Tang Erhe, Colonial Korea, and the Formation of a Dual Medical System in 1910s China », *Global China Pulse*. septembre 2023, vol.2 nº 1. p. 37-44.

L'obtention d'une licence d'exercice s'accompagne pour chaque catégorie d'un contrôle sur la pratique de la médecine, qui se manifeste notamment par une série d'obligations et d'interdits détaillés dans les règlements. Ces règles dessinent trois préoccupations des autorités : établir des bases déontologiques, protéger le patient-consommateur et faire des médecins des agents de la surveillance sanitaire. Médecins et praticiens médicaux doivent ainsi suivre certaines règles de conduite dans leur activité. Ils ne peuvent pas administrer un traitement ou prescrire des médicaments sans avoir examiné personnellement le malade et sont obligés de délivrer un certificat au patient examiné. Il leur est par ailleurs défendu de pratiquer un avortement, par l'administration de drogues ou par d'autres moyens. Les praticiens de la médecine occidentale doivent limiter l'usage des certaines drogues toxiques (*duju yaopin* 毒劇藥品) comme l'opium et la morphine aux seuls cas qui nécessitent ce type de traitement.

Les règlements manifestent la volonté de protéger les patients contre des erreurs potentiellement dangereuses, mais aussi le consommateur contre des pratiques commerciales abusives, par exemple le recours à une publicité mensongère et exagérée (*xuwei kuazhang zhi guanggao* 虛僞誇張之廣告). Les praticiens de la médecine chinoise doivent impérativement indiquer au bureau de police s'ils pratiquent ou non des honoraires et préciser leur montant, ce qui n'est pas demandé aux médecins ou aux praticiens médicaux qui emploient les techniques occidentales. Ces règles répondent peut-être en partie aux pratiques dénoncées au début du siècle par des auteurs comme Fu Chongju, qui accusait les médecins de prélever des honoraires démesurés[229].

D'autres dispositions renvoient enfin à l'idée que le médecin participe à la surveillance sanitaire et donne aux autorités les moyens de prévenir la propagation des maladies contagieuses. Notons que sur ce point on voit émerger une différence très nette entre praticiens de la médecine chinoise et de la médecine occidentale. L'article 16 du règlement sur les médecins montre que ces derniers ont un rôle clairement établi dans ce domaine en rapportant tous les cas de maladie infectieuse constatés aux autorités et en prenant des mesures de désinfection. Le règlement concernant les praticiens médicaux ne comporte pas ce type de disposition, mais l'article 24 prévoit que les praticiens qui « adoptent les méthodes occidentales » devront obéir à l'article 16 du règlement sur les médecins.

[229] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 195.

Il semble par ailleurs que l'activité des praticiens médicaux est plus étroitement contrôlée. Ils ont l'obligation de conserver un document détaillant pour chaque consultation « la date et l'heure de la consultation, le nom du praticien médical, le nom du patient, l'âge, le nom du médicament, le dosage, la posologie et le dosage, etc. ». Une copie doit être remise au patient examiné et une autre conservée par le médecin. Cette pratique pourrait néanmoins avoir un autre objectif que la surveillance de la pratique médicale. Il pourrait s'agir de préparer, à plus long terme, le rassemblement de ces « expériences cliniques » (*jingyan* 经验) qui deviennent, surtout à partir des années 1930, centrales dans la définition de ce qu'est la médecine chinoise[230]. Cette règle ne s'applique pas aux praticiens de la médecine chinoise, qu'ils aient le statut de praticien médical ou de médecin. Ils doivent à la place « tenir un carnet médical » comportant des informations similaires et le conserver pendant 10 ans. Surtout, tous les mois, les praticiens médicaux ont l'obligation de faire un rapport au bureau de police locale en indiquant le nombre de patients traités, guéris ou décédés, une contrainte à laquelle échappent les médecins. En somme, si les médecins licenciés obtiennent le droit d'exercer à condition de respecter certaines règles essentielles, les praticiens médicaux doivent, en plus, rendre régulièrement des comptes aux autorités, notamment s'ils pratiquent la médecine chinoise. Cette disposition facilite la surveillance des praticiens de la médecine chinoise par la police, mais aussi la remontée d'informations statistiques.

Cette première règlementation est critiquée à la fois par les praticiens de la médecine occidentale et par les praticiens de la médecine chinoise[231]. Les premiers regrettent que les seconds bénéficient d'un statut similaire au leur, au risque d'accorder à la médecine chinoise une légitimité équivalente à la médecine occidentale. À l'inverse, les praticiens de la médecine chinoise craignent que le système de licence, élaboré par des autorités plutôt favorables à la médecine occidentale, ne soit un moyen déguisé pour limiter leur droit à exercer. Ils contestent aussi le prix à payer (10 yuans) afin d'obtenir une licence. Finalement, ces premiers règlements ne sont pas suivis d'effets, mais ils témoignent déjà de deux orientations importantes de la règlementation de la médecine. D'une part, la volonté de distinguer la médecine occidentale de la médecine chinoise, même si les deux règlements ne recouvrent pas complètement cette

[230] LEI, Sean Hsiang-lin. « How Did Chinese Medicine Become Experiential? The Political Epistemology of Jingyan », *positions: east asia cultures critique*. 2002, vol.10 nº 2. p. 333-364.

[231] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 138.

distinction. D'autre part, l'idée de faire de la médecine une activité règlementée, non seulement pour limiter les pratiques commerciales abusives, mais aussi pour protéger la santé des patients, voire de la population, en faisant des médecins des agents de la surveillance sanitaire, du moins s'ils pratiquent la médecine occidentale.

2) Une place pour la médecine chinoise

La situation des praticiens de la médecine chinoise évolue profondément sous le gouvernement du Guomindang. Le Règlement provisoire sur les médecins promulgué en janvier 1929 (*yishi zanxing tiaoli* 醫師暫行條例), de même que le Règlement sur les praticiens de la médecine occidentale (Annexe III. 3) qui lui succède l'année suivante, reprend presque tel quel le contenu du règlement de 1922, avec seulement quelques modifications marginales. Le fait le plus marquant dans les textes de 1929 et 1930 est qu'ils ne concernent que les praticiens de la médecine occidentale. Les praticiens de la médecine chinoise, qui relevaient du règlement de 1922 sur les praticiens médicaux, n'ont désormais plus d'existence légale. Dans les règlements de 1929-1930, l'article qui détaille les qualifications nécessaires pour obtenir une licence exclut *de facto* tout praticien n'ayant pas été formé à la médecine occidentale, soit dans une faculté de médecine, soit dans une école spéciale, un autre type d'établissement proposant une formation plus courte et davantage orientée sur la pratique. Le texte de 1930 concerne d'ailleurs explicitement les « praticiens de la médecine occidentale » (*xiyishi* 西醫師). Aucun autre document ne précise le statut des médecins formés à la médecine chinoise. Cette situation s'explique par le fait que le nouveau ministère de la Santé, qui se compose pour l'essentiel de promoteurs de la médecine occidentale, se montre rapidement hostile à ce que certains de ses membres qualifient parfois de « vieille médecine » (*jiuyi* 舊醫)[232].

En février 1929, un mois après la publication du Règlement provisoire pour les médecins, l'une des deux commissions consultatives du ministère adopte une proposition visant à abolir la médecine chinoise[233]. Selon le texte proposé par Yu Yan, les praticiens de la médecine

[232] CROIZIER, Ralph C. *Traditional Medicine in Modern China*. *Op. cit.* p. 136.

[233] Cet épisode est discuté en détail dans LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 5 ; LEI, Sean Hsiang-lin. *When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949*. Chicago : University of Chicago, 1999 ; XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 7

chinoise doivent s'enregistrer avant la fin de l'année 1930, la pratique étant interdite à tout individu n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement officiel, ce qui revient à interdire l'entrée de nouveaux praticiens dans le métier après 1930. De plus, les praticiens de la médecine chinoise ne seront plus autorisés à organiser des écoles ou à publier des publicités dans la presse. Enfin, les praticiens enregistrés devront suivre des cours organisés par le gouvernement afin de pouvoir continuer à exercer. La proposition d'abolition de la médecine chinoise provoque une telle mobilisation de la part de ses défenseurs, les médecins, mais aussi le monde de la pharmacie chinoise, qu'elle contribue finalement à renforcer les positions de ces derniers, voire, selon certains observateurs, à freiner la diffusion de la médecine occidentale dans le pays[234]. En effet, le Mouvement pour la médecine nationale (*guoyi yundong* 國醫運動) et sa délégation envoyée à Nankin parvient rapidement à faire abandonner le projet[235].

Ce mouvement a par ailleurs des répercussions à plus long terme sur le statut des praticiens de la médecine chinoise. Il les réunit sous cette nouvelle bannière qu'est la « médecine nationale » (*guoyi* 國醫). Selon Sean Hsiang-lin Lei, cette appellation est volontairement ambigüe, puisqu'elle peut être comprise comme une référence au caractère national (c'est-à-dire chinois) de cette médecine, mais aussi donner l'impression que la « médecine nationale » bénéficie du soutien de l'État (*guojia* 國家)[236]. Malgré les protestations de certaines associations de praticiens de la médecine occidentale qui veulent empêcher la médecine chinoise d'accaparer ce label, la fondation de l'Institut de médecine nationale (*guoyiguan* 國醫館) en 1931 entérine son usage. L'Institut se fixe comme principale mission de « mettre en ordre la médecine et la pharmacopée nationales en utilisant les méthodes scientifiques » (*yi kexue fangshi zhengli guoyi guoyao* 以科學方式整理國醫國藥)[237]. Il est financé par le gouvernement et par des dons privés, mais ne relève pas de l'administration officielle. Néanmoins, les personnalités placées à la tête de l'Institut témoignent de sa proximité avec le gouvernement et de son caractère éminemment politique. Seul Shi Jinmo 施今墨 (1881-1969), vice-président de l'Institut, est un praticien de la médecine chinoise. Le directeur de

[234] LEI, Sean Hsiang-lin. *When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949*. *Op. cit.*

[235] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 105-113.

[236] *Ibid.* p. 109-110.

[237] APS, 113-01-0373, Zhongyang guoyiguan zuzhu zhangcheng 中央國醫館組織章程 (Statuts de l'Institut central de médecine nationale), 1931.

l'Institut, Jiao Yitang 焦易堂 (1880-1950), a participé à la révolution de 1911 au sein du *Tongmeng hui* 同盟會, l'organisation fondée en 1905 par Sun Zhongshan pour renverser la dynastie Qing, et il est, entre autres, membre du Yuan législatif (*lifayuan* 立法院) depuis 1928. L'autre vice-président, Chen Yu 陳郁 (né vers 1890), qui compte dans sa famille des experts en médecine chinoise, a brièvement servi la dynastie Qing avant d'officier pour le ministère de l'Éducation du gouvernement Beiyang. Le président du Conseil d'administration de l'Institut, Chen Lifu 陳立夫 (1900-2001), a été formé comme ingénieur à l'université de Pittsburgh. Il joue un rôle central au sein du Guomindang avec son frère Chen Guofu 陳果夫 (1892-1951), lui-même membre du conseil d'administration de l'Institut de médecine nationale. Tous deux sont à la tête de la clique CC, une faction du Guomindang proche de Jiang Jieshi (Chiang Kai-shek, 1887-1975). Le programme porté par l'Institut s'intègre tout à fait dans la ligne portée à partir du début des années 1930 par la clique CC : la« construction culturelle sur une base chinoise » (*Zhongguo benwei de wenhua jianshe* 中国本位的文化建设)[238]. Il s'agit pour Chen Lifu de moderniser la Chine par la synthèse des meilleurs éléments des cultures occidentales et chinoises. L'organisation de cet Institut soutenu par quelques personnalités fortes du régime constitue une étape dans la reconnaissance et la légitimation de la médecine chinoise aux yeux de l'État.

Cette première victoire ne suffit pas immédiatement à assurer aux praticiens de la médecine chinoise une situation équivalente aux praticiens de la médecine occidentale, puisqu'ils ne bénéficient toujours d'aucun statut légal au niveau national. Malgré les soutiens politiques précédemment évoqués, des tensions persistent à l'échelle locale. Certains gouvernements provinciaux et municipaux enregistrent les praticiens de la médecine chinoise. Ces initiatives ne visent pas nécessairement à accorder une reconnaissance officielle à ces praticiens, mais plutôt à leur imposer des exigences difficilement atteignables : les praticiens doivent par exemple rapporter aux autorités les cas de maladies infectieuses, ce qui suppose des connaissances médicales, voire un équipement spécialisé, qui leur font souvent défaut et les expose au risque d'être accusés de faute professionnelle[239].

---

[238] EASTMAN, Lloyd E. « The Kuomintang in the 1930s » in Charlotte FURTH (dir.) *The Limits of Change. Essays on Conservative Alternatives in Republican China*. Cambridge : Harvard University Press, 2013, p. 191-210.

[239] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 171.

Les soutiens politiques acquis au terme des évènements de 1929 et avec la fondation de l'Institut de médecine nationale s'avèrent néanmoins décisifs dans la reconnaissance de la médecine chinoise. C'est ainsi le directeur de l'Institut, Jiao Yitang, qui, dès juin 1933, rédige avec 29 membres du comité politique central du Guomindang (*Guomindang zhongyang zhengzhihui* 國民黨中央政治會) un projet de Règlement sur la médecine nationale (*guoyi tiaoli* 國醫條例)[240]. Ce texte reçoit notamment le soutien de Shi Ying 石瑛 (1879-1943), alors maire de Nankin, et de Chen Guofu. Il doit constituer l'équivalent du règlement de 1930 pour les praticiens de la médecine chinoise qui seront placés sous la supervision de l'Institut de médecine nationale. Toutefois, les praticiens de la médecine occidentale s'y opposent en mobilisant eux aussi leurs soutiens politiques, en particulier le puissant Wang Jingwei 汪精衛 (1883-1944), président du Yuan exécutif (*xingzhengyuan* 行政院). Il faut finalement attendre 1935 pour que plusieurs membres du Guomindang présentent au 5e congrès national du parti une « proposition pour que le gouvernement traite sur un pied d'égalité la médecine occidentale et la médecine chinoise afin de promouvoir l'excellence académique et le bien-être du peuple ». Le texte de Jiao Yitang, renommé « Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise » (*zhongyi tiaoli* 中醫條例), est promulgué en janvier 1936 (Annexe III. 4).

Le contenu de ce règlement est tout à fait similaire à celui du texte de 1930 concernant les praticiens de la médecine occidentale et se montre sensiblement plus favorable aux praticiens de la médecine chinoise que le texte de 1922. Tout d'abord, le statut inférieur de « praticien médical » (*yishi* 醫士) n'existe plus : les deux types de praticiens ont le titre de « médecin » (*yishi* 醫師). De plus, les conditions pour obtenir une licence sont quelque peu assouplies par rapport à ce qui était prévu en 1922. Par exemple, tout diplôme d'une école de médecine chinoise permet d'obtenir une licence, sans qu'une durée d'études minimale soit exigée[241]. Les praticiens de la médecine chinoise ne sont plus soumis à davantage d'obligations

[240] WEN, Xiang 文庠. « Nanjing guomin zhengfu "zhongyi tiaoli" shuping » 南京国民政府《中医条例》述评 (Analyse du "Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise" du gouvernement nationaliste de Nankin), *Minguo dangan*. 2004, vol.4. p. 82-86.

[241] Les conditions à remplir pour obtenir une licence sont détaillées à l'article 1 du règlement de 1936. Il prévoit quatre cas de figure : (1) avoir passé avec succès un examen de certification organisé par le gouvernement national, de la ville ou du district ; (2) avoir déjà obtenu par le passé une licence de la part du gouvernement national, de la ville ou du district : (3) avoir obtenu un diplôme d'une école de médecine chinoise (enregistrée auprès du gouvernement central ou local) ; (4) avoir exercé la médecine chinoise pendant plus de cinq ans (et fournir un certificat des autorités locales).

que leurs homologues. Ils ont également les mêmes prérogatives quant à la prévention des maladies contagieuses, mais sans que cette disposition soit assortie d'une obligation de formation. De manière surprenante, l'article leur interdisant de diffuser ou publier des publicités mensongères, présent dans les Règlements sur les praticiens de la médecine occidentale a également été retiré.

Les praticiens de la médecine chinoise non licenciés peuvent continuer d'exercer à titre temporaire, contrairement aux praticiens de la médecine occidentale qui, dès la promulgation du règlement de 1930, devaient obtenir une licence. Cette disposition ménage ainsi une période de transition pendant laquelle les médecins sont encouragés à demander une licence, sans qu'aucune date butoir précise ne soit donnée. Compte tenu du nombre de praticiens en activité dans le pays, il est difficilement imaginable pour les autorités de tous les enregistrer dans des délais brefs et même de prévoir combien de temps prendra ce processus. Cette souplesse témoigne à la fois de l'attitude relativement conciliante des autorités, mais peut-être aussi du fait que la pratique sans licence de la médecine chinoise est un sujet moins sensible que celui de la médecine occidentale. L'aspiration à « traiter sur un pied d'égalité la médecine occidentale et la médecine chinoise », portée par les soutiens de cette dernière au sein du Guomindang, semble donc satisfaite par le règlement de 1936[242]. Toutefois, certains points de friction persistent : les praticiens de la médecine chinoise se plaignent par exemple du fait que leur licence est délivrée par les autorités locales, tandis que les praticiens de la médecine occidentale ont une licence nationale[243].

La règlementation cherche surtout à distinguer le plus clairement possible les deux types de médecine. Cette tendance transparaît clairement dans le Règlement provisoire sur la supervision de la médecine chinoise (*guanli zhongyi zanxing guize* 管理中醫暫行規則) promulgué en 1940[244]. Les praticiens de la médecine chinoise licenciés ont l'obligation d'afficher leur certificat dans la salle de consultation. Ce règlement précise d'ailleurs qu'ils ont interdiction formelle d'y apporter des retouches ou de le revendre. Cette mesure doit faciliter

[242] WEN, Xiang 文庠. « Nanjing guomin zhengfu "zhongyi tiaoli" shuping ». *Op. cit.*

[243] WEN, Xiang 文庠. « shilun minguo shiqi zhongyi kaiye guanli zhengce fagui yu shishi » 试论民国时期中医开业管理政策法规与实施 (Étude des politiques et règlementations régissant la pratique de la médecine chinoise et leur mise en œuvre en République de Chine), *Minguo dangan*. 2007, vol.4. p. 73-79.

[244] Reproduit dans WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* p. 208-210.

l'inspection des médecins et la lutte contre les « experts autoproclamés en médecine ancienne et nouvelle »[245]. Par ailleurs, ces médecins n'ont pas le droit d'« utiliser les instruments, médicaments et méthodes d'injection de la médecine scientifique ». Cette interdiction répond aux inquiétudes des médecins licenciés pratiquant la médecine occidentale face à l'utilisation croissante par des « injecteurs » (*danzhenzhe* 打針者) de seringues hypodermiques dans de mauvaises conditions hygiéniques et sans connaissances médicales[246]. Outre le fait que ces « injecteurs » font courir à leurs patients des risques médicaux importants, ils sont dénoncés par les praticiens de la médecine occidentale, car ils brouillent la frontière entre la médecine scientifique et une médecine chinoise qualifiée par certains de « bâtarde » (*zazhongyi* 雜種醫)[247].

Le texte cherche donc à tracer une frontière claire entre médecine occidentale et médecine chinoise, mais il sépare aussi cette dernière des guérisseurs itinérants. L'article 1 précise ainsi qu'on entend par « praticien de la médecine chinoise » ceux qui « traitent les patients selon les livres médicaux qui se sont transmis en Chine ». Ce même article interdit strictement de pratiquer la médecine à « ceux qui n'ont pas de connaissances académiques, ceux qui jouent sur les superstitions (*mixin* 迷信) ainsi que les "sorciers des rivières et des lacs" (*jianghu shushi* 江湖術士) qui n'ont pas d'adresse fixe et soignent les patients dans la rue ». Ces soignants sont, de fait, exclus du système de licence dans les règlements de 1922 ou 1936. L'itinérance est difficilement compatible avec une organisation de la santé qui repose essentiellement sur l'enregistrement des praticiens dans chaque localité. En outre, l'usage de techniques médicales « hétérodoxes » (*yiduan* 異端) est déjà condamné par les monographies locales des Qing et les peines sont particulièrement lourdes pour celui qui tue son patient en usant de ce genre de méthode[248]. Néanmoins, le fait que les textes réitèrent l'interdiction des praticiens ambulants et

[245]Nous reprenons là aussi les mots du médecin Pang Jingzhou, formé à la médecine occidentale et critique de la médecine chinoise, dans ses écrits du début des années 1930 et cité par LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 126.

[246] Il s'agit là encore d'un terme employé par Pang Jingzhou, *Ibid.*

[247] *Ibid.* p. 16.

[248] SUTTON, Donald. « From Credulity to Scorn: Confucians Confront the Spirit Mediums in Late Imperial China », *Late Imperial China*. décembre 2000, vol.21 nº 2. p. 1-39.

des pratiques superstitieuses semble indiquer que ces dernières n'ont jamais complètement disparu.

Les règlements publiés depuis 1936 ont donc donné aux praticiens de la médecine chinoise un statut comparable à celui des praticiens de la médecine occidentale. En 1943, la Loi sur les médecins (*yishifa* 醫師法) va plus loin : pour la première fois, un même texte porte à la fois sur les praticiens de la médecine occidentale et de la médecine chinoise (Annexe III. 5). Seuls les articles 2 et 3 concernant les qualifications nécessaires pour obtenir une licence font une différence entre les deux types de praticiens : l'un mentionne les conditions à remplir pour les « médecins » (*yishi* 醫師), l'autre celles que doivent remplir les « praticiens de la médecine chinoise » (*zhongyi* 中醫) afin d'obtenir une licence. Dans le reste du texte, il n'existe aucune règle, obligation ou interdiction spécifique à l'un de ces deux groupes. On peut tout de même voir dans le choix des termes une subtile différence entre la considération accordée aux praticiens de la médecine occidentale, qui sont les « médecins » par définition, le texte ne précisant jamais à leur égard qu'il s'agit de la médecine « occidentale » (*xi* 西), et les praticiens de la médecine chinoise qui apparaissent comme un groupe particulier. Cette loi reprend pour une grande partie les dispositions des règlements précédents. Elle introduit aussi certaines règles supplémentaires, parmi lesquelles le respect d'une forme de secret médical ou l'interdiction de retarder sans raison valable le traitement d'un patient. Enfin, cette nouvelle loi précise le rôle joué par les associations publiques de médecins (*yishi gonghui* 醫師公會) qui peuvent par exemple fixer par convention un montant d'honoraires à ne pas dépasser.

Entre la proposition d'abolition de la médecine chinoise en 1929 et la loi de 1943, les praticiens de la médecine chinoise ont obtenu une reconnaissance institutionnelle et légale équivalente à celle dont jouissent les praticiens de la médecine l'occidentale. L'épisode abolitionniste de 1929 témoigne de l'hostilité des promoteurs de la médecine occidentale et du ministère de la Santé à l'égard de la médecine chinoise. Cependant, il ne doit pas masquer les importants soutiens politiques dont cette dernière bénéficie par ailleurs, à l'intérieur même du Guomindang, en particulier via la clique CC. Au-delà des controverses entre défenseurs et détracteurs de la médecine chinoise, cette période voit émerger un statut pour les médecins (*yishi* 醫師), quelle que soit le type de médecine qu'ils pratiquent. Il s'agit de tracer les frontières d'une profession qui a le monopole de l'exercice de la médecine. En sont exclus les profanes ou tous les guérisseurs dépeints comme incultes, itinérants, utilisant des techniques

qualifiées de superstitieuses. Cette lutte contre la « superstition » est loin de se limiter à la médecine : elle est au cœur du programme de modernisation porté par les réformateurs républicains[249]. La production règlementaire des années 1920 aux années 1940 démontre aussi une volonté de distinguer précisément les praticiens de la médecine occidentale et de la médecine chinoise. Enfin, elle fait émerger certaines règles qui font de la médecine un domaine d'activité relevant d'une forme de surveillance publique.

B - Administrer la santé au Sichuan

L'encadrement de l'activité médicale par le nouveau ministère de la Santé coïncide avec la volonté de développer une administration sanitaire d'envergure nationale. Jusqu'ici, l'enregistrement des médecins ou les politiques de santé publique étaient conçus dans le cadre des municipalités, plus particulièrement de la police municipale. Progressivement, une administration locale dédiée spécifiquement aux questions médicales, indépendante des forces de police, se constitue dans certaines localités. Dès les années 1910, le Bureau de santé de la province du Guangdong (*Guangdongsheng weishengju* 廣東省衛生局), dirigé par un praticien de la médecine occidentale, est chargé de la lutte contre les maladies infectieuses, de la variolisation, de l'enregistrement des décès, de l'enterrement des rats, mais aussi de l'enregistrement des médecins[250]. Dans les années 1920, un Bureau de santé municipal (*shi weishengju* 市衛生局) voit le jour à Canton dirigé par Hu Xuanming 胡宣明 (1887-1965), diplômé de l'université John Hopkins. Ce dernier fait paraître en 1928 un texte intitulé *Construire la santé publique en Chine* où il regrette que cette tâche ait été confiée à « une police n'ayant aucune connaissance en matière d'hygiène »[251].

Pendant la décennie de Nankin (1928-1937), le développement de l'administration sanitaire prend une dimension plus systématique et plus centralisée, avec des ramifications dans

---

[249] NEDOSTUP, Rebecca. *Superstitious Regimes: Religion and the Politics of Chinese Modernity*. Cambridge : Harvard University Press, 2009. p. 13-06.

[250] YANG, Nianqun 杨念群. *Zaizao « bing ren »: zhongxiyi chongtu xia de kongjian zhengzhi* 再造'病人':中西医冲突下的空间政治 (1832-1985) (Recréer le « patient » : la politique spatiale et le conflit entre médecine chinoise et occidentale, 1832-1985). Beijing : Renmin daxue chubanshe, 2013. p. 168-174.

[251] *Ibid.*

les provinces, les villes et les districts du pays. Cette bureaucratie se voit confier différentes missions, dont celle de « superviser la médecine » (*guanli yiyao* 管理醫藥), c'est-à-dire, entre autres, enregistrer les médecins et contrôler leur activité ainsi que celle des pharmaciens. Au Sichuan, s'il faut attendre 1939 pour qu'une véritable administration sanitaire voie le jour, les seigneurs de la guerre suivent, dans une certaine mesure, l'impulsion donnée par Nankin pour améliorer la santé de la population. L'idée que l'État doit jouer un rôle dans le domaine médical, notamment en régulant l'activité des médecins, ne gagne donc pas seulement en force au sein du gouvernement central, elle est aussi bien présente parmi l'élite politique provinciale.

1) La construction d'une administration sanitaire locale

Peu après sa fondation, le ministère de la Santé projette d'organiser des branches de l'administration sanitaire à travers tout le pays. Dès 1929, il produit un Programme de mise en œuvre initiale de l'administration sanitaire locale qu'il diffuse dans les provinces du pays, y compris au Sichuan qui reste pourtant en dehors de la zone de contrôle du gouvernement de Nankin[252]. Ce programme prévoit la création de départements de santé (*weishengchu* 衛生處) à l'échelon provincial et de bureaux de santé (*weishengju* 衛生局) dans les villes et les districts. L'administration sanitaire locale se voit confier des missions en matière de statistique, de santé publique et de « supervision de la médecine ». Elle est chargée de produire des informations statistiques concernant les naissances, décès et maladies et de les transmettre au gouvernement. Ces missions s'inscrivent bien sûr dans un objectif de surveillance sanitaire, mais elles participent également à un engouement de l'État nationaliste pour la production de statistiques, qui découle lui-même d'une volonté d'adopter un mode de gouvernement fondé sur la science, à l'image de l'Europe et des États-Unis[253]. Dans le domaine de la santé publique,

[252] La présence d'un exemplaire de ce programme dans les archives du district de Shuangliu 双流 atteste de cette diffusion. Ce document a vraisemblablement été transmis aux autorités provinciales avant d'être transféré à l'administration du district. ADS, 42-10-672, Difang weisheng xingzheng chuqi shishi fang'an 地方衛生行政初期實施方案 (Programme de mise en œuvre initiale de l'administration sanitaire locale), janvier 1929.

[253] LAM, Tong. *A Passion for Facts: Social Surveys and the Construction of the Chinese Nation State, 1900-1949*. Berkeley : University of California Press, 2011. p. 7 ; PAULES, Xavier. « Le petit âge d'or statistique de la décennie de Nankin (1928-1937) » in Nathalie KOUAME, Éric P. MEYER et Anne VIGUIER (dir.) *Encyclopédie des historiographies : Afriques, Amériques, Asies*. Paris : Presses de l'Inalco, 2020, p. 1328-1334.

l'administration sanitaire locale doit garantir l'hygiène quotidienne (contrôle de la qualité de l'eau, de l'alimentation, etc.) et assurer la prévention contre les maladies infectieuses, notamment par l'organisation des campagnes de vaccination et variolisation (la vaccination contre la variole est obligatoire depuis 1928[254]), ou encore par la création d'équipes médicales et d'hôpitaux en temps d'épidémies. Les villes et les districts doivent établir des hôpitaux et cliniques publics et organiser des cours d'éducation à l'hygiène à destination de la population. L'administration sanitaire provinciale fournit aux échelons inférieurs une assistance technique dans ces missions et organise certains services de santé qui doivent être présents dans chaque province, par exemple un hôpital psychiatrique[255].

Enfin, l'administration sanitaire locale doit « superviser la médecine » (*guanli yiyao* 管理醫藥), c'est-à-dire qu'elle assure l'application de la règlementation concernant l'exercice de la médecine, mais aussi le contrôle des substances pharmaceutiques. L'enregistrement des praticiens constitue dans ce domaine une activité importante. L'enregistrement est réalisé par les municipalités qui transmettent les documents aux échelons administratifs supérieurs. Les villes et les districts doivent en outre interdire aux « matrones » (接生婆) d'exercer tant qu'elles n'ont pas été éduquées aux connaissances obstétriques et aux techniques de désinfection ; ce travail d'éducation incombe à l'administration sanitaire. Le programme de 1929 prévoit également d'interdire les « médecins des rivières et des lacs » (*jianghu shushi* 江湖術士), c'est-à-dire les praticiens itinérants, qui « traitent les maladies par la sorcellerie » (*yi xieshu zhibing* 以邪術治病). Les autorités sanitaires doivent également « dissuader le peuple de prier les divinités pour obtenir la guérison » (*quanjin renmin qiusheng zhibing* 勸禁人民求神治病). De la même manière, le Département de santé provincial doit éduquer les praticiens de la médecine chinoise à la connaissance des maladies infectieuses et aux techniques de désinfection. En effet, l'administration sanitaire naissante se trouve confrontée à un problème en matière de contrôle des maladies contagieuses : même si les praticiens de la médecine chinoise ne bénéficient d'aucune reconnaissance officielle et n'ont donc aucun rôle défini dans la prévention des

[254] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 107.

[255] Le gouvernement nationaliste porte une attention accrue à la psychiatrie, en particulier à partir des années 1930 lorsque se dessine un véritable mouvement pour « l'hygiène mentale » (*jingshen weishen* 精神衛生). BAUM, Emily. *The Invention of Madness: State, Society, and the Insane in Modern China*. Chicago : The University of Chicago Press, 2018. p. 139-140.

épidémies, ce sont vers eux que se tourne une grande partie des malades chinois, bien plus que vers les praticiens de la médecine occidentale. Il est donc nécessaire de s'assurer qu'ils sont capables de repérer les maladies contagieuses et d'éviter, dans la mesure de leurs moyens et de leurs connaissances, leur propagation. Cette mesure pourrait également avoir une signification plus idéologique. Elle s'inscrit en effet dans une perspective similaire à celle du projet d'abolition de 1929 qui veut obliger les praticiens installés à suivre des cours afin d'avoir certaines bases en sciences et en médecine occidentale[256].

Outre la supervision de ceux qui pratiquent la médecine chinoise, les départements de santé provinciaux doivent aussi contrôler la pharmacopée traditionnelle : ils ont pour mission d'« interdire toutes les spécialités pharmaceutiques (*chengyao* 成藥) et [de] procéder à l'examen des médicaments ». Il est difficile de savoir en quoi consiste concrètement cette mesure. Sans doute s'agit-il de vérifier si la composition de ces produits est conforme à la règlementation, par exemple concernant l'usage de certaines substances potentiellement dangereuses. Peut-être s'inscrit-elle également dans la vague d'« enthousiasme pour l'étude des médicaments chinois » qui traverse la Chine au milieu des années 1920. Dans les années 1880, le pharmacologue japonais Nagai Nagayoshi (1844-1929) avait isolé une nouvelle substance, l'éphédrine, à partir de l'éphédra (en chinois *mahuang* 麻黃), légitimant ainsi l'étude de la pharmacopée traditionnelle au Japon[257]. Quarante ans plus tard, la mise en évidence de nouveaux effets de cette substance par des chercheurs du PUMC déclenche en Chine un engouement pour cette approche, inspirée de la démarche de Nagai.

Selon le programme de 1929, c'est donc une portion considérable du monde médical qui doit entrer sous le contrôle de cette nouvelle administration sanitaire. Le fait de confier cette mission à une administration chargée spécifiquement de garantir l'hygiène et la prévention des maladies contagieuses plutôt qu'aux seules forces de police semble témoigner d'un changement d'approche. La supervision des médecins ou des produits pharmaceutiques relève désormais moins du maintien de l'ordre public et de la régulation d'un marché que de la santé publique, même si les bureaux de police restent un chaînon essentiel. Ce programme paraît néanmoins particulièrement ambitieux au vu des moyens matériels et humains dont dispose alors le

[256] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 102.

[257] *Ibid.* p. 87-88.

ministère de la Santé. Ces limites sont d'ailleurs explicitement évoquées dans le texte. Ce dernier débute en abordant l'épineux problème de la formation du personnel, pour laquelle le pays ne dispose d'aucun établissement. Le ministère compte donc sur l'appui des établissements d'enseignement médical du pays, en particulier ceux de la région de Nankin — mais aussi du PUMC, pour organiser des cours adaptés. Une autre solution consiste à financer des voyages d'études à l'étranger. Il est par ailleurs nécessaire d'adapter les objectifs de l'administration aux moyens limités dont elle dispose et d'anticiper certains obstacles. Par exemple, le programme précise que compte tenu du manque de personnel, il sera difficile pour les provinces de produire des statistiques de mortalité exhaustives. Le budget envisagé est pourtant ambitieux. Le coût annuel moyen des services de santé est fixé par le programme à 20 centimes de yuan par habitant par année. Ce budget doit être alimenté par une fraction des recettes du gouvernement local (province, ville ou district) ainsi que toutes les recettes relatives à l'hygiène : amendes et pénalités, droits d'enregistrement payés par les médecins, recettes provenant de l'élimination des immondices, etc. Or, au milieu des années 1930, même les expérimentations de santé publique rurales qui bénéficient pourtant de financements relativement importants disposent d'un budget inférieur[258].

Au milieu des années 1930, l'administration sanitaire locale a ainsi connu un développement dans de nombreuses provinces, même si elle ne concerne pas encore la totalité du pays. Les nouvelles infrastructures de santé se concentrent surtout dans quelques grandes villes, tandis qu'à l'échelle des districts les progrès restent limités[259]. Selon le ministère de l'Intérieur, en 1935, des administrations sanitaires provinciales plus ou moins développées ont été créées dans la plupart des provinces contrôlées par le gouvernement de Nankin[260]. Le nombre de districts disposant d'établissements sanitaires reste cependant relativement restreint. Environ 130 districts situés dans cinq provinces (Jiangsu, Zhejiang, Jiangxi et Guangxi)

[258] Par comparaison, la Station de santé rurale de Tanshan, dans le district de Jiangning (province du Jiangsu), financée directement par le gouvernement central, dispose au milieu des années 1930 d'un budget équivalent à moins de 10 centimes par habitant par an. YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 81.

[259] EASTMAN, Lloyd E. *The Abortive Revolution: China under Nationalist Rule, 1927-1937*. Cambridge : Harvard University Press, 1990. p. 220.

[260] Une forme d'administration sanitaire provinciale existe dans les provinces suivantes : Jiangsu, Zhejiang, Anhui, Shandong, Hebei, Henan, Hubei, Hunan, Jiangxi, Shaanxi, Guangxi, Fujian, Gansu, Ningxia, Qinghai. *Neizhengbu nianjian* 内政部年鑒 (Annuaire statistique du ministère de l'Intérieur). Shanghai : Shangwu yinshuguan, 1936. p. G4-5.

disposent d'un hôpital de district (*xianli yiyuan* 縣立醫院), alors que le pays compte autour de 2000 districts. Quelques localités disposent par ailleurs d'un centre de santé (*weishengyuan* 衛生院) qui remplit les fonctions d'un hôpital tout en assurant certains services dans le domaine de la santé publique (lutte contre les épidémies, éducation à l'hygiène, etc.). Si le développement d'un réseau d'institutions de santé publique progresse, il reste limité au regard de l'immensité du territoire national. De plus, les moyens financiers et humains tendent à se concentrer dans les provinces de l'est où les institutions sont plus nombreuses et plus développées, ainsi que sur certaines expérimentations localisées, comme celle menée par Chen Zhiqian dans le district de Ding. À l'inverse, l'administration sanitaire semble encore presque inexistante dans le Sichuan, le Yunnan, le Guizhou ou encore le Shanxi. En effet, ces provinces sont contrôlées par des seigneurs de la guerre sur lesquels le gouvernement de Nankin n'a qu'une autorité toute théorique[261].

2) Seigneurs de la guerre et politiques de santé

En 1939, Chen Zhiqian, diplômé du PUMC et de Harvard où il a étudié la santé publique, retourne dans sa province natale pour prendre la tête du Département de santé du Sichuan (*Sichuansheng weishengchu*, 四川省衛生處) qui vient de voir le jour. Il constate alors « qu'aucun progrès en matière de santé n'a été réalisé durant [son] séjour de 18 ans en dehors de la province »[262]. En effet, entre 1912 et 1938, la province est partagée entre seigneurs de la guerre rivaux qui sont principalement préoccupés par la levée des taxes, lesquelles se multiplient à mesure que leurs armées grandissent[263]. L'historiographie des années 1970 a ainsi insisté sur l'attitude prédatrice de satrapes qui cherchent avant tout à se maintenir au pouvoir[264]. Ces chefs militaires contribuent pourtant modestement à l'amélioration des infrastructures de la province, par exemple en construisant de nouvelles routes ou en entreprenant des travaux dans certaines grandes villes, comme à Chengdu, considérablement transformée par le seigneur

[261] BONAVIA, David. *China's Warlords*. New York : Oxford University Press, 1995. chap. 3.

[262] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 110.

[263] KAPP, Robert A. *Szechwan and the Chinese Republic*. *Op. cit.* p. 40-41.

[264] PYE, Lucian W. *Warlord Politics: Conflict and Coalition in the Modernization of Republican China*. New York : Praeger, 1971. 212 p ; CHI, Hsi-sheng. *Warlord Politics in China, 1916-1928*. Stanford : Stanford University Press, 1976. 282 p.

de la guerre Yang Sen 楊森 (1884-1977)[265]. Le général Liu Xiang 劉湘 (1890-1938) travaille quant à lui à renforcer le contrôle chinois sur le trafic fluvial, notamment sur l'axe majeur que constitue le fleuve Yangze, contre les intérêts des compagnies étrangères et quitte à compromettre les négociations de Nankin pour la révision des traités [266]. Cependant, l'éloignement vis-à-vis de la politique nationale ainsi que la neutralisation de l'administration civile par les appareils militaires constituent *a priori* des obstacles importants à la mise en place d'une politique de santé publique sur le modèle prôné par le gouvernement de Nankin.

Pour autant, plusieurs éléments appellent à nuancer l'affirmation de Chen Zhiqian et montrent que les seigneurs de la guerre se préoccupent, dans une certaine mesure, de la santé de la population comme de la supervision de la médecine. Le Sichuan, comme toutes les provinces du pays, commence dès 1929 à délivrer des licences de médecin, de pharmacien ou de sage-femme dans le cadre des nouvelles règlementations nationales. En 1935, 139 médecins ont été enregistrés dans la province (134 hommes et cinq femmes), ce qui représente seulement une fraction (environ 2 %) des 6470 praticiens enregistrés dans le pays[267]. À la même date, 42 sages-femmes et deux pharmaciens ont été enregistrés au Sichuan (pour un total national de 2217 sages-femmes et 248 pharmaciens). Dès 1930, l'administration provinciale demande aux chefs de districts d'imposer un formulaire standard (dont un modèle est joint au courrier) pour renseigner les états de service du demandeur et ainsi faciliter le travail des administrations centrales pour traiter ces informations[268].

Cette lettre est signée de la main du chef de la province, le seigneur de guerre Liu Wenhui 劉文輝 (1895-1976), comme de nombreuses autres instructions conservées dans les archives du district de Shuangliu, dans la périphérie de Chengdu, et vraisemblablement transmises à tous

[265] STAPLETON, Kristin. « Yang Sen in Chengdu: Urban Planning in the Interior » in Joseph ESHERICK (dir.) *Remaking the Chinese City: Modernity and National Identity, 1900-1950*. Honolulu : University of Hawai'i Press, 2002, p. 90-104.

[266] REINHARDT, Anne. *Navigating Semi-Colonialism: Shipping, Sovereignty, and Nation-Building in China, 1860-1937*. Cambridge : Harvard University Asia Center, 2018. p. 218, 226-244.

[267] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G134-139.

[268] ADS, 42-10-672, Directive (*xunling* 訓令) du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 23 septembre 1930. Plus tôt cette année, une autre directive demandait de produire une liste des médecins, pharmaciens et sages-femmes auxquels une licence a été délivrée au cours de l'année 1929 ; ADS, 42-10-672, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 28 août 1930.

les districts de la province. Elles visent généralement à faire appliquer au Sichuan les mesures prescrites par le gouvernement central. Liu Wenhui n'est donc pas hermétique à ces problématiques et semble même attentif aux politiques décidées à Nankin. Il fait par exemple circuler un règlement sur les produits pharmaceutiques obligeant les fabricants à enregistrer les médicaments qu'ils souhaitent commercialiser auprès du ministère en indiquant notamment leur composition, leur posologie, leurs effets et en soumettant plusieurs échantillons[269]. Il s'agit pour les autorités de lutter d'une part contre la publicité mensongère, mais aussi de règlementer la concentration de certaines substances potentiellement nocives. Une liste en annexe établit plusieurs catégories en fonction de leurs effets et indique pour certaines la dose maximale recommandée par jour. Un autre texte concerne plus spécifiquement le matériel dédié aux injections. Des mesures sont également prises, toujours en suivant l'initiative de Nankin, pour promouvoir la santé publique et l'hygiène au Sichuan. Le seigneur de guerre enjoint par exemple chaque district à diffuser un fascicule pour lutter contre les crachats.

> Les crachats ne sont pas seulement inesthétiques, ils peuvent aussi propager la tuberculose. [Un crachat est] une petite chose, mais elle a un effet important. Cette habitude est très profondément ancrée dans le peuple chinois, et la société inférieure n'y prête aucune attention. Même les intellectuels et les travailleurs politiques commettent cette faute sans en mesurer les conséquences et ne se rendent pas compte que le taux de tuberculose dans notre pays est plus élevé que dans d'autres pays. Une brochure sur les crachats et l'hygiène a été spécialement rédigée afin de corriger les mauvaises habitudes et réduire l'incidence de la tuberculose[270].

La brochure en question, préparée par le ministère de la Santé, comprend notamment un schéma expliquant les mécaniques de contagion jusqu'à l'entrée du virus dans le système de l'individu contaminé. La documentation transmise par Nankin comprend aussi un plan pour réduire le nombre de mouches[271]. Enfin, Liu Wenhui insiste, dans une de ses lettres adressées aux chefs de districts, sur l'urgente nécessité de créer des hôpitaux publics afin de garantir la santé de la population.

> Dans la situation actuelle, seules les provinces côtières et les villes relativement prospères ont des hôpitaux, tandis que les régions intérieures et reculées en sont quasiment dépourvues. En

[269] ADS, 42-10-672, Guanli chengyao guize 管理成藥規則 (Règlement sur la supervision des produits pharmaceutiques), avril 1930.

[270] ADS, 42-10-672, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 17 juin 1930.

[271] ADS, 42-10-672, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 28 juillet 1930.

> cas de maladie, il ne reste aux gens qu'à subir les erreurs des charlatans ou attendre la mort passivement. Les épidémies sont souvent suivies par la mort. C'est là une des grandes raisons pour lesquelles la population de notre pays n'augmente pas. Dans un moment de progrès des œuvres sanitaires, la création d'hôpitaux et de cliniques dans toutes les régions n'admet aucun délai. Toutes les villes, spéciales et ordinaires, doivent organiser hôpitaux et cliniques au plus tôt et tous les districts de toutes les provinces doivent également préparer les dépenses appropriées, engager des médecins qualifiés diplômés d'écoles officielles [afin d'] organiser un hôpital ou clinique administré par le district, dans le but de diagnostiquer et guérir les maladies et prévenir les épidémies[272].

En 1936-1937, Liu Xiang, à la tête de la province, prend lui aussi certaines mesures sanitaires, par exemple concernant la lutte contre les épidémies ou la règlementation des produits pharmaceutiques[273]. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ces ordres sont suivis d'effets, en particulier l'injonction de Liu Wenhui à créer des établissements de soins qui nécessitent à la fois des moyens financiers et humains, à un moment où la main-d'œuvre médicale qualifiée en médecine occidentale est encore bien rare au Sichuan. Les dirigeants de la province tendent d'ailleurs à se concentrer sur des actions relativement peu coûteuses et ne nécessitant pas ou peu de personnel médical. À ce titre, le fait que l'enregistrement des médecins, pharmaciens et sages-femmes commence relativement tôt s'explique sans doute par le fait qu'il s'agit d'une activité susceptible de générer quelques revenus, dans la mesure où l'enregistrement est payant. Les moyens accordés à la préservation de la santé de la population et la lutte contre les épidémies restent très certainement assez limités ; la priorité financière des seigneurs de la guerre est avant tout de pouvoir payer leurs hommes.

À l'échelon municipal, une administration sanitaire commence par ailleurs lentement à voir le jour dans la capitale provinciale. Le Dr Béchamp, à la tête de la mission médicale française de Chengdu, mentionne dans ses rapports l'existence d'un « bureau d'hygiène » organisé dans la ville au début des années 1930[274]. Ce dernier s'occupe en 1932 de vacciner la population alors que la ville est touchée par une épidémie de variole. À cette occasion, ce « bureau d'hygiène » demande au médecin français de lui fournir des doses de vaccin, mais déclare y avoir identifié des germes qui rendent le produit inutilisable et dangereux. Le médecin

[272] ADS, 42-10-672, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 17 avril 1929.

[273] ADS, 42-01-522, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 21 juillet 1936 ; ADS, 42-01-522, Directive du gouvernement de la province du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 7 janvier 1937.

[274] CADN, 513PO/A, n° 194, Rapport du Dr. Béchamp, 15 mai 1932.

français s'agace de cette polémique qu'il considère même comme fabriquée dans le seul but de pouvoir plus étroitement contrôler l'activité de l'institut bactériologique français dont il a la charge. En effet, au même moment, plusieurs médecins à travers le pays se plaignent au ministère des Affaires étrangères de la propension des autorités chinoises à contrôler leur activité au nom des nouvelles règlementations établies par le ministre de la Santé chinois[275]. Que ses soupçons soient justifiés ou non, Béchamp bénéficie de l'appui de Liu Wenhui dont une partie de l'armée se fournit en vaccin à l'institut bactériologique français ; le différend entre la municipalité et les Français reste sans suite.

Malgré la situation politique troublée de la province entre 1911 et 1937, le Sichuan ne reste donc pas complètement à la marge du mouvement national qui, surtout sous le gouvernement du Guomindang, fait entrer la santé et la médecine dans la sphère de l'État. Les mesures édictées par le gouvernement central pour promouvoir la santé publique et « superviser la médecine » trouvent un écho au Sichuan dès les années 1930, une période pendant laquelle la province échappe pourtant totalement au contrôle de Nankin. L'idée selon laquelle les autorités politiques, nationales et locales, ont un rôle à jouer dans le domaine sanitaire est visiblement assez communément partagée. Au moins deux grands seigneurs de la guerre sichuanais, Liu Wenhui et Liu Xiang, y souscrivent et font circuler dans la province les directives sanitaires du gouvernement de Nankin. Cet intérêt pour la santé publique découle autant d'une volonté de se présenter comme un dirigeant bienfaisant que par l'impératif de renforcement national, comme en témoignent les mots employés par Liu Wenhui pour justifier ses mesures en matière de santé. Dans sa directive demandant de créer des hôpitaux, il ne fait pas simplement appel à la souffrance du peuple qui, face à la maladie, ne peut « qu'attendre la mort », il convoque également un argument démographique : il faut permettre à la population chinoise de croître. Parmi les nouvelles règlementations, celles qui concernent l'enregistrement des praticiens médicaux semblent les mieux suivies, sans doute parce moins couteuses, plus simples à appliquer, et pourvoyeuses de recettes. Ainsi, au Sichuan comme dans d'autres parties de la Chine, si les seigneurs de la guerre incarnent la fragmentation politique du pays, ils participent tout de même d'une certaine manière à la construction de l'État sanitaire chinois[276].

[275] MAE, 32CPCOM, n° 501, lettre du Dr. Esserteau, 1er août 1928.

[276] PAULÈS, Xavier. « Warlords at Work: Four Crucial Realms and Four Dynamics of State Building in Republican China, 1916–1937 », *Twentieth-Century China*. 2022, vol.47 nº 1. p. 40-49.

3) Le Département de santé provincial

La situation politique au Sichuan change radicalement avec l'entrée en guerre contre le Japon. La progression des forces japonaises contraint le gouvernement nationaliste à se replier à Chongqing en octobre 1938, où il reste jusqu'à la fin de la guerre. La présence du gouvernement de la Chine libre et la nouvelle centralité stratégique du Sichuan renforcent considérablement l'attention portée à l'administration sanitaire. Le gouvernement nationaliste œuvre dès son arrivée à Chongqing à en faire une ville moderne, y compris d'un point de vue sanitaire[277]. Le Bureau de santé de Chongqing (*Chongqingshi weishengju* 重慶市衛生局), avec l'appui de la police municipale, réorganise les hôpitaux, nettoie les rues et construit les infrastructures essentielles à l'hygiène urbaine[278]. Ces efforts trouvent leur pendant à l'échelle de la province qui, réunifiée, retrouve l'importance qu'elle avait perdue entre 1911 et 1938. Pendant la guerre, les provinces qui échappent au contrôle japonais (Sichuan, Guizhou, Yunnan) accueillent certains des services de santé établis dans les provinces de l'Est au cours décennies précédentes[279]. En mai 1939, un Département de santé provincial est organisé et devient la plus haute autorité en matière de santé publique dans la province[280]. Les années de guerres constituent alors un moment de développement particulièrement rapide pour les infrastructures et l'administration sanitaires au Sichuan, qui s'accompagne d'un renforcement de l'attention portée aux médecins, infirmiers, sages-femmes ou pharmaciens de la province.

Les moyens dédiés à la mise en place d'un système de santé publique provincial et à une véritable administration sanitaire augmentent considérablement. Le Département de santé provincial bénéficie ainsi d'un budget en constante hausse : le financement alloué par le gouvernement provincial passe de 287 600 yuans en 1939 à plus de 8 500 000 yuans en 1945[281].

---

[277] MCISAAC, Lee. « The City as Nation: Creating a Wartime Capital in Chongqing ». *Op. cit.*

[278] BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 22.

[279] YIP, Ka-che. « Disease and the Fighting Men: Nationalist Anti-epidemic Efforts in Wartime China, 1937–1945 » in David P. BARRETT et Lawrence N. SHYU (dir.) *China in the Anti-Japanese War, 1937-1945: Politics, Culture and Society*. New York : Peter Lang, 2001, p. 171-188.

[280] BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 130.

[281] ZHANG Ling 张玲. *Zhangzheng, shehui yu yiliao : kangzhang shiqi Sichuan gonggong weisheng jianshe yanjiu* 战争, 社会与医疗: 抗战时期四川公共卫生建设研究 (Guerre, société et soins médicaux : étude sur la construction de la santé publique au Sichuan pendant la guerre de résistance). Beijing : Zhongguo shehui kexue chubanshe, 2015. chap. 2 ; ZHANG, Ling 张玲. « Kangzhan shiqi

Cette hausse est néanmoins sensiblement rognée par l'inflation très importante, comme le reconnaît lui-même Chen Zhiqian : « En partie, l'augmentation était réelle, indiquant la confiance croissante de la secrétairerie générale dans notre programme. En partie, néanmoins, elle était imputable à la spirale de l'inflation, qui était déjà terrible[282]. » Ces ressources financières restent d'ailleurs limitées par rapport à la taille de la province et de sa population. Elles permettent tout de même de créer plusieurs institutions essentielles à la prévention des épidémies et à la santé publique, comme un hôpital provincial des maladies infectieuses (*shengli chuanranbing yiyuan* 省立傳染病醫院), une équipe ambulatoire pour la prévention des épidémies (*fangyi jiuhudui* 防疫救護隊), un centre provincial de santé maternelle et infantile (*shengli fuying baojianyuan* 省立婦嬰保健院), ainsi que plusieurs bureaux de protection des nourrissons (*baoying shiwusuo* 保嬰事務所)[283]. Ces institutions provinciales se concentrent dans la municipalité de Chengdu, mais des progrès importants sont aussi réalisés à l'échelon des districts. Dans presque tous ceux du Sichuan sont organisés des « centres de santé » (*weishengyuan* 衛生院) sur le modèle de ceux mis en place dans l'expérimentation du district de Ding conduite par Chen Zhiqian avant la guerre. La création de ces nouveaux établissements se traduit par une hausse rapide des dépenses en matière de santé au niveau des districts (de 780 000 yuans en 1940 à 87 300 000 yuans en 1945), au point de constituer à la fin de la guerre la majeure partie des dépenses publiques de santé dans la province[284].

Non seulement la multiplication des institutions représente une contrainte budgétaire importante pour les gouvernements locaux, mais elle pose encore une fois la question des besoins en main-d'œuvre qualifiée en médecine occidentale. Malgré l'afflux de praticiens

---

Sichuan de gonggong weisheng guanli » 抗战时期四川的公共卫生管理 (La gestionde la santé publique au Sichuan pendant la guerre), *Chongqing shifan daxue xuebao*. 2015 nº 03. p. 28-35.

[282] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 112. L'inflation est elle-même alimentée par les dépenses de l'Etat chinois, soutenues par la création monétaire. YOUNG, Arthur. *China's Wartime Finance and Inflation, 1937-1945*. Cambridge : Harvard University Press, 1965. p. 299.

[283] Nicole Barnes a montré, dans le cas de Chongqing, l'importance du genre dans l'approche des autorités en matière de santé publique : les femmes bénéficient de soins maternels, mais ne sont pas la cible prioritaire de la prévention des épidémies qui concerne plutôt les hommes, appelés à servir comme soldats. BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 80.

[284] ZHANG, Ling 张玲. « Kangzhan shiqi Sichuan de gonggong weisheng guanli ». *Op. cit.*

fuyant les zones occupées par le Japon pour s'installer au Sichuan, l'administration sanitaire peine encore à recruter à des postes généralement bien moins lucratifs que la pratique de la médecine occidentale à titre privée. La réquisition du personnel médical engagée par les autorités provinciales constitue une première réponse. Elle touche avant tout les nouveaux diplômés des écoles de médecine, de sages-femmes, d'infirmiers, et autres professions médicales. Dès le début de la guerre, le gouvernement provincial constitue des listes de jeunes diplômés pour préparer la réquisition[285]. Selon les règles fixées en 1943, 50 % des étudiants d'écoles de médecine sont réquisitionnés par le ministère des Affaires militaires et 40 % par le Bureau national de santé[286]. Progressivement, les districts procèdent au recensement des médecins déjà en exercices et font remonter ces informations au Département de santé provincial[287].

La nouvelle administration sanitaire provinciale se trouve dotée de moyens financiers et humains considérables au regard de ceux d'avant-guerre. Ces moyens, ainsi que le volontarisme de son directeur Chen Zhiqian, permettent des progrès sans précédent dans le domaine de la santé publique, matérialisés par la création de nouveaux établissements. Si ces dernières réalisations sont celles qui sont le plus mises en avant, y compris dans les mémoires de Chen Zhiqian[288], elles sont néanmoins toujours liées aux autres missions, plus discrètes, de supervision des médecins. Le Règlement d'organisation du Département de santé, qui organise son activité en trois services, regroupe au sein du service de « politique médicale » (*yizheng* 醫政) des missions comme l'enregistrement du personnel médical, mais aussi des établissements de santé, des produits pharmaceutiques, ou la création d'établissements de santé et d'œuvres d'éducation à l'hygiène, de la prévention des maladies contagieuses ou encore de l'amélioration de l'environnement sanitaire dans les villes et les campagnes[289]. Là

[285] ADS, 42-01-741, Ge yiyao yuanxiao ershiqi niandu biyesheng mingce 各醫藥院校二十七年度畢業生名冊 (Liste des diplômés des écoles et facultés de médecine en [1938]), février 1939.

[286] ZHANG, Ling 张玲. « Kangzhan shiqi Sichuan de gonggong weisheng guanli ». *Op. cit.*

[287] APS, 113-01-2331, Chef du district de Jianyang 簡陽 au gouvernement provincial, 26 février 1944.

[288] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 110-116.

[289] APS, 113-01-111, Sichuansheng weisheng shiyanchu zuzhi guize 四川省衛生實驗處組織規程 (Règles d'organisation du Département expérimental de santé du Sichuan), décembre 1941.

encore, l'enregistrement des médecins apparaît comme une composante à part entière du travail sanitaire dans la province.

Entre 1929 et le début de la guerre contre le Japon, une administration sanitaire voit le jour dans les provinces, villes et districts de Chine, même si elle reste rudimentaire en certains endroits, notamment au Sichuan. Les seigneurs de la guerre qui dominent cette province jusqu'en 1938, relaient les instructions centrales relatives à la santé publique, mais peinent probablement à les mettre en œuvre. Il faut donc attendre la guerre et le repli du gouvernement national à Chongqing pour que s'établisse une véritable administration sanitaire. Cette dernière joue un rôle croissant dans le domaine de la santé à mesure que ses moyens augmentent, à la fois pour contrôler les personnels, les établissements et les produits sanitaires, tout en développant les œuvres médicales à destination de la population.

C - L'enregistrement des médecins : les limites d'une politique de santé

Lois, règlements et statuts de l'administration sanitaire dessinent un paysage médical tout entier placé sous la supervision des autorités publiques. Dans les faits, la portée de ces mesures sur l'organisation de la médecine à travers le pays reste sujette à caution, car elles ne sont bien souvent pas appliquées ou seulement de manière partielle. Il est donc nécessaire de dépasser le discours officiel et d'interroger les conséquences concrètes de l'action publique. En effet, ces dernières diffèrent selon que l'on se trouve dans les grandes villes, où la surveillance sanitaire est la plus étroite et les infrastructures de soins les plus développées, ou dans les districts, notamment dans les régions les plus reculées de la province. L'irruption du gouvernement chinois dans le domaine de la santé n'est donc pas vécue de manière homogène par les praticiens et par les patients à travers le pays.

Les travaux qui ont traité des mesures d'enregistrement des praticiens sous la République, principalement des publications en chinois, explorent en détail leur aspect règlementaire qui manifeste un changement dans l'attitude de l'État chinois vis-à-vis des médecins, mais n'abordent pas les conséquences concrètes de ces textes sur l'exercice de la médecine[290]. Nous

[290] WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* ; YAN, Ting 阎婷. « Minguo shiqi zhongyi zige de qude yu kaiye de xingzheng guan » 民国时期中医资格的取得与开业的行政管理 (Administrer la qualification et la pratique de la médecine chinoise penant la période républicaine), *Shang Qing*. 2019, vol.7. p. 146-147 ; HU, Yong 胡勇. « Minguo shiqi yisheng zhi zhenxun he pinghe »

proposons ici de prendre l'enregistrement des médecins comme un cas d'étude permettant de mettre en évidence les modalités d'application des politiques de santé. L'enregistrement constitue l'une des interactions les plus élémentaires, voire routinières, entre les médecins et l'État. De plus, le niveau de contrôle exercé par l'État sur la médecine dépend très étroitement de sa capacité à réguler et encadrer la pratique médicale. Questionner le fonctionnement et la géographie de l'enregistrement des médecins revient donc à interroger la présence de l'État sanitaire chinois à l'échelle de la province et ses limites.

1) La pratique illégale de la médecine

Une première manière de jauger la capacité de l'État à mettre en œuvre la « supervision de la médecine » consiste à observer la situation des praticiens non licenciés, voire interdits, à l'évidence encore relativement nombreux dans la province. Les moyens de contrainte dont disposent les autorités pour lutter contre la pratique illégale de la médecine sont relativement limités. De plus, entre 1936 et 1943, elles tolèrent temporairement l'existence de praticiens de la médecine chinoise non licenciés, sans doute en raison du temps nécessaire pour leur enregistrement. Si les praticiens de la médecine occidentale sont peu nombreux et se concentrent dans les principaux centres urbains, les praticiens de la médecine chinoise représentent une population bien plus importante et beaucoup plus dispersée sur le territoire. En outre, on peut supposer que l'invasion du Japon et le repli du gouvernement à Chongqing ont relégué l'enregistrement des médecins au rang des problèmes secondaires[291].

Dès la mise en place du système de licence, la presse chinoise rapporte des faits divers impliquant des médecins pratiquant sans licence. Quelques mois seulement après la promulgation du Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise, le *Shishi xinbao* 時事新報 (en anglais *The China Times*), qui paraît quotidiennement à Shanghai entre 1907 et 1949,

民国时期医生之甄训与评核 (Sélection et évaluation des médecins pendant la période républicaine), *Zhejiang xuekan*. 2008 nº 5. p. 88-94.

[291] À Chongqing, comme l'a montré Nicole Barnes, la police déploie des efforts importants à partir de 1938 pour assainir la ville en contrôlant par exemple l'évacuation des déchets. Il est probable que ces activités laissent d'autant moins de temps et de ressources pour contrôler les médecins de la ville. BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 45.

rapporte une affaire impliquant une certaine Yang Zhangshi 楊張氏, « praticienne de la médecine chinoise » (*zhongyi* 中醫) qui « exerce sans licence et blesse des gens ».

> Une petite fille âgée d'un peu plus d'un mois seulement, née de Zhou Xiangfan, habitant dans notre ville au numéro 7 de Zhangjia Muqiao […], a été examinée par sa voisine Yang Zhangshi pour une maladie de la bouche qui serait appelée « mante religieuse » (*tanglangzi* 螳螂子). [Yang] a utilisé un petit couteau pour pratiquer sans discernement une opération dans sa bouche, provoquant une hémorragie mortelle. Zhou Xiangfan a immédiatement remis Yang Zhangshi au bureau de police de Xinzha. D'autre part [Zhou] a envoyé une pétition au Bureau de santé en lui exposant les faits et s'est plaint que Yang Zhangshi était une femme ignorante. Elle a osé pratiquer la médecine sans licence, tuant et blessant des gens, ce qui est une infraction grave. Sa lettre demande au bureau de police de transmettre l'affaire au tribunal pour une action stricte. [Zhou] demande également au bureau d'enquêter et d'interdire dans la ville les praticiens de la médecine qui n'ont pas de licence, afin de préserver la santé des habitants[292].

Yang apparaissait déjà début du mois d'octobre dans les pages du journal à propos de la mort de plusieurs enfants. Elle aurait, avec d'autres individus, administré des pilules contenant des cendres d'opium[293]. Toutes les personnes mises en cause sont des femmes, et toutes les victimes sont des enfants, ce qui explique sans doute l'attention dont elles font l'objet. Déjà dans l'article sur les pilules, le *Shishi xinbao* précisait que Yang exerçait sans licence, ce qui n'était pas encore prohibé, du moins au niveau national. Dans les deux affaires, il semble que l'absence de licence est invoquée par la famille du patient comme un argument supplémentaire pour incriminer le médecin en faute. Néanmoins, cela ne suffit visiblement pas à interdire effectivement la pratique de la médecine à Yang Zhangshi qui continue d'exercer après l'affaire des cendres d'opium. Si elle peut constituer un facteur aggravant pour le praticien en cas de problème, la pratique de la médecine sans licence ne semble pas constituer en elle-même un risque majeur pour le praticien.

Par ailleurs, les sources disponibles ne semblent pas indiquer qu'il y ait un contrôle systématique des praticiens par les autorités, ou bien seulement à la fin des années 1940. À Chongqing, en septembre 1944, trois praticiens de la médecine chinoise exerçant dans différents endroits sont condamnés par la police à une amende de 300 yuans (le montant fixé

---

[292] « Shi weishengju qudi zhongyi Yang Zhangshi » 市衛生局取締中醫楊張氏 (Le Bureau de santé municipal interdit la praticienne de la médecine chinoise Yang Zhang), *Shishi xinbao*. 25 octobre 1936, p. 9.

[293] « Yapian yanhui zhibing duansong san haizi shengming » 鴉片煙灰治病斷送三孩子性命 (Un traitement aux cendres d'opium ruine la vie de trois enfants), *Shishi xinbao*. 2 octobre 1936, p. 10.

par la loi) pour avoir exercé la médecine sans licence[294]. Ils doivent aussi immédiatement cesser leur activité. Ces documents donnent très peu d'informations sur les conditions précises du contrôle effectué par la police. Ces cas attestent surtout du fait que l'interdiction d'exercer sans licence est bien appliquée, au moins à Chongqing, mais leur rareté dans les archives tend à écarter l'hypothèse d'un contrôle systématique des praticiens[295].

Des articles publiés dans la seconde moitié des années 1940 témoignent du fait que beaucoup de médecins continuent, à cette date, d'exercer sans licence. Ainsi, à Shanghai en 1946, il y aurait encore 140 dentistes non licenciés, alors que l'enregistrement de ce type de praticien a commencé à l'échelle nationale plus de dix ans auparavant, en 1935[296]. En 1948, un bref compte-rendu publié par le Bureau de santé de Pékin présente les résultats d'une enquête de trois mois sur les praticiens de la ville. Selon cette enquête, beaucoup de médecins et personnels médicaux de la ville manquent encore de qualifications et que ceux qui n'ont pas de licence ont été contraints de cesser d'exercer, ce qui laisse entendre qu'un certain nombre étaient encore en activité malgré l'interdiction formulée dans la Loi sur les médecins de 1943[297]. Les médecins itinérants tels que les « médecins des lacs et des rivières », pourtant explicitement interdits par la loi de 1940, sont eux aussi encore bien présents, y compris dans les villes. Plusieurs journaux alertent les autorités à propos de la multiplication de ces praticiens dont ils demandent l'interdiction. Une même histoire est par exemple rapportée à de multiples reprises par la presse de la ville de Shaoxing en juin 1947 :

---

[294] Archives municipales de Chongqing, 61-15-0223-1010, Chongqingshi weishengju tongzhi 重慶市衛生局通知 (Notification du Bureau de santé de la ville de Chongqing), 5 septembre 1944. Ce document précise qu'il s'agit de « praticiens de la médecine chinoise » et qu'ils sont interpellés dans leur boutique (*gaidian* 該店), ce qui laisse entendre qu'il s'agit bien de médecins installés dans la ville et non de praticiens itinérants.

[295] Cette rareté peut aussi être due à la politique archivistique chinoise et aux conditions d'accès aux archives. À la date de notre visite dans les archives municipales de Chongqing (automne 2019) il n'était pas possible de consulter l'inventaire des archives ou d'effectuer une recherche par carton, mais seulement par document et par le biais d'une recherche par mot-clef. Ces conditions restreignent beaucoup la possibilité d'une recherche systématique.

[296]« Wuzhao yishi » 無照醫師 (Médecins non licenciés) *Shidai ribao*, 9 mai 1946, p. 4 ; YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 58.

[297] « Yisheng yiyuan yaofang daban bugou zige » 醫生醫院藥房大半不夠資格 (La plupart pharmacies, hôpitaux et médecins sont insuffisamment qualifiés), *Huabei ribao*, 9 avril 1948, p. 4. Sur 634 praticiens de la médecine chinoise exerçant dans la ville, 143 sont jugés insuffisamment qualifiés. C'est le cas de 27 des 47 praticiens de la médecine occidentale, 19 des 54 sages-femmes, 7 des 9 dentistes.

> Ces derniers temps dans notre ville sont apparus beaucoup de « médecins des lacs et des rivières ». Ils parlent avec un accent du nord et portent des boîtes en cuir ou des paniers de rotin et des petits tambours qu'ils secouent en criant : « Vous avez une maladie ? Nous pouvons traiter n'importe quelle maladie, aussi petite ou grave soit-elle ». Il y a quelques jours, un médecin s'est rendu dans le quartier de la rue Baziqiao, en ville, où se trouvait un habitant du nom de He Siyi. Comme il souffrait d'une légère maladie, il a appelé le médecin qui lui a donné un paquet d'herbes médicinales, lui a dit de les prendre en décoction tous les deux jours et qu'il serait guéri en trois jours. Le prix du médicament était de 30 000 yuans, mais comme il voulait être guéri le plus vite possible, il a emprunté suffisamment d'argent à ses voisins pour le payer. Après avoir pris cette herbe, il n'a pas été guéri, il a eu des maux d'estomac pendant plusieurs jours, seulement alors il a réalisé qu'il avait été trompé et avait gaspillé son argent[298].

Contrairement à d'autres projets élaborés par le gouvernement nationaliste en matière de santé, la politique d'enregistrement des médecins (voire des autres praticiens) est donc effectivement appliquée à travers le territoire. Avec la Loi sur les médecins de 1943, le système de licence est assorti de sanctions contre les praticiens non licenciés. Ces dernières sont mises en œuvre par la police de certaines grandes villes comme Chongqing. Les quelques éléments dont nous disposons n'indiquent toutefois pas l'existence de contrôles systématiques. Par conséquent, le nombre de praticiens exerçant sans licence et surtout de guérisseurs itinérants, pourtant formellement interdits, reste visiblement important, y compris dans les grandes villes. Il existe ainsi à la fin des années 1940 en Chine un monde de thérapeutes ambulants que les malades continuent de consulter, mais ils sont généralement présentés comme des personnes peu fiables, voire dangereuses, dans les pages des journaux de l'époque.

2) Disparités géographiques et chronologiques

Dès lors, il est évident que la population des médecins qui demandent leur enregistrement auprès des autorités sanitaires n'est ni équivalente ni représentative de la population de tous ceux qui traitent des malades en Chine. D'une part, certains thérapeutes, tels que les « médecins des rivières et des lacs », continuent de pratiquer sans pour autant pouvoir prétendre au statut de médecin de plein droit. D'autre part, il existe des barrières qui peuvent expliquer que certains

[298] « Jianghu yisheng jieyi xingpian » 江湖醫生藉醫行騙 (Un « médecin des rivières et des lacs » emploie la médecine pour escroquer [les gens]), *Shaoxing minguo ribao*, 14 juin 1947, p. 2.

praticiens ne demandent pas de licence ou bien que leurs demandes n'apparaissent pas dans les archives. La politique d'enregistrement n'est donc pas appliquée de manière homogène sur le territoire.

En plus des conditions restrictives à remplir pour obtenir une licence, d'autres contraintes peuvent expliquer que des médecins ne fassent pas de demande. Si les frais d'enregistrement, de l'ordre de quelques yuans, restent assez peu élevés, l'accès à l'enregistrement semble plus difficile à mesure que l'on s'éloigne des principaux centres urbains, comme en atteste la répartition des dossiers de demande de licence collectés dans les Archives provinciales (Annexes I. 4 et 5). On constate tout d'abord une très forte concentration de médecins déposant leur demande d'enregistrement dans la ville de Chengdu. Plus des la moitié des quelques 2000 demandes de licence déposées par des praticiens de la médecine chinoise dans la province entre 1937 et 1947 sont déposées dans cette seule ville. C'est aussi le cas pour les praticiens de la médecine occidentale avec 193 demandes déposées à Chengdu pour un total de plus de 350 collectées dans les archives (parmi lesquels quatre médecins d'origine étrangère). Cette concentration des demandes dans la capitale provinciale s'explique par son poids démographique, mais aussi par le fait que la municipalité semble capter les demandes d'enregistrement des districts alentour, c'est-à-dire que les médecins installés dans la banlieue de Chengdu se rendent dans la capitale pour y déposer leur demande. Il convient toutefois de signaler que la faible importance de Chongqing est probablement due à un biais des sources. Nous utilisons ici les dossiers de demande de licence conservés dans les archives provinciales du Sichuan, dans le fonds du Département de santé provincial. Or, en tant que capitale et siège du Bureau national de santé, il est possible que les demandes déposées à Chongqing aient suivi une voie différente de celles du reste des villes et districts de la province et qu'elles ne soient donc ainsi pas conservées dans ce fonds d'archives.

Mais même en prenant en compte un éventuel report vers Chengdu depuis les districts alentour, le nombre de demandes de licence y reste particulièrement élevé par rapport aux autres localités du Sichuan. Les disparités démographiques ne suffisent pas à expliquer ce déséquilibre. En 1937, les 12 districts de la plaine de Chengdu totalisent plus de 1200 demandes de praticiens de la médecine chinoise et 200 de praticiens de la médecine occidentale pour environ

2,6 millions d'habitants (soit respectivement 1 pour 2160 et 1 pour 13000 habitants)[299]. Par comparaison, le district de Yibin compte 84 demandes de praticiens de la médecine chinoise et 11 de la médecine occidentale pour environ 830 000 habitants (soit 1 pour 8800 et 1 pour 75 000 habitants). Dans le district de Fuling (environ un million d'habitants), le rapport entre demandes et habitants tombe à 1 pour 30 000 pour les praticiens de la médecine chinoise. Sur une grande partie du territoire provincial, aucun médecin ou presque ne dépose de demande d'enregistrement. C'est le cas dans certaines régions périphériques et de faibles densités démographiques (nord-ouest, sud-ouest, nord-est), mais aussi de la région de Nanchong 南充, pourtant bien peuplée[300].

On peut donc imaginer qu'une part plus ou moins importante des médecins installés dans les districts de la province ne demandent pas de licence ou le font plus tardivement, surtout dans les périphéries, et sont donc sous-représentés dans les chiffres de demande de licence. La distribution chronologique des dossiers de demande déposés par des praticiens de la médecine chinoise tend à confirmer cette hypothèse (Annexes IV. 2). Les deux tiers des demandes d'enregistrement déposées à Chengdu datent des années 1941-1942, tandis que les demandes déposées dans les autres districts de la province (à l'exception de Chongqing et sa périphérie) datent plutôt des années suivantes[301]. Par ailleurs, si Chengdu et Chongqing disposent d'une police municipale qui commence à contrôler les praticiens, il n'est pas certain que les chefs-lieux de district disposent des moyens appropriés pour en faire autant. Enfin, pour les médecins établis dans les petites villes ou dans les espaces ruraux, la distance à parcourir pour se rendre au bureau et déposer sa demande entre sans doute en ligne de compte. Globalement, l'enregistrement des médecins paraît inégal à travers la province. Cette politique et ses effets affectent moins les médecins installés en dehors des principales villes, a fortiori dans les régions les moins urbanisées.

[299] Environ un sixième de ces 2,6 millions d'habitants résident dans la ville de Chengdu. LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence*. *Op. cit.* p. 60-61.

[300] Dans ce dernier cas, il est fort probable que l'absence de demande d'enregistrement soit la conséquence de lacunes dans les archives.

[301] La chronologie de l'enregistrement à Chongqing se démarque nettement de celle du reste de la province : l'enregistrement y est plus précoce et il tend à décliner précisément au moment même où, ailleurs dans le Sichuan, les médecins chinois commencent à demander leur licence. Ces éléments tendent à souligner la spécificité de Chongqing, soit parce que l'enregistrement y débute plus tôt, soit parce qu'il passe par des voies administratives différentes.

Dans la mesure où la période pour laquelle on dispose des dossiers de licence est relativement réduite (les demandes se concentrent principalement entre 1938 et 1946), nous n'avons pas accès aux demandes des premiers médecins enregistrés dans la province. C'est particulièrement le cas pour les praticiens de la médecine occidentale qui ont commencé à s'enregistrer dès 1929, et peuvent ainsi ne pas apparaître dans les archives simplement parce qu'ils ont déjà déposé leur demande avant 1938, à un moment où elles n'étaient pas nécessairement centralisées à l'échelle provinciale. Les praticiens de la médecine occidentale qui demandent leur enregistrement dans la province pendant la guerre contre le Japon semblent plus nombreux que ceux qui ont demandé une licence entre 1929 et le milieu des années 1930. Si la province comptait 134 médecins enregistrés en 1935, ils sont dans les années 1940 plus de 350. Cette augmentation s'explique par l'afflux de médecins formés à la médecine occidentale vers le Sichuan depuis les provinces occupées par le Japon, mais aussi par le déplacement des grands établissements de formation à la médecine occidentale dans cette même province[302].

Enfin, notons que les modalités d'application de la politique d'enregistrement ont des conséquences sur la manière dont la population des praticiens de la médecine occidentale ou chinoise nous apparaît dans les sources. En effet, l'enregistrement des médecins s'effectue en deux temps. D'abord, les médecins doivent effectuer une demande de « certificat » (*zhengshu* 證書). Cette première demande est examinée par le Bureau de santé national pour les praticiens de la médecine occidentale ou par l'administration sanitaire provinciale pour ceux exerçant la médecine chinoise. Cette première étape doit déterminer si le praticien remplit les conditions fixées par la loi pour obtenir une licence. Une fois leur certificat obtenu, les médecins doivent encore faire une demande d'« inscription » (*zhuce* 注冊) auprès de l'administration du district ou de la ville où ils souhaitent s'installer et ils doivent également adhérer à l'association de médecins de la localité. La plupart des demandes déposées par des praticiens de la médecine chinoise conservées dans les archives provinciales sont des demandes de certificat, tandis que les demandes des praticiens de la médecine occidentale concernent surtout l'inscription auprès des autorités locales (Annexe IV. 2. Tableau 1). Les médecins qui font une demande

[302] BARNES, Nicole Elizabeth et WATT, John R.. « The Influence of War on China's Modern Health Systems » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 227-243.

d'inscription sont donc déjà passés au travers d'une première sélection. En outre, les curriculum vitae (*lülibiao* 履曆表) fournis par le praticien et joints au dossier ne contiennent pas exactement les mêmes informations selon qu'il s'agit d'une demande de certificat ou d'inscription. Les formulaires établis en vue d'une demande de certificat interrogent de manière détaillée le médecin sur son cursus ou ses précédentes démarches d'enregistrement afin de déterminer s'il remplit les conditions pour obtenir une licence (Annexe II. 1). Ils sont un peu moins précis pour les demandes d'inscription.

L'inégale application des lois sur la pratique de la médecine, les disparités géographiques de l'enregistrement et le décalage entre celui des praticiens de la médecine occidentale et de la médecine chinoise signifient que les dossiers d'enregistrement auxquels nous avons accès ne sont pas le reflet fidèle de l'ensemble des praticiens à la fin de la période républicaine. Ce cas d'étude témoigne également des limites rencontrées dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé du gouvernement nationaliste. La capacité de l'État à intervenir dans le domaine médical s'étend, dans la province du Sichuan, à un nombre croissant de districts, mais elle paraît d'autant plus faible à mesure que l'on s'éloigne du centre de la province, au point de s'effacer complètement dans certaines périphéries. Malgré tout, dans de nombreuses localités, les praticiens de la médecine occidentale comme ceux de la médecine chinoise disposent désormais d'une reconnaissance statutaire officielle. L'enregistrement des praticiens constitue ainsi une première étape dans un processus plus général qui fait entrer la « supervision de la médecine » dans le domaine de compétence de l'administration et fait de l'amélioration de la santé l'un des objectifs affichés de l'État chinois.

Conclusion

Entre la création du ministère de la Santé en 1928 et la chute du régime nationaliste en 1949, les médecins chinois, quel que soit le type de médecine qu'ils pratiquent, ont acquis, en théorie, un monopole sur l'exercice de la médecine. L'enregistrement des médecins est initialement conçu comme un moyen d'affirmer la légitimité des seuls praticiens de la médecine occidentale, et donc de marginaliser, voire d'interdire, l'exercice de la médecine chinoise. Il constitue une partie intégrante d'un programme de santé publique dont la médecine occidentale est la clef de voute et la médecine chinoise un des principaux obstacles. Ce projet élaboré par

le ministère rencontre néanmoins l'opposition résolue des praticiens de la médecine chinoise, mais aussi la tiédeur des membres du Guomindang, qui ne veulent pas s'aliéner le monde médical chinois. Le Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise promulgué en 1936, puis les textes suivants, font de ces derniers des médecins de plein droit, quoique clairement distincts des praticiens de la médecine occidentale. Ils sont même, en théorie, intégrés à la politique de prévention des maladies contagieuses et soumis aux mêmes devoirs concernant l'exercice de leur activité.

La question de la place à accorder à la médecine chinoise a occupé une place particulièrement importante dans la littérature qui s'est penchée sur les politiques d'enregistrement des médecins. Ces dernières ont surtout fait l'objet de publications en chinois, les travaux en anglais ne lui accordant qu'une place assez marginale. Ces travaux chinois ont porté une attention particulière au statut des praticiens de la médecine chinoise. En effet, ce sujet a particulièrement intéressé des praticiens de la médecine chinoise versés dans l'histoire de leur profession[303], ou encore des auteurs comme Wen Xiang, docteure en histoire et professeure à l'université de médecine chinoise de Nankin[304]. Ces auteurs ont étudié en détail les ressorts juridiques et idéologiques qui ont progressivement fondé le droit des praticiens de la médecine chinoise à exercer, au risque cependant de laisser dans l'ombre une autre implication de la politique d'enregistrement : la règlementation de la pratique médicale s'articule avec une évolution plus générale de la « médecine » (*yi* 醫) qui, au-delà des divisions entre médecine chinoise et occidentale, désigne désormais un pan de la société, un ensemble d'activités et de rôles qui font l'objet de statuts règlementaires et d'un encadrement institutionnel.

La supervision de la médecine s'inscrit en outre dans un changement de l'attitude de l'État chinois à l'égard de la santé, conçue non plus seulement au travers de l'assistance médicale,

---

[303] CENG, Xuanjing 曾宣靜, LIN, Zhaogeng 林昭庚, et SUN, Maofeng 孫茂峰. « Minchu zhongyi "yiyu faquan" zhi jiangou: yi "zhongyi tiaoli" ji "yishifa" wei lunshu hexin » 民初中醫「醫育法權」之建構（1912-1949）—以《中醫條例》及《醫師法》為論述核心 (Construction d'un "droit médical" pour la médecine chinoise au début du la République (1912-1949) : du "Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise" à la "Loi sur les médecins"), *Taiwan shida lishi xuebao*. juin 2018, vol.59. p. 41-100.

[304] WEN, Xiang 文庠. *Yizhi yu chaoyue: minguo zhongyi yizheng* 移植与超越：民国中医医政 (Transplanter et transcender : politique médicale et médecine chinoise sous la République). Beijing : Zhongguo zhongyiyao chubanshe, 2007. 243 p.

mais en termes de surveillance et régulation des acteurs de la santé. Les médecins deviennent ainsi les agents d'une biopolitique telle qu'elle est envisagée par Foucault, par laquelle le pouvoir tend à agir sur les « processus biologiques qui traversent sa population : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier »[305]. Dans cette perspective, la règlementation de la médecine et le contrôle exercé sur les médecins augmente la capacité des autorités à encadrer les conditions de santé de ses citoyens, facilitant le contrôle des maladies infectieuses ou la lutte contre les pratiques thérapeutiques superstitieuses. Le champ de la santé s'étend par d'autres mesures qui visent à organiser la vie de la population selon des principes d'hygiène (*weisheng* 衛生), comme la promotion du sport ou encore la régulation de l'alimentation[306]. Pour autant, il ne faut pas négliger la distance qui sépare les projets de l'État chinois en matière de santé et la portée du contrôle qu'il est effectivement en mesure d'exercer, ainsi que les conséquences concrètes de ses ambitions biopolitiques[307].

[305] FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976. p. 182.

[306] MORRIS, Andrew D. *Marrow of the Nation: a History of Sport and Physical Culture in Republican China*. Berkeley : University of California Press, 2004. p. 3 ; FU, Jia-Chen. *The Other Milk: Reinventing Soy in Republican China*. Seattle : University of Washington Press, 2018. p. 10 ; LEUNG, Angela Ki Che. « To Build or to Transform Vegetarian China » in Robert Ji-Song KU et Christine R. YANO (dir.) *Moral Foods: the Construction of Nutrition and Health in Modern Asia*. Honolulu : University of Hawaii Press, 2020, p. 221-261.

[307] LANGLITZ, Nicolas. « Is there an Asian Biopolitics? », *BioSocieties*. décembre 2011, vol.6 nº 4. p. 487-500.

Chapitre 3 : Les associations de médecins, l'État et la société

> Compte tenu de la récente explosion démographique de notre ville, de la misère des réfugiés dont beaucoup sont malades et vivent dans la rue, et du déplacement du gouvernement national à Chongqing, le siège du Parti de la ville a l'intention d'ordonner aux membres des associations de praticiens de la médecine occidentale et chinoise de donner des consultations médicales gratuites à des heures fixes chaque jour […][308].

Dans cette déclaration relayée en septembre 1938 par un journal de Chongqing, le Guomindang appelle directement la profession médicale de la ville pour venir en aide aux malades qui n'ont pas les moyens de payer pour leurs soins. Pour ce faire, il s'adresse aux associations de praticiens, ce qui témoigne de l'importance acquise par ce type d'organisations depuis le début des années 1930. En effet, avant le XXe siècle, il n'existe pas d'associations de médecins à proprement parler, sauf pour les médecins-missionnaires. Les premières sociétés qui voient le jour au début du XXe siècle ne regroupent qu'une petite portion des praticiens et se limitent à quelques villes, en particulier Shanghai. En revanche, sous le régime du Guomindang se constituent de véritables corps réunissant l'ensemble de la profession : s'adresser aux membres des associations de praticiens de Chongqing revient dès lors à interpeller tous les médecins licenciés de la ville. L'appel lancé par le Guomindang en 1938 a lieu dans un contexte exceptionnel, puisque le gouvernement nationaliste doit mener de front l'effort militaire contre le Japon et son installation dans la ville qui devient sa nouvelle capitale pendant la guerre. Il témoigne néanmoins d'une évolution plus générale de l'assistance médicale. Celle-ci est de plus en plus du ressort de l'État et des établissements de santé publique qu'il crée. L'accès de toute la population à des soins médicaux élémentaires devient ainsi un problème politique et l'exercice de la médecine, en particulier occidentale, relève de l'intérêt général. Les médecins sont désormais des acteurs centraux de l'assistance médicale, qui ne s'adresse plus seulement aux pauvres, mais de plus en plus au « peuple » (*renmin* 人民). Ce rôle est pleinement assumé par les organisations professionnelles qui médiatisent ainsi les relations des médecins avec l'État et la population.

Les associations de médecins connaissent un premier essor dans les années 1920, au moment où l'État entreprend de réguler plus étroitement la pratique de la médecine. Celles

[308] « Xinan zhandian » 西南站點 (Poste du Sud-ouest). *Xinan ribao*, 8 septembre 1938, p. 3.

regroupant les praticiens de la médecine occidentale sont généralement plus proches d'une administration sanitaire qui tend à promouvoir une médecine scientifique et donc à défendre leurs intérêts, ce qui n'empêche pas certaines frictions. Quant aux associations de médecins chinois, elles se structurent à l'occasion de la mobilisation contre le projet d'abolition de 1929. L'intervention de l'État dans le domaine médical et la constitution de groupements professionnels sont donc deux tendances étroitement liées. Le gouvernement s'appuie sur les associations de médecins pour l'assister dans la gestion des affaires médicales et la supervision de la profession. Dans les années 1930, il organise par règlements un système de représentation professionnelle unique, hiérarchisé, obligatoire (tous les praticiens doivent y adhérer) et dont le champ d'action est strictement limité. Ce système facilite le gouvernement de la médecine tout en laissant aux médecins, via leurs associations, une marge d'autonomie dans la gestion des affaires professionnelles.

Dans le chapitre précédent, nous avons montré comment le statut des médecins a été redéfini au prisme de ce nouvel impératif qu'est la promotion de la santé publique. L'histoire des médecins sous la République peut également être envisagée dans la continuité des transformations qui affectent la société chinoise, les élites urbaines et leurs relations avec l'État. L'organisation sociale de la médecine sous le gouvernement du Guomindang est ainsi tributaire de l'orientation corporatiste du régime, de sa volonté de restructurer la société selon des catégories modernes. La figure du médecin, quant à elle, s'intègre dans un nouvel espace social dessiné par l'émergence d'une classe moyenne et des « professions libérales » (*ziyou zhiye* 自由職業).

A - Les premières associations de médecins

Au début du XXe siècle, de nouvelles formes d'associations voient le jour dans les villes chinoises, comme les sociétés savantes (*xuehui* 學會), en même temps que les guildes de métiers (*gongsuo* 公所) se transforment. Ces différents groupements manifestent de plus en plus leur souci de l'intérêt collectif et empruntent aux institutions étrangères[309]. Au Zhejiang, de nouvelles institutions comme les chambres de commerce ou certaines associations, d'avocats

[309] BERGERE, Marie-Claire. *L'âge d'or de la bourgeoisie chinoise, 1911-1937*. Paris : Flammarion, 1986. p. 60-61.

par exemple, permettent à de nouvelles élites de jouer un rôle dans la politique locale[310]. Les praticiens de la médecine occidentale et, dans une moindre mesure, ceux de la médecine chinoise s'organisent eux aussi en associations. Elles servent de cadre aux échanges intellectuels, mais aussi à la constitution d'une forme d'identité collective, en particulier dans le cas des praticiens de la médecine occidentale. Si aucune de ces associations ne regroupe la totalité des médecins en activité, elles posent néanmoins les bases d'un esprit de groupe. Elles tendent également à défendre les intérêts de leurs membres, en particulier à partir des années 1920, au moment où l'État chinois entreprend de réguler l'exercice de la médecine.

1) La structuration rapide de la médecine occidentale

Les médecins-missionnaires sont les premiers à s'organiser en association en 1886 en fondant la *China Medical Missionary Association* (*Zhongguo boyi hui* 中國博醫會, CMMA) qui publie l'année suivante le premier numéro du CMMJ. L'association et sa revue ont pour objectif premier de développer un « esprit de corps » parmi les médecins-missionnaires, tout en leur donnant les moyens de dialoguer entre eux, mais aussi de faire la publicité de leur travail en Chine[311]. Publié en anglais, le journal s'adresse davantage à un public étranger que chinois. Les auteurs sont surtout des médecins-missionnaires, qui sont encouragés à proposer au moins un article par an. Cette activité est même présentée comme un de leurs devoirs selon les éditeurs de la revue. Le CMMJ doit servir de lieu de débat et permettre d'établir une stratégie collective. Dès l'introduction du premier numéro, plusieurs questions importantes sont posées aux contributeurs sur le rôle qu'ils doivent jouer en Chine et la meilleure manière d'atteindre leurs objectifs. Les médecins-missionnaires doivent-ils se consacrer directement à l'évangélisation ou se concentrer sur leur travail de soignant ? Doivent-ils apprendre le chinois, enseigner aux Chinois la médecine occidentale, etc. ? La plupart de ces interrogations renvoient à un problème central : doivent-ils être avant tout des médecins ou des missionnaires[312] ? Par ailleurs,

[310] SCHOPPA, R. Keith. *Chinese Elites and Political Change: Zhejiang Province in the Early Twentieth Century*. Cambridge : Harvard University Press, 1982. p. 5-6.

[311] BOONE, H. W. « The Medical Missionary Association of China », *China Medical Missionary Journal*. 1887, vol.1 nº 1. p. 1-5.

[312] YOUNG, Theron Kue-Hing. « A Conflict of Professions: the Medical Missionary in China, 1835-1890 », *Bulletin of the History of Medicine*. 1973, vol.47 nº 3. p. 250-272.

l'association et sa revue assurent aussi la défense des intérêts de ses membres auprès des associations missionnaires dont ils dépendent financièrement. Les articles publiés par les médecins-missionnaires sont autant de preuve de leur utilité pour l'évangélisation de la Chine. Enfin, le CMMJ veut combattre le fait que « les missionnaires médicaux sont parfois méprisés par les autres médecins en Chine » en montrant qu'ils sont tout aussi compétents et utiles, d'un point de vue médical, que les autres praticiens de la médecine occidentale en activité dans le pays. Les premiers développements de la médecine occidentale en Chine sont en effet marqués par une forme de compétition entre praticiens qui fait elle-même écho aux rivalités impériales.

La profession médicale est durablement marquée par ces divisions qui se ressentent jusque dans les premières associations qui voient le jour dans les années 1910. En 1915, une vingtaine de praticiens proches de la CMMA fondent l'Association médicale de Chine (*Zhonghua yixuehui* 中華醫學會, AMC). Si elle a théoriquement vocation à rassembler tous les médecins chinois formés à la médecine occidentale, elle se compose en fait surtout de ceux qui ont fait leurs études aux États-Unis, au Royaume-Uni ou au Canada, ainsi que de diplômés des écoles de médecine fondées en Chine par les ressortissants de ces trois pays, souvent des missionnaires. En 1932, la CMMA fusionne avec l'AMC ; elle garde le nom chinois de cette dernière et prend en anglais celui de *China Medical Association*[313].

Également en 1915, Hou Yuwen 侯毓汶, un médecin chinois formé au Japon à l'université de Chiba, fonde la Société médicale et pharmaceutique de la République de Chine (*Zhonghua minguo yiyao xuehui* 中華民國醫藥學會, SMPRC). Elle réunit les praticiens formés dans des institutions japonaises, le deuxième groupe le plus important en raison de l'influence grandissante du Japon. Au début du XXe siècle, les universités et écoles de médecine japonaises accueillent un nombre croissant d'étudiants chinois : en 1905, les Chinois étudiant la médecine au Japon sont plus nombreux que ceux partis aux États-Unis ou au Royaume-Uni[314]. Par ailleurs, la Société ferroviaire de la Mandchourie du Sud, tenue par les Japonais, établit en 1911 un hôpital et une école de médecine à Moukden (actuel Shenyang 瀋陽). Cette ville devient le principal pôle japonais d'enseignement de la médecine en Chine.

[313] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 153.

[314] HU, Xueying. « Chinese Medical Students in Japan and the Transformation of Medical Science in Modern China: a Study Focusing of Six Japanese Imperial Universitites », *Postgraduate Journal of Medical Humanities*. 2017, vol.4. p. 55-80.

L'arrivée des nationalistes au pouvoir encourage le rapprochement entre la CMMA/AMC et la SMPRC qui échangent de plus en plus à partir de 1928[315]. En effet, pour le gouvernement chinois comme pour les experts de l'Organisation d'hygiène de la SDN avec lesquels il collabore, la fragmentation de la profession médicale en fonction des affinités linguistiques constitue un obstacle à la modernisation du système de santé[316]. Encore au début des années 1930, malgré les rapprochements amorcés, les divisions persistent entre médecins chinois issus d'institutions anglophones, japonophones, mais aussi ceux, moins nombreux, qui ont étudié dans des établissements germanophones ou francophones[317].

Pendant la décennie de Nankin, l'AMC et la SMPRC rassemblent une part conséquente des praticiens de la médecine occidentale du pays. Forte de quelques 1700 membres, l'AMC est la première association de praticiens de la médecine occidentale en Chine, tandis que la SMPRC compte environ 800 membres[318]. Ensemble, elles représentent un tiers des praticiens de la médecine occidentale enregistrés. Elles sont surtout implantées dans les provinces et les villes de la côte. Les principales branches de l'AMC, fondée à Shanghai (Jiangsu), se trouvent à Nankin (Jiangsu), Pékin (Hebei), Canton (Guangdong), Hongkong, Changsha (Hunan), Jinan (Shandong), Suzhou (Jiangsu). La SMPRC est quant à elle présente dans plusieurs villes du Zhejiang et du Jiangsu, deux provinces qui concentrent respectivement 20 % et 18 % des praticiens de la médecine occidentale enregistrés en 1935, ainsi qu'à Pékin (Hebei) et Wuhan (Hubei). La présentation de l'AMC et de la SMPRC dans l'Annuaire du ministère de l'Intérieur de 1935 met en avant leurs activités de publication et de recherche[319]. Le *Chinese Medical Journal* (*Zhonghua yixue zazhi* 中華醫學雜志), le nouveau nom du CMMJ à partir de 1908, parait mensuellement en chinois et en anglais et constitue la plus importante revue médicale chinoise[320]. L'association organise des travaux de recherche dans différents domaines (santé

[315] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 153.

[316] *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. *Op. cit.* p. 25.

[317] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle Over China's Modernity*. Chicago : The University of Chicago Press, 2014. p. 128 ; ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 4.

[318] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G217.

[319] *Ibid.* p. G216.

[320] En 1932, il prend en anglais le nom de *Chinese Medical Journal*.

publique, tuberculose, médecine interne, chirurgie, etc.) et détient une bibliothèque de 250 titres dans de nombreuses langues. L'AMC assure par ailleurs la défense des intérêts de ses membres auprès du public. Selon le rapport présenté par son secrétaire général en 1933, l'association dispose par exemple d'un « service de défense » chargé d'assister ses membres dans les procédures en justice engagées contre eux[321]. Elle tente par ailleurs de protéger ses membres contre des concurrents qui recourent à une publicité mensongère.

Au moment où l'État chinois entreprend de réguler la pratique de la médecine, il existe donc des associations de praticiens de la médecine occidentale en mesure de représenter les intérêts de la profession, même si elles sont encore loin de rassembler la totalité des praticiens. L'AMC pétitionne le gouvernement en 1929, alors que les modalités d'enregistrement des praticiens de la médecine occidentale soulèvent le mécontentement des associations de médecins. Ces dernières s'opposent au fait que l'obtention d'une licence soit conditionnée à l'obtention d'un diplôme et voudraient obtenir un statut officiel pour les étudiants n'ayant pas terminé leur cursus ou pour les praticiens formés par la pratique dans un hôpital, mais n'ayant pas étudié la médecine dans une véritable école. Néanmoins, cette opposition ne semble pas avoir eu de conséquence sur la version finale du texte promulgué en 1930 qui entérine ces conditions d'enregistrement. Au moment de la création de l'Institut de médecine nationale, une nouvelle pétition est adressée par l'AMC pour s'opposer à ce que l'Institut soit intégré à l'administration sanitaire, ainsi que pour demander une révision des règles concernant les autopsies. À côté des structures nationales, des associations locales, telles que l'association des médecins de Shanghai (*Shanghai yishi gonghui* 上海醫師公會), fondée en 1925, militent également auprès du gouvernement national à propos des règles d'enregistrement des médecins. Elles s'opposent par exemple en 1929 à l'encadrement des honoraires par la municipalité de Shanghai et ce dernier n'est finalement jamais rendu effectif[322].

2) La mobilisation des praticiens de la médecine chinoise

Dans les premières années du XXe siècle, certains évènements ou rituels réunissent régulièrement les praticiens de la médecine chinoise. C'est notamment le cas de la célébration

[321] « Report of the general secretary », *CMJ*. 1934, vol.48 n° 5. p. 490-495.

[322] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 146-147.

de Sun Simiao, médecin du VIIe siècle, vénéré en tant que « Roi de la médecine » (*yaowang* 藥王). À Chengdu, le 28e jour du 4e mois du calendrier lunaire, c'est-à-dire pour l'anniversaire de Sun Simiao, les apothicaires et les médecins de la ville se rassemblent pour lui faire des offrandes[323]. Si ces manifestations sont peut-être l'occasion pour ces derniers d'exprimer l'appartenance au métier, elles n'ont pas une base institutionnelle ni une dimension strictement professionnelle, dans la mesure où elles rassemblent une population bien plus large que les seuls spécialistes de la médecine[324].

Les premières associations de praticiens de la médecine chinoise sont d'abord des formations locales d'envergure très limitée et ayant surtout une vocation intellectuelle. Une association chinoise de médecine et de pharmacie (*Zhonghua yiyao lianhe hui* 中華醫藥聯合會) est par exemple fondée en 1912 par Li Pingshu 李平書, un notable de Shanghai versé dans la médecine qui nourrit depuis plusieurs années le projet d'unifier la médecine chinoise et la médecine occidentale[325]. La plupart de ces organisations sont créées dans les grandes villes exposées à la présence étrangère, même si l'association médicale et pharmaceutique de Shenzhou (*Shenzhou yiyao zonghui* 神州醫藥總會, AMPS), fondée en 1913 à Shanghai, compte des membres dans plusieurs provinces dès le début des années 1920[326]. Dès sa création, cette association milite auprès du gouvernement pour défendre la cause de la médecine chinoise[327]. Par ailleurs, elle promeut son institutionnalisation en participant à la fondation d'hôpitaux, d'écoles de médecine et à la publication de revues médicales[328].

Le projet d'abolition de la médecine chinoise de 1929 entraîne une mobilisation sans précédent du monde médical chinois et renforce la cohésion des praticiens autour des associations qui les défendent contre le ministère de la Santé. L'AMPS organise avec d'autres associations de praticiens une manifestation le 17 mars pendant laquelle plus de 2000 médecins

---

[323] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 204.

[324] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 67.

[325] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 131-132.

[326] « Shenzhou yiyao zonghui kai changhui » 神州醫藥總會開常會 (Ouverture de la conférence régulière de l'AMPS), *Minguo ribao*. 25 août 1922, p. 11.

[327] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 135.

[328] « Shenzhou yiyao zonghui jinianhui » 神州醫藥總會紀念會 (Service commémoratif de l'Association de médecine chinoise de Chine), *Shishi xinbao*. 28 décembre 1921, p. 10.

ferment leur clinique pour protester contre le projet d'abolition[329]. Cet évènement est l'occasion pour les différentes associations de médecine chinoise du pays de s'unir en créant une Fédération nationale des associations médicales et pharmaceutiques (*Quanguo yiyao tuanti zonglian hehui* 全國醫藥團體総聯合會, FNAMP). D'une part, la FNAMP prend la tête du mouvement pour la médecine nationale en présentant au gouvernement et aux membres du parti un interlocuteur clairement identifié ; d'autre part, elle tente de structurer durablement une communauté de professionnels en demandant par exemple une contribution financière de la part de chaque médecin et de chaque pharmacie du pays[330]. La FNAMP remporte rapidement une grande victoire en obtenant le retrait de la proposition d'abolition et la création de l'Institut de médecine nationale[331]. Ce succès attire néanmoins l'attention du gouvernement et en particulier du ministère de la Santé qui considère à plusieurs égards ses statuts comme problématiques. Tout d'abord, le nom de la Fédération laisse entendre qu'elle rassemble tous les médecins et pharmaciens du pays alors qu'il ne s'agit que de ceux versés dans la médecine chinoise et non les praticiens de la médecine occidentale. Par ailleurs, le ministère pointe le fait que la Fédération abrite d'autres organisations dont la portée est aussi nationale, ce qui génère une forme de confusion sur sa structure. Enfin, la Fédération transgresse les frontières professionnelles qui sont justement en train d'être érigées entre médecins et pharmaciens en réunissant des associations relevant de ces deux professions. Finalement, la FNAMP est dissoute en 1931.

Entre-temps, la création de l'Institut de médecine nationale en 1931 fournit aux praticiens de la médecine chinoise un autre mode de représentation tout en opposant à ses détracteurs un projet de modernisation qui doit la rapprocher des connaissances scientifiques occidentales. Contrairement aux précédentes organisations qui, comme la FNAMP, avaient été créées « par le bas », cette institution semi-officielle dont la direction se compose essentiellement de membres du Guomindang apparaît d'emblée bien disposée à collaborer avec le gouvernement. Au cours des années 1930, la création de branches de l'Institut de médecine nationale dans les provinces et les districts étend sa portée à l'ensemble du pays. La branche sichuanaise voit le jour dès 1931 et envisage immédiatement l'organisation de nouvelles branches dans les villes

[329] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 106-108.

[330] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 199.

[331] *Ibid.* p. 151-152.

et les districts de la province[332]. Elle reçoit un financement du gouvernement provincial auquel peuvent s'ajouter des subventions exceptionnelles ou des levées de fonds auprès d'institutions ou de particuliers. En contrepartie, elle fournit aux autorités un bilan mensuel de son activité et de sa situation financière. Le financement des branches de district et ville suit le même fonctionnement, les fonds provenant du gouvernement local en échange d'une forme de contrôle. Concrètement, le travail des sections locales de l'Institut vise à promouvoir la médecine chinoise par la recherche, par exemple en collectant des prescriptions ou en employant des « experts en médecine » pour réaliser certaines missions. Certaines branches de district se dotent de leur propre revue médicale, comme celle de Dayi 大邑 à partir de 1932[333].

La pratique de la médecine chinoise et de la médecine occidentale se structure autour d'organisations d'envergure nationale qui médiatisent leurs rapports avec l'État chinois au moment où celui-ci étend son rôle dans le domaine médical. Toutefois, si ces premières associations réunissent un nombre croissant de membres, elles ne représentent jamais qu'une fraction des médecins en activité dans le pays, y compris les associations de praticiens de la médecine occidentale dont l'expansion est plus précoce. En raison de l'attitude particulièrement favorable de l'administration médicale à l'égard des praticiens de la médecine occidentale, les différends restent limités. À l'inverse, dans le cas de la médecine chinoise, c'est le conflit avec le ministère de la Santé qui pousse en 1929 les praticiens à s'organiser à travers le pays. Ce premier mouvement aboutit à la création de l'Institut de médecine nationale financé par l'État et dont les branches dans les provinces et les districts dépendent des subventions attribuées par les gouvernements locaux. Ainsi, au début des années 1930, les structures représentant les deux types de praticiens tendent plutôt à coopérer avec l'État dont elles partagent les projets : développer la médecine occidentale ou moderniser la médecine chinoise.

[332] APS, 113-01-373, Sichuansheng guoyiguan gexianshi guoyi zhiguan zuzhi dagang 四川省國醫館各縣市國醫支館組織大綱 (Aperçu de l'organisation des branches de l'Institut de médecine nationale du Sichuan dans les villes et districts), 1931.

[333] *Dayixian guoyi zhiguan guankan* 大邑縣國醫支館舘刊 (Revue de la branche de l'Institut de médecine nationale du district de Dayi), 1932, vol. 1 n°1. La bibliothèque provinciale du Sichuan où nous avons pu consulter cette revue n'a conservé que le premier numéro.

B - La réorganisation d'un système de représentation professionnelle à la fin de la République

L'intégration des associations de médecins dans les projets étatiques se renforce encore au cours des années 1930 et 1940, alors que le gouvernement nationaliste élabore un système de représentation professionnelle pour les praticiens des deux types de médecine. Des associations publiques de médecins (*yishi gonghui* 醫師公會) voient le jour dans les provinces et les districts de Chine, constituant un réseau parallèle à l'administration médicale. Leurs statuts sont encadrés par le gouvernement afin de garantir la cohérence du système, mais aussi dans l'idée de limiter la portée de leur action à la gestion des affaires internes à la profession. Cette politique favorise la structuration rapide de la profession : dans les années 1940, tous les praticiens enregistrés dans une localité sont en théorie membres de son association de médecins. Elle permet aussi à l'État de faciliter le gouvernement de la médecine en déléguant certaines prérogatives aux organisations professionnelles. Ce mode d'administration de la société chinoise n'est pas spécifique au monde de la santé. Dans les campagnes, des associations publiques de villages prennent également en charge certaines affaires locales, comme la modernisation des écoles ou la collecte des taxes. Elles remplacent peu à peu les organisations religieuses qui, jusqu'alors, encadraient la vie locale[334]. Le développement des associations de médecins répond donc à certains impératifs de gestion de la santé, mais il s'inscrit également dans une forme d'ingénierie sociale de l'État républicain.

1) Les associations publiques de médecins (*yishi gonghui* 醫師公會)

En 1929, parallèlement à la création d'un système de licence pour les praticiens de la médecine occidentale et à l'élaboration d'une administration sanitaire ramifiée à l'échelle du pays, le ministère de la Santé promulgue un Règlement sur les associations de médecins (*yishihui guize* 醫師會規則)[335]. Ce texte ne s'applique qu'aux praticiens de la médecine occidentale qui, à cette date, sont les seuls reconnus. Il rend la création de nouvelles associations obligatoire : une association doit être fondée dans chaque province et dans chaque ville ou

[334] DUARA, Prasenjit. *Culture, Power, and the State: Rural North China, 1900 - 1942*. Stanford : Stanford University Press, 2000. p. 148-149.

[335] WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* p. 197-199.

district comptant plus de dix médecins (*yishi* 醫師)[336]. Elles ont en quelque sorte le monopole de la représentation des intérêts de la profession, dans la mesure où il ne peut exister plus d'une « association de médecins » (*yishihui* 醫師會) par localité et que seules celles qui se conforment au règlement de 1929 sont autorisées à porter ce nom.

Le Règlement sur les associations de médecins encadre également l'organisation et le fonctionnement de ces institutions. L'association provinciale de médecins (*sheng yishihui* 省醫師會) rassemble les représentants des associations des villes et districts, le mode de désignation des représentants étant fixé par le règlement. Aucune assemblée générale ne peut se tenir sans que la moitié des représentants au moins soient présents. Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers, ce qui est également le cas pour les associations de villes et de districts. Chaque association doit transmettre ses statuts ainsi que la liste de ses membres au gouvernement local qui, après vérification, autorise sa création. Dans les localités où une association doit règlementairement être créée, les médecins disposent de six mois pour le faire. Passé ce délai, l'administration peut elle-même créer l'association, rédiger ses statuts et désigner ses membres. Le périmètre de compétences des associations publiques de médecins est limité et leur activité orientée par les impératifs sanitaires : elles ne peuvent délibérer que sur les questions « fixées par la loi et les statuts de l'association », celles touchant à la recherche et l'assistance médicale, ou celles soulevées par les autorités. Les pouvoirs publics peuvent par exemple ordonner aux associations de réaliser une enquête sur une question relative à la médecine ou l'hygiène. En somme, il s'agit d'organisations semi-officielles, obligatoires et encadrées par une règlementation précise. Les praticiens sont donc appelés à s'organiser en un système corporatif cohérent et hiérarchisé, fortement liés aux autorités sanitaires qui sont alors en train d'être mises en place aux différents échelons administratifs.

La Loi sur les médecins (*yishifa* 醫師法) de 1943 renforce le caractère obligatoire des associations et l'étend aux praticiens de la médecine chinoise, puisqu'ils sont désormais considérés comme des médecins à part entière (Annexe III. 5). Pour exercer légalement, tous les praticiens doivent désormais adhérer à l'association locale de médecins. Le fonctionnement de ces associations est détaillé dans une section spécifique de la loi. Comme le Règlement sur

[336] Ce règlement ne s'applique qu'aux praticiens de la médecine occidentale qui, à cette date, sont les seuls reconnus comme *yishi* 醫師.

les associations de médecins avant elle, cette loi encadre précisément les statuts des associations et réitère l'autorité de l'administration sanitaire sur elles ainsi que leurs membres. Ces associations sont désignées par le terme *gonghui* 公會 (littéralement « association publique »). Cette expression a déjà été employée dans la règlementation sur la médecine et son usage est relativement courant pour les associations de métiers (*tongye gonghui* 同業公會). Cependant, le fait que la loi de 1943 entérine cette appellation pour les associations de praticiens n'est pas tout à fait anodin. Cette qualification tranche avec l'attitude adoptée par le ministère de la Santé en 1929 à l'égard des associations de médecins, qu'il considérait alors comme des « associations privées » (*siren tuanti* 私人團體). Par exemple, en 1929, l'association publique des médecins de Shanghai (*Shanghai yishi gonghui* 上海醫師公會) demande une modification du Règlement provisoire sur les médecins. Malgré son nom, le ministère considère qu'il s'agit d'une association privée et qu'elle ne peut en conséquence pas participer à l'élaboration des lois. De la même manière, lorsqu'il conteste la même année la légalité de la FNAMP, le ministère la qualifie d'association privée[337]. Il convient de noter que le projet de Règlement provisoire pour les médecins désignait initialement les associations de médecins en employant l'expression « association *publique* de médecins » (*yishi gonghui* 醫師公會), mais le caractère *gong* 公, qui signifie « public », est finalement abandonné dans la version finale du texte promulgué en 1929. Il y est seulement fait mention d'« association de médecins » (*yishi hui* 醫師會)[338]. Comme le montre Xu Xiaoqun, il n'existe alors pas de définition stricte de ce qui constitue une association privée ou publique. L'emploi de ces termes est donc étroitement lié aux stratégies de légitimation mises en œuvre par les groupes sociaux en question d'une part et par l'État d'autre part. Pour l'administration sanitaire, le fait de considérer certaines organisations, qui lui échappent, comme défendant des intérêts privés permet de contenir leurs revendications et leurs potentielles tentatives de contestation. À l'inverse, elle renforce la légitimité des structures établies sous son contrôle, dans le cadre d'une législation stricte, en leur reconnaissant un caractère public.

Ce type d'associations semble ainsi devenir le mode d'organisation professionnel normal pour les deux types de médecins, ce qui est clairement perceptible au Sichuan. À Chengdu, il

[337] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 148-151.

[338] WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* p. 195-197.

existe depuis 1932 une « association de médecine nationale » (*guoyi gonghui* 國醫公會). Elle est réorganisée et prend le nom d'« association de praticiens de la médecine chinoise » (*zhong yishi gonghui* 中醫師公會) en 1941, puis se conforme en 1943 aux consignes de la Loi sur les médecins[339]. Selon le Département des affaires sociales, à la fin des années 1940, sur les 138 districts du Sichuan, 99 ont au moins une association de médecins (97 de praticiens de la médecine chinoise et 29 de praticiens de la médecine occidentale)[340]. La plupart ont été fondées en 1943 ou peu de temps après, mais au moins une quinzaine existaient déjà dans les années 1930, dont cinq fondées dès 1936. En somme, il semble que la Loi sur les médecins encourage la création de nouvelles associations ou pousse à leur réorganisation en conformité avec la loi, ce qui se traduit par une augmentation rapide du nombre d'associations enregistrées après 1943 (Annexe IV. 2. Graphique 1). C'est dans le cas de la médecine chinoise que l'effet de la législation est le plus remarquable. Alors que les organisations regroupant ses praticiens étaient plutôt rares dans le pays avant la fin des années 1920, et quasiment inexistantes au Sichuan, elles sont présentes dans la quasi-totalité de la province à la fin des années 1940.

2) Des corps intermédiaires au service de l'État

Les associations de médecins se voient déléguer certaines prérogatives quant à la supervision de la médecine et des médecins. Elles participent notamment à la gestion des problèmes disciplinaires. Selon le règlement de 1929, portant sur les praticiens de la médecine occidentale, les autorités doivent consulter l'association de médecins locale avant de pouvoir suspendre un praticien, en cas de mauvais comportement par exemple (article 21). Une

[339] CAI, Qing 蔡晴. « Cong "guoyi gonghui" dao "zhongyi gonghui" : minguo shiqi Chengdu zhongyi zhiye tuanti de xingzhong zhuanbian » 从国医公会"到"中医师公会":民国时期成都中医职业团体的兴衰转变 (Des "associations publiques de médecine nationale" aux "associations de praticiens de la médecine chinoise" : essor et déclin des organisations professionnelles de praticiens de la médecine chinoise à Chengdu pendant la période républicaine), *Xinan minzu daxue xuebao*. 2017, vol.38 nº 9. p. 207-213.

[340] Des données sommaires sur ces associations sont compilées dans un registre sur l'enregistrement des organisations de personnes (*renmin tuanti zhucebu* 人民團體注冊簿), APS, 118-02-3131, 3132 et 3135. Ce registre couvre tous les districts du Sichuan et agrège les déclarations d'enregistrement des associations de la province entre la fin des années 1930 et les années 1940, les entrées les plus tardives datant de 1949. Certaines associations n'entrent dans le registre que lorsqu'elles modifient leurs statuts et non lors de leur création initiale, dont on ne connaît donc pas la date.

disposition similaire est incluse dans le règlement provisoire sur les praticiens de la médecine chinoise de 1940. La loi de 1943 va même un peu plus loin dans son article 38 : si l'un des membres « a un comportement qui viole la loi ou les statuts de l'association », cette dernière est tenue de statuer sur ce cas, puis d'en transmettre les preuves au Bureau national de santé avant d'exclure le membre en question, ce qui revient à lui interdire de pratiquer dans cette localité. Ces obligations sont effectivement intégrées dans les statuts des associations, comme le montrent ceux de l'association de praticiens de la médecine chinoise du district de Guanghan[341]. L'article 7 liste les causes qui peuvent amener un membre à quitter l'association, comme le fait de se rendre « traître à la patrie » (*hanjian* 漢奸), le fait d'avoir été privé de droits publics (*chiduo gongquan* 褫奪公權), l'infraction aux principes et conventions de l'association ou encore les troubles mentaux et comportements irréguliers. Lorsqu'un médecin quitte l'association, elle révoque son certificat et informe le gouvernement de sa décision.

L'activité des groupements professionnels facilite aussi le processus d'enregistrement, en fournissant à l'administration des informations à jour. Ils effectuent un recensement des praticiens en activité dans leur localité, comme le prévoient les statuts l'association de Guanghan, mais aussi ceux de l'association provinciale des praticiens de la médecine chinoise[342]. En outre, les associations de praticiens informent l'administration de toutes les modifications dans la liste de ses membres, en cas de décès, lorsqu'un praticien part s'installer dans un autre district ou s'il cesse son activité. Ces déclarations incluent des détails relativement précis, tels qu'un exposé succinct des causes qui poussent un praticien à cesser d'exercer[343]. Cette pratique ne dispense pas les médecins ou leur entourage de notifier à l'administration un changement de situation, mais elle permet aux autorités locales de suivre le mouvement des praticiens, même en cas de manquement de la part de ces derniers.

Pour les praticiens, le fait d'être membre d'une association peut faciliter les démarches d'enregistrement : avoir intégré une organisation professionnelle atteste déjà d'une forme de reconnaissance de ses qualifications. Dans les demandes de licence déposées par les praticiens

[341] APS, 186-01-1739, Guanghanxian zhongyishi gonghui zhangcheng 廣漢縣中醫師公會章程 (Statuts de l'association des praticiens de médecine chinoise du district de Guanghan),1942.

[342] APS, 186-01-1739, Sichuansheng zhongyishi gonghui zhangcheng 四川省中醫師公會章程 (Statuts de l'association des praticiens de médecine chinoise du Sichuan), 1943.

[343] Plusieurs de ces déclarations de changement sont conservées dans les archives provinciales du Sichuan, notamment APS, 186-01-2030.

de la médecine chinoise, le fait d'être ou d'avoir été membre d'une organisation professionnelle est souvent présenté comme une forme d'enregistrement officiel. Les formulaires d'enregistrement comportent presque systématiquement une case demandant au postulant s'il a par le passé été enregistré auprès des autorités. La formulation laisse généralement peu de doute sur la nature de l'autorité en question : il s'agit soit du gouvernement local (*difang zhengfu* 地方政府), soit du bureau de police (*jingchaju* 警察局), et non d'une association de praticien. Cela n'empêche pas certains demandeurs de licence de considérer que leur inscription dans certaines organisations professionnelles reconnues par l'État a une valeur comparable à une licence délivrée par un gouvernement local. Par exemple, plusieurs médecins chinois du district de Yibin 宜賓 mentionnent leur appartenance à l'association de médecins chinois du district dans la case « détenez-vous une licence d'exercice [délivrée par] le gouvernement ou le bureau de police de votre province, ville ou district »[344].

Pour les praticiens de la médecine occidentale aussi, l'adhésion à une association équivaut parfois à un enregistrement officiel. En 1943, le président de l'association des médecins de Chengdu adresse un courrier au Département de santé provincial pour dispenser plusieurs de ses membres de devoir fournir à l'administration sanitaire certains des documents nécessaires à leur enregistrement. Il se porte garant des médecins en question et avance pour justifier sa demande que lors de leur adhésion à l'association, ils ont été, comme tous les autres membres, « soumis à un examen rigoureux et [ont dû] transmettre le certificat de médecin exigé par le Bureau national de santé »[345]. Le Département de santé accepte et demande à l'association de produire un « certificat de garant » (*baozhengshu* 保證書) pour chacun des médecins concernés. Cette demande semble plutôt inhabituelle et les raisons pour lesquels les praticiens ne souhaitent pas transmettre les documents en question ne sont pas évoquées[346]. Ces différents

[344] APS, 113-01-0614. De la même manière, un médecin du district de Shifang inscrit dans la case « Êtes-vous déjà enregistré auprès d'un gouvernement local » son adhésion à plusieurs organisations, dont la branche locale de l'Institut de médecine nationale et l'Association de médecins chinois. APS, 113-01-0358, Curriculum vitae pour demande de certificat : Guo Yunsheng 郭蘊生, 1943.

[345] APS, 113-01-0327, Lettre du directeur du conseil d'administration de l'association publique de médecins de la ville de Chengdu, 14 août 1943.

[346] Il ne s'agit vraisemblablement pas d'un traitement de faveur pour des praticiens n'ayant pas exactement les qualifications requises. Le seul sur lequel on dispose d'informations précises tend à invalider cette hypothèse ; il s'agit de Liu Yunbo 劉雲波 (1905-1999), une spécialiste d'obstétrique qui a obtenu son doctorat à l'université de Iéna et occupe pendant et après la guerre plusieurs postes

exemples montrent que les associations de praticiens jouent parfois le rôle d'intermédiaire entre les médecins qui font une demande d'enregistrement et l'administration sanitaire et que le fait d'en être membre peut être vu comme une garantie.

Les associations sont également impliquées dans l'évaluation et la qualification des médecins. C'est notamment le cas des associations de praticiens de la médecine chinoise, qui participent à la constitution des comités d'évaluation chargés d'examiner les dossiers de demande et d'organiser les tests que passent certains demandeurs de licence. Ces comités sont mentionnés pour la première fois par le règlement temporaire sur les médecins de 1929, mais il ne dit rien de leur composition. Le comité d'évaluation des médecins (*yishi zhenbie weiyuanhui* 醫師甄別委員會), qui est créé en 1936 pour organiser au niveau national des examens permettant aux praticiens de la médecine occidentale d'obtenir une licence, est présidé par un membre du Bureau national de santé et se compose de neuf « experts médicaux » (*yixue zhuanjia* 醫學專家)[347]. Pour les praticiens de la médecine chinoise, des comités d'évaluation similaires sont mis en place pour les gouvernements locaux (districts ou villes)[348]. Ils sont là présidés par un membre de l'administration sanitaire ou du gouvernement du district qui s'appuie sur les associations locales de médecins pour recruter ses membres. Par exemple, le comité d'évaluation préliminaire des praticiens de la médecine chinoise du district de Wan qui voit le jour en 1938 se compose, selon l'article 3 de ses statuts, de cinq à neuf experts médicaux issus de l'association de médecins chinois du district. Il est par ailleurs précisé que « ces membres sont nommés par le gouvernement du district de Wan en consultation avec l'association de médecins chinois du district »[349]. Cette collaboration déleste en outre l'administration de la charge financière que représente l'établissement du comité, l'association de médecins assurant temporairement le financement du comité le temps que les frais

---

importants dans des institutions médicales publiques. Il est en revanche plus probable que les documents demandés aient été perdus ou détruits, ce qui arrive fréquemment pendant la guerre.

[347] WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* p. 204.

[348] ADS, 42-01-523, Xiuzheng zhongyi shencha guize 修正中醫審查規則 (Modifications des règles de sélection des praticiens de médecine chinoise), 1937.

[349] APS, 113-02-3488, Wanxian zhongyi chushencha weiyuanhui zuzhi guize 萬縣中醫初審查委員會組織規則 (Règles d'organisation du comité d'examen préliminaire des praticiens de la médecine chinoise du district de Wan), 1er août 1938.

d'enregistrement payés par les médecins à l'administration permettent d'en couvrir les dépenses[350].

Non seulement la législation impose les créations d'associations professionnelles, mais de surcroît l'administration délègue à ces dernières une partie du travail de supervision des médecins. Pour les autorités, cette solution permet visiblement de se délester du poids des nouvelles décisions politiques et de limiter le coût de leur application. En effet, l'administration sanitaire est encore relativement récente, en particulier dans la province du Sichuan, et son financement reste problématique. En outre, son champ d'action s'étend à partir de 1936 des quelques praticiens de la médecine occidentale à la multitude de praticiens de la médecine chinoise que compte la province. De leur côté, les médecins conservent une certaine autonomie, notamment en matière disciplinaire ou concernant l'enregistrement, ce qui permet en retour d'alléger la méfiance vis-à-vis de l'administration, particulièrement chez les praticiens de la médecine chinoise.

Au-delà de la collaboration avec l'administration sanitaire, les associations publiques de médecins permettent également au Guomindang de renforcer son ancrage dans la société chinoise. En 1943, l'association de praticiens de la médecine chinoise du district de Hechuan impose à ses adhérents d'être par ailleurs membres du Guomindang, ce qui revient à imposer l'adhésion au parti à tous les médecins souhaitant exercer dans cette localité[351]. Sur les listes de membres des associations de médecins, certains responsables déclarent parmi leurs expériences professionnelles les fonctions qu'ils ont pu occuper au sein du parti. Par exemple, le président de l'association de praticiens de la médecine chinoise du district de Mabian 馬邊 dit avoir présidé le conseil d'administration de la branche provinciale du Guomindang (*shengdangbu lishiyi zhang* 省黨部理事議長)[352].

[350] APS, 113-02-348, Wanxian zhongyi chushencha weiyuanhui banshi xize 萬縣中醫初審查委員會辦事細則 (Règles de fonctionnement du comité d'examen préliminaire des praticiens de la médecine chinoise du district de Wan), 8 décembre 1938.

[351] YANG, Nianqun 杨念群. *Zai zao « bing ren »*. *Op. cit.*

[352] APS, 186-01-2030, Mabianxian zhongyishi gonghui huiyuan mince 馬邊縣中醫師公會會員名冊 (Liste des membres de l'association publique de praticiens de la médecine chinoise du ditrict de Mabian), non daté (vers 1945).

La création par le haut d'un système de représentation pour la profession médicale atteste d'un certain mode de gestion des rapports entre l'État et la société pendant la période républicaine, caractérisé par une volonté de contrôle et de délimitation du champ social. Comme le suggère Joseph Fewsmith dans son analyse des associations de marchands, les modes de représentation corporatistes encouragés par le gouvernement remplissent certaines fonctions « négatives »[353]. Tout d'abord, dès le Règlement sur les associations de médecins de 1929, ces structures encadrées par le pouvoir ont le monopole de la représentation de la profession, ce qui prévient l'émergence d'organisations autonomes. En outre, ces associations s'intègrent dans une logique de « compartimentation » de la société en groupes d'intérêt limités. Cela est clairement perceptible à travers l'édification d'une barrière institutionnelle entre les médecins chinois, d'une part, et les vendeurs ou fabricants de médicaments, d'autre part, alors que ces groupes s'étaient conjointement mobilisés lors du mouvement de défense de la médecine nationale. Le cas de la médecine présente en outre certaines similitudes avec ce qu'observe Vincent Goosaert à propos de la politique religieuse sous la République. Selon lui, l'édification de structures nationales ayant vocation à représenter auprès du gouvernement les différentes religions présentes en Chine participe autant d'une volonté de contrôle que d'une délimitation du religieux[354]. La réorganisation de la profession médicale à la fin de la République s'inscrit donc dans une tendance plus générale de l'État chinois à structurer la société en groupes distincts dotés de modes de représentation institutionnalisés.

C - Le rang social du médecin

En plus de constituer un intermédiaire entre l'État et les médecins, les associations professionnelles contribuent à définir la place de la profession dans une société chinoise en profonde évolution. Paradoxalement, alors qu'ils constituent un groupe de mieux en mieux identifiable et organisé, leur positionnement social est problématique. Depuis la dynastie Song, la pratique de la médecine était une activité valorisée pour les membres de l'élite lettrée et

[353] FEWSMITH, Joseph. *Party, State, and Local Elites in Republican China: Merchant Organizations and Politics in Shanghai, 1890-1930*. Honolulu : University of Hawaii Press, 1985. p. 191.

[354] GOOSAERT, Vincent. « L'invention des "religions" » in Anne CHEUNG (dir.) *La pensée en Chine aujourd'hui*. Paris : Gallimard, 2007, p. 480.

souvent présentée comme la meilleure voie derrière la carrière de fonctionnaire[355]. Encore sous les Qing, nombreux sont les auteurs à reprendre à l'aphorisme du célèbre lettré Fan Zhongyan 範仲淹 (989-1052) : « Si vous ne pouvez pas devenir un bon ministre, devenez un bon médecin »[356]. L'émergence au XIIe siècle du terme de « médecins lettrés » (*ruyi* 儒醫) souligne précisément la proximité entre les médecins les mieux éduqués et les fonctionnaires, qui ont en partage la culture livresque, et parfois la connaissance des classiques confucéens.

Ces repères sont bouleversés au début du XXe siècle par la suppression des examens impériaux en 1905 qui entraîne une recomposition des élites chinoises et le développement de la médecine occidentale promue par les gouvernements républicains. De nouvelles catégories sociales émergent, en tous les cas visibles dans la documentation administrative, dont celle des « professions libérales » (*ziyou zhiye* 自由職業), qui regroupe médecins, avocats, journalistes, comptables et ingénieurs[357]. Ces professions ont en commun d'être de plus en plus règlementées et structurées, ce qui explique sans doute pourquoi elles sont traitées par l'administration séparément des autres groupes de métiers. Le Département des affaires sociales du Sichuan enregistre ainsi les « organisations de professions libérales » (*ziyou zhiye tuanti* 自由職業團體) séparément des « organisations commerciales » (*shangye tuanti* 商業團體), ces dernières comprenant notamment les associations de pharmaciens, mais aussi les commerçants de produits alimentaires[358]. Ces « professions libérales » se distinguent donc du commerce de marchandises ou de services. Elles désignent des métiers intellectuels, modernes et urbains, récemment constitués et construits sur de nombreux emprunts à l'étranger. Si les praticiens et les institutions de la médecine occidentale épousent bien ces caractéristiques, ce n'est pas tellement le cas des praticiens de la médecine chinoise, d'où un certain paradoxe : ceux qui constituent numériquement la majeure partie des « professions libérales » sont en même temps les plus éloignés de leur identité sociologique. Outre la revendication d'un statut égal à celui des praticiens de la médecine occidentale, c'est le rang social des praticiens de la médecine

[355] HYMES, Robert P. « Not Quite Gentlemen? Doctors in Song and Yuan ». *Op. cit.*

[356] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 85 ; GOLDSCHMIDT, Asaf. *The Evolution of Chinese Medicine: Song Dynasty, 960-1200*. New York : Routledge, 2011. p. 44.

[357] XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 121-122.

[358] C'est ce que montre par exemple le classement des organisations déclarées en 1949. APS, 186-02-3140.

chinoise qui se joue dans leur intégration à cette catégorie. Les « professions libérales » bénéficient d'un certain prestige qui découle en partie de l'idée que leurs membres ne se livrent pas un simple commerce, mais servent l'intérêt général. Il s'agit là d'un élément important, sinon central, du discours porté par les organisations professionnelles. De même que le statut de « médecin confucéen » (*ruyi* 儒醫) permettait de souligner les liens entre une partie des praticiens et les fonctionnaires impériaux, le titre de « médecin » (*yishi* 醫師) permet de revendiquer une place parmi l'élite de la Chine moderne.

1) Les médecins, entre classe moyenne et bourgeoisie

Au début du XXe siècle, dans les grandes villes chinoises et en particulier à Shanghai, l'idée de « classe moyenne » émerge dans la presse pour décrire cette portion de la société située entre les classes laborieuses et l'élite[359]. Au début de la période républicaine, plusieurs commentateurs tentent de cerner les contours et de définir l'identité de ce groupe. Les penseurs qui s'inscrivent dans la théorie marxiste le situent en fonction de son contrôle des moyens de production : dans les années 1920, Mao Zedong distingue entre la classe capitaliste et le prolétariat deux autres groupes, les petits et les moyens-possédants, selon que leurs intérêts de classe en fait des alliés ou des ennemis de la révolution[360]. Pour d'autres auteurs, ce groupe intermédiaire se définit par un niveau de revenu qui lui permet, sans être riche, d'être préservé du besoin, et qui est garanti par la maîtrise de certaines compétences[361]. Certains distinguent à l'intérieur de la « classe moyenne » une « classe intellectuelle », à laquelle appartiennent les journalistes, les professeurs de l'enseignement élémentaire ou secondaire, ou encore les médecins. Cette réflexion sociologique se nourrit des apports de l'étranger et notamment du Japon, comme l'atteste par exemple un texte du sociologue japonais Shôtaro Yoneda (1873-1945) traduit dans les pages du *Shishi xinbao* en 1921. Ce texte discute brièvement la place

[359] Les sources chinoises parlent de « classes moyennes » (*zhongdeng jieji* 中等階級) ou de « société moyenne » (*zhongdeng shehui* 中等社會, *zhongliu shehui* 中流社會).

[360] Cette idée est développée dans un texte publié en 1925 et intitulé *Analyse des classes sociales en Chine* (Zhongguo shehui ge jieji de fenxi 中國社會各階級的分析). *Mao Zedong xuanji* 毛泽东选集 (Oeuvres choisies de Mao Zedong). Beijing : Renmin chubanshe, 1991 (1ere édition en 1951), vol.1, p. 3.

[361] MAO, Peijie. *Popular Magazines and Fiction in Shanghai, 1914-1925: Modernity, the Cultural Imaginary, and the Middle Society*. Lanham : Lexington Books, 2021. p. 10-19.

problématique du médecin, qu'il situe à la jonction entre la « classe des professionnels libéraux et indépendants » (*duli ziyou zhiyezhe* 獨立自由職業者) et la « classe des salariés » (*yuegei jieji* 月給階級), selon qu'ils pratiquent à leur compte ou qu'ils sont employés dans un hôpital ou une institution publique.

Cet article soulève ainsi un premier problème : le médecin appartient au monde des professionnels indépendants ou à celui des salariés. Cette dichotomie est présente dans les curriculum vitae remplis par les médecins pour demander leur licence, qui distinguent en général la pratique libérale (*kaiye* 開業, qui signifie « ouvrir un commerce ») des fonctions (*zhiye* 職業) qui ont été occupées dans différents établissements ou institutions[362]. Dans ces documents, l'administration interroge presque systématiquement les médecins sur leur pratique libérale, comme le montrent les deux échantillons aléatoires de formulaires de curriculum vitae remplis respectivement par des praticiens de la médecine chinoise et occidentale (Annexe IV. 3. Tableau 1)[363]. À l'inverse, toujours selon ces échantillons, un peu moins de la moitié des curriculum vitae que l'administration demande aux médecins de remplir comportent une case faisant référence aux fonctions qu'ils ont pu exercer (Annexe IV. 3. tableau 2). Ainsi, la forme même des formulaires montre que la pratique à son compte est envisagée par l'administration comme un élément essentiel dans le parcours du médecin, contrairement au fait d'avoir été employé dans une institution, qui relève plutôt du détail. Les informations données par les médecins confirment qu'ils ont presque tous exercé à leur compte à un moment de leur carrière (Annexe IV. 3. Tableau 1)[364].

Toutefois, la part des praticiens de la médecine occidentale déclarant une activité libérale (environ six sur dix) est bien plus faible que celle des praticiens de la médecine chinoise (presque neuf sur dix). Les premiers sont en revanche systématiquement interrogés sur les fonctions qu'ils ont pu exercer au cours de leur carrière et sont plus nombreux à avoir été

[362] Pour désigner la pratique de la médecine en général (à son compte ou dans un hôpital) l'administration emploie un autre mot, *xingye* 行業 (littéralement, « pratiquer le métier »). Exemple : 行業年限 (« nombre d'années à pratiquer le métier »).

[363] Sur la forme de ces formulaires de curriculum vitae (*lülibiao* 履歷表), voir Annexe II. 1.

[364] À la même époque à Shanghai, la quasi-totalité des praticiens de la ville sont installés à leur propre compte. SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 182-184

médecins dans un hôpital, une école ou l'armée (Annexe IV. 3. tableau 2)[365]. Plus rarement, ils peuvent enseigner dans une université ou un centre de formation professionnelle. Parmi les formulaires analysés, un seul praticien de la médecine occidentale déclare avoir toujours travaillé à son propre compte[366]. Né vers 1905 dans le district de Xindu 新都, il obtient son diplôme de l'université de Hambourg en 1935 puis ouvre sa pratique à Chengdu où il a exercé pendant six ans à la date de son enregistrement. Deux autres médecins ne mentionnent que leur expérience comme professeur, respectivement à la WCUU et à l'université de Pékin, mais il peut s'agir de déclarations sélectives, ne retenant que les fonctions les plus valorisées, et il est donc tout à fait possible qu'ils aient exercé d'autres fonctions[367]. Le fait d'avoir exercé la médecine dans un établissement plutôt qu'à son propre compte est donc une situation très courante pour les praticiens de la médecine occidentale.

Les praticiens de la médecine chinoise, en revanche, pratiquent surtout à leur propre compte et seulement une minorité a exercé dans une institution au cours de sa carrière : c'est le cas d'un quart de ceux dont les formulaires de demande de licence ont été analysés (Annexe IV. 3. tableau 2). Par ailleurs, il arrive que des praticiens exercent à titre bénévole dans des établissements de charité, une pratique qui semble inexistante pour les praticiens de la médecine occidentale[368]. Par exemple, un médecin du district de Deyang 德陽 fonde dans ce district une

[365] Le fait d'avoir exercé des fonctions dans un établissement ne signifie peut-être pas que le médecin y est salarié. Nous savons que dans certaines institutions, comme les centres de santé (*weishengyuan* 衛生院) les médecins sont salariés. Par contre, dans la plupart des cas, nous ne savons pas si les médecins qui travaillent dans un hôpital sont salariés ou se rémunèrent directement sur les honoraires versés par leurs patients.

[366] Son formulaire d'enregistrement comporte bien une case, laissée vide, intitulée « lieux où [vous] avez servi, position et durée » ; APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour inscription : Yang Yi 楊毅, 1942. C'est le seul praticien de la médecine occidentale de notre échantillon n'ayant donné aucune information sur ce point, malgré la présence d'une section spécifique. Cinq autres ne déclarent aucun poste ou fonction, mais cela s'explique plutôt par la forme des formulaires qui leurs sont adressés, qui ne laissent pas d'espace pour ce genre d'information.

[367] De nombreux formulaires présentent visiblement des lacunes et ne permettent pas de reconstituer l'ensemble de la carrière d'un médecin, ce dernier déclarant seulement ses postes les plus récents ou, dans d'autres cas, les plus prestigieux.

[368] Quatre praticiens de la médecine chinoise déclarent explicitement « offrir des consultations » (*songzhen* 送診) ou bien exercer dans un « endroit où l'on offre des consultations » (*songzhenchu* 送診處). Six autres ont été médecin dans une institution charitable (comme par exemple un centre de secours, *jiujiyuan* 救濟院, ou un orphelinat, *yuyingtang* 育嬰堂), mais sans qu'il soit possible de déterminer avec certitude si leur service est rémunéré. Nous n'avons trouvé aucun cas de figure similaire pour les praticiens de la médecine occidentale.

clinique à son nom en 1935, un an après avoir terminé ses études dans une école de médecine de Chengdu, et y pratique encore à la date de son enregistrement, en 1940. En parallèle, il est médecin dans un « établissement où l'on offre des consultations » dans ce même district. Le fait de combiner activité médicale dans une institution et pratique à son compte ne semble pas spécifique aux praticiens qui interviennent dans des établissements de charité. Un médecin du district de Chongqing 崇慶 pratique à son compte à partir de 1934 et tient par ailleurs des fonctions de « médecin scolaire » (*xiaoyi* 校醫) dans cette localité. Néanmoins, il est plutôt rare pour les praticiens de la médecine chinoise d'avoir été employés dans un hôpital, tandis que c'est le cas de beaucoup de médecins à l'occidentale.

La tension qu'identifie Shôtaro Yoneda entre pratique libérale et salariat à l'intérieur de la profession médicale recouvre donc en quelque sorte la démarcation entre médecine chinoise et occidentale. La première penche du côté de la pratique indépendante, ponctuellement associée à des fonctions dans une école ou, plus rarement, un hôpital. La médecine occidentale quant à elle est davantage institutionnalisée, avec une présence plus marquée des hôpitaux dans les carrières des praticiens, qui exercent aussi bien comme employés qu'à leur propre compte.

S'ils peuvent exercer de manière indépendante ou salariée, les médecins peuvent aussi faire figure d'entrepreneurs, à la tête d'un voire plusieurs établissements. Les archives de la province du Sichuan permettent ainsi de documenter le cas de Liu Yueting 劉月亭 (né vers 1886), un médecin du district de Rong 榮 qui fonde deux hôpitaux dans les années 1930. Après avoir été diplômé en médecine à la WCUU en 1920, il retourne dans son district natal et travaille à l'hôpital Renji 仁濟醫院, affilé à la mission méthodiste canadienne, dont il devient le directeur[369]. En 1933, il quitte les missionnaires et fonde son propre établissement, l'hôpital Tonji, avec un capital de 8000 yuans[370]. Lorsque son hôpital est recensé à la fin des années 1930, Liu précise que les fonds qui ont permis de créer l'hôpital proviennent des « produits de ses propriétés foncières et non de subventions publiques ou de souscriptions ». Il compte en 1938 plus de 80 lits, un personnel médical de 11 personnes (deux médecins, trois préparateurs, deux sages-femmes et quatre infirmiers) et génère un bénéfice d'environ 100 yuans par mois, la plupart des recettes provenant des patients hospitalisés. Il a ainsi une taille comparable, voire

[369] WCUU, 11-278-4399, Catalogue annuel de la WCUU, décembre 1929, p. 134.

[370] APS, 113-01-0296, Formulaire d'enquête : hôpital Tongji 同濟醫院, non daté (vers 1938).

supérieure, à l'hôpital méthodiste, le seul autre établissement médical recensé dans le district. En 1936, Liu crée une annexe de l'hôpital Tongji dans le district voisin de Weiyuan, un établissement de plus petite envergure dont la fondation mobilise une somme de 200 yuans qu'il puise dans ses fonds propres[371]. Il est géré par un jeune médecin de 22 ans, et compte un préparateur, deux sages-femmes, et quatre infirmiers pour 34 lits. C'est, là encore, le plus grand établissement médical recensé dans le district.

Bien que l'ampleur de l'entreprise de Liu Yueting soit exceptionnelle, il est loin d'être le seul médecin en mesure d'investir un capital important dans son hôpital et d'employer une main-d'œuvre relativement nombreuse. En 1935, un médecin de Mianyang 綿陽 investit un capital personnel de 1000 yuans dans la fondation d'un hôpital ou travaillent deux autres médecins, une sage-femme et trois infirmiers[372]. En 1932, dans le district de Dazu 大足, un ancien médecin militaire fonde un hôpital avec une somme de 800 yuans, dont 300 ont été empruntés et 500 proviennent de ses fonds propres[373]. Cet établissement compte en 1938 deux médecins, un pharmacien, un préparateur et trois infirmiers. Tous ces exemples de médecins-entrepreneurs sont des praticiens de la médecine occidentale. Les établissements privés fondés par des praticiens de la médecine chinois s'apparentent davantage à des cliniques où pratiquent plusieurs médecins, sans employer de main-d'œuvre médicale auxiliaire (infirmiers, sages-femmes, etc.) et dont le capital, lorsqu'il est mentionné, est généralement restreint.

2) La médecine chinoise, une « profession libérale » ?

L'intégration de la médecine chinoise dans la catégorie des professions libérales lui confère une dignité en l'élevant au-dessus des autres métiers de service. Contrairement à ces derniers, le médecin, comme l'avocat ou le journaliste, dispose d'un savoir théorique et de compétences spécialisées. Dans le cas des autres professions libérales, ce savoir est acquis dans

[371] APS, 113-01-0511, Formulaire d'enquête : annexe de l'hôpital Tong à Weiyuan 威遠同濟分院, 28 novembre 1938. Les fonds nécessaires pour créer l'hôpital annexe sont plutôt réduits car les locaux qui l'accueille sont loués et parce qu'une partie de sa pharmacie et de son équipement sont fournis par le premier établissement, comme l'explique Liu Yueting.

[372] APS, 113-01-0296, Formulaire d'enquête : société médicale Zhonghe 中和醫社, non daté (vers 1938).

[373] APS, 113-01-0296, Formulaire d'enquête : hôpital Dongsheng 東生醫院, 9 décembre 1938.

un système éducatif moderne et, dans une large mesure, inspiré de modèles étrangers. En effet, ces métiers sont apparus en Chine récemment, entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle, et se sont construits par des emprunts à l'Europe, aux États-Unis ou au Japon. À l'inverse, les praticiens de la médecine chinoise revendiquent une connaissance qui prend ses racines dans une histoire nationale très ancienne[374]. Cette opposition doit pourtant être nuancée : la médecine chinoise est traversée par des mouvements prônant l'intégration des savoirs scientifiques et la modernisation des modes d'enseignement, ce dont témoignent par exemple les projets de l'Institut de médecine nationale. Dans le même temps, l'organisation interne de la profession n'a cessé de se rapprocher de celui de la médecine occidentale. En somme, la médecine chinoise reste marquée par ses origines fondamentalement différentes des autres professions libérales, bien qu'elle adopte progressivement les structures sociales de ces dernières.

La répartition géographique des praticiens de la médecine chinoise diffère également de celle des praticiens de la médecine occidentale, ainsi que de celle des autres métiers regroupés par l'administration sous le terme de « professions libérales ». Praticiens de la médecine occidentale, avocats et journalistes restent peu nombreux au Sichuan et sont surtout présents dans les grandes villes. La distribution des 29 associations de praticiens de la médecine occidentale enregistrées dans les années 1940 auprès du Département des affaires sociales suit globalement les principaux bassins de population : axes Chengdu-Mianyang et Chongqing-Nanchong, ainsi que le long du fleuve Yangzi. Il n'y en a presque aucune dans les districts de moins de 200 000 habitants. De la même manière, les 19 associations de journalistes et les huit associations d'avocats enregistrées dans la province sont situées dans des districts à la population relativement importante ou qui sont proches de Chengdu. À l'inverse, la répartition des associations de praticiens de la médecine chinoise est plus homogène à travers la province. Elles sont présentes dans des districts de toute taille, y compris dans des régions périphériques ou faiblement peuplées. Ainsi, le district de Pingwu 平武 (86000 habitants en 1937) situé dans une région montagneuse du nord, à la frontière avec le Gansu, compte une association de praticiens de la médecine chinoise fondée en 1947 et compte à cette date 54 membres. Dans le district de Mabian 馬邊 (33000 habitants en 1937), l'un des moins peuplés de la province, une association est créée en 1939 regroupant alors 32 médecins.

[374] XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science' : Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 ». *Op. cit.*

Malgré tout, certaines régions particulièrement rurales ou périphériques (sud-ouest, nord-ouest) semblent totalement dépourvues de telles organisations. Les données recueillies dans les formulaires d'enregistrement confirment cette tendance. Les praticiens de la médecine occidentale demandant à être enregistrés ont plutôt tendance à résider dans les plus grandes villes de la province, Chengdu et Chongqing, ou dans les chefs-lieux de district et non dans les localités de moindre importance, « bourgs » (*zhen* 鎮) ou « villages » (*xiang* 鄉), où l'on trouve par contre des praticiens de la médecine chinoise (Annexe IV. 4. Tableau 1). Notons néanmoins que ces deux types de médecins tendent dans tous les cas à se concentrer dans les grandes métropoles de la province, Chengdu et Chongqing. On ne peut donc pas vraiment parler d'une médecine chinoise rurale contre une médecine occidentale urbaine, car dans les deux cas leurs praticiens privilégient les villes, du moins pour ceux qui demandent une licence ou forment une association. Bien rares sont les médecins installés dans les régions les plus rurales, en particulier les marches tibétaines, à l'ouest. Si les praticiens de la médecine chinoise sont aussi présents dans de plus petites agglomérations, il s'agit dans l'ensemble d'une profession urbaine, même si cette caractéristique n'est pas aussi essentielle que dans les autres professions libérales.

3) Œuvrer pour la santé du peuple et l'intérêt général

Dans ses statuts, l'association des praticiens de la médecine chinoise de la province du Sichuan (*Sichuansheng zhongyishi gonghui* 四川省中醫師公會) créée en 1945 se fixe comme mission « l'amélioration de la recherche médicale » et le « progrès des connaissances médicales de la population et du bien-être public »[375]. Celle du district de Guanghan 廣漢 débute l'exposé de ses missions par les « progrès de la recherche de la médecine chinoise et de la pharmacopée chinoise » et « l'avancement de la santé de la nation et des affaires médicales »[376]. La branche de l'Institut de médecine nationale du district de Shuangliu a pour objet : « étudier la médecine, collecter des formules médicales, améliorer les connaissances de la médecine nationale et

[375] APS, 113 -01-2094, Sichuansheng zhongyishi gonghui zhangcheng 四川省中醫師公會章程 (Statuts de l'association des praticiens de médecine chinoise du Sichuan), juillet 1945.

[376] APS, 186-01-1739, Guanghan zhongyi gonghui huizghang 廣漢中醫公會會章 (Statuts de l'association des praticiens de médecine chinoise de Guanghan), juin 1942.

soulager les maladies du peuple »[377]. L'idée que les organisations de médecins ne servent pas simplement les intérêts de la profession, mais contribuent à l'intérêt général apparait ainsi régulièrement dans leurs actes constitutifs.

Ces discours attestent d'un glissement sémantique dans la manière dont la médecine et le médecin sont mis en valeur socialement. Les biographies de médecin incluses dans les monographies locales rédigées sous les Qing ou la République insistent surtout sur l'aptitude personnelle du médecin ainsi que sur ses qualités morales ou leur « confucianisme »[378]. Ces écrits visent à faire éloge d'un individu exemplaire, tandis que les associations de médecine, qui incarnent une identité de groupe, insistent plutôt sur des réalisations fondamentalement collectives et impersonnelles : contribution à la connaissance (*zhishi* 知識), à « l'intérêt commun » (*gongyi* 公益), à la santé du peuple ou de la nation (*guomin* 國民). Ce sont aussi les points de référence en fonction desquels se positionnent les praticiens qui ont évolué. Le fait de convoquer l'intérêt général ou la nation plutôt que les valeurs confucéennes telles que la charité témoigne de l'intégration des transformations sociales et politiques. En convoquant notamment la notion d'intérêt « public », ces organisations professionnelles se situent dans un espace social intermédiaire, entre le domaine officiel (*guan* 官) relevant de l'État et le privé (*si* 私)[379]. L'idée que les praticiens de la médecine chinoise contribuent au progrès de la connaissance permet d'une certaine manière de répondre aux critiques qui pointent du doigt son absence de scientificité.

La rhétorique de l'intérêt général et du service au peuple semble également mobilisée dans le cas de la médecine occidentale, mais elle semble alors plus étroitement liée à l'action de l'État, en particulier en matière de santé publique. Dans la mesure où nos recherches dans les archives du Sichuan ne nous ont pas permis d'obtenir les statuts des associations de praticiens de la médecine occidentale établies dans cette province, une comparaison terme à terme entre les deux types de médecine est impossible. Néanmoins, l'association des médecins de Shanghai, dans ses statuts révisés publiés en 1932 dans le *Shishi xinbao*, se donne notamment

[377] ADS, 42-01-364, Sichuan Shuangliuxian guoyi zhiguan jianzhang 四川雙流縣國醫支館簡章 (Règlement de la branche de l'Institut de médecine nationale du Sichuan dans le district de Shuangliu), 1933.

[378] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 89-91.

[379] RANKIN, Mary Backus. *Elite Activism and Political Transformation in China*. *Op. cit.* p. 15 ; ROWE, William T. « The Public Sphere in Modern China », *Modern China*. 1990, vol.16 nº 3. p. 309-329.

pour objet « le progrès académique commun » et « la promotion et l'aide à l'administration sanitaire locale en matière de santé publique »[380]. Les médecins se mettent ainsi au service de l'intérêt commun en participant au progrès des connaissances, et, dans leur pratique, en participant à la politique de santé publique du gouvernement.

Les thèmes du service au peuple et de l'intérêt collectif sont régulièrement mobilisés lors de l'organisation de nouveaux services de santé publique. Avec la création du ministère de la Santé en 1928, le gouvernement nationaliste a intégré parmi ses responsabilités la prise en charge de la santé publique et l'accès de la population aux soins médicaux modernes essentiels[381]. C'est au nom de cette responsabilité qu'en 1939 le Département de santé du Sichuan lance la création d'un réseau de centres de santés (*weishengyuan* 衛生院), de petits hôpitaux conçus par Chen Zhiqian comme l'unité de base du système de santé publique provincial. Ces structures comprennent notamment un service d'assistance médicale qui doit permettre « aux gens ordinaires d'accéder, comme ils en ont le droit, à une médecine moderne, et au gouvernement de remplir sa responsabilité de protection envers la population »[382]. La médecine occidentale est donc envisagée comme un service essentiel au peuple, dont un niveau minimum d'accès doit être garanti par l'État. Du même coup, c'est moins la charité et la bienveillance des médecins qui permet l'accès aux soins qu'une forme de médecine d'État à laquelle sont étroitement associés les praticiens de la médecine occidentale. Leur contribution à l'intérêt général passe donc en partie par le rôle qu'ils jouent dans le système de santé publique.

Une manière courante pour les médecins de se mettre au service du peuple est d'organiser des consultations à prix réduit ou même gratuites pour les plus pauvres. Les établissements médicaux, quel que soit le type de médecine qui y est pratiqué, ont généralement un type de consultation spécifique (*shizhen* 施诊) pour les malades les plus démunis, comme le montre l'enquête de 1937-1938 sur les hôpitaux et cliniques (Annexe II. 2). Cette pratique semble même systématique dès qu'un établissement compte plusieurs médecins. Ces services sont

[380] « Shanghaishi yishi gonghui huizhang xiuzheng caoan » 上海市醫師公會會章修正草案 (Projet de modification des statuts de l'association des médecins de Shanghai), *Shishi xinbao*. 18 novembre 1932, p. 11.

[381] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 49.

[382] APS, 113-01-0766, Sichuansheng gexian weishengyuan zuzhi jihua 四川省各縣衛生院組織計劃 (Plan d'organisation des centres de santé de chaque district de la province du Sichuan), non daté (vers 1939).

généralement limités à un horaire précis dans la journée, souvent pendant une heure, mais il peut s'agir dans quelques rares cas d'une période de l'année. Par exemple, dans le district de Zitong 梓潼, un hôpital fondé par un praticien de la médecine occidentale donne gratuitement des soins aux patients pauvres entre le cinquième et le septième mois du calendrier lunaire, période pendant laquelle il estime traiter bénévolement plus de 500 malades[383].

Les organisations professionnelles tiennent elles aussi des consultations gratuites. La branche de l'Institut de médecine nationale du district de Shuangliu prévoit par exemple la création d'un « établissement offrant des médicaments et des examens médicaux » où des médecins pratiqueront de manière bénévole[384]. Avec la Loi sur les médecins de 1943, l'organisation d'activités de charité devient presque une obligation pour les associations publiques de médecins. En effet, parmi les points que ces dernières doivent faire figurer dans leurs statuts, on trouve notamment les « mesures pour la mise en œuvre de l'assistance médicale aux pauvres » (Annexe III. 5). Les associations de praticiens semblent se plier à cette règle. Par exemple, l'association de praticiens de la médecine chinoise du district de Hechuan déclare, outre ses activités scientifiques, mener une œuvre d'assistance médicale en offrant des soins médicaux et des médicaments aux pauvres[385]. En organisant et en finançant ces œuvres de charité, les associations professionnelles affirment la place des médecins parmi la notabilité locale. Elles s'inscrivent ainsi dans une tradition philanthropique d'aide aux démunis qui remonte au moins à la fin des Ming[386]. Néanmoins, si les établissements d'assistance traditionnels offraient aux pauvres différents services parmi lesquels le don de médicaments ou le financement des soins médicaux, ceux des associations de praticiens ont une visée exclusivement médicale. La professionnalisation du champ médical se traduit ainsi notamment par une segmentation de l'assistance aux pauvres, ou du service au peuple, où les soins sont désormais séparés des autres formes de prestation.

---

[383] APS, 113-01-0511, Formulaire d'enquête : hôpital Kangning 康寧醫院, 7 décembre 1938.

[384] ADS, 42-01-364, Sichuan Shuangliuxian guoyi zhiguan jianzhang, 1933.

[385] 民186-02-3140, Renmin tuanti gaizao baogaobiao : Hechuanxian zhongyishi gonghui 人民團體改造報告表 : 合川縣中醫師公會 (Formulaire de déclaration de changement pour les organisations de personnes : association de praticiens de la médecine chinoise du district de Hechuan), janvier 1949.

[386] SMITH, Joanna Handlin. *The Art of Doing Good. Op. cit.* p. 220-247.

Pour les praticiens de la médecine chinoise, le travail d'assistance médicale est d'autant plus important qu'il permet de démontrer leur utilité pour la société, alors même que l'État tend à les exclure du système de santé publique. Les efforts déployés par les praticiens ou leurs représentants ne se limitent pas à secourir les pauvres ; ils ont pour ambition de mettre leurs savoirs et leurs techniques au service de la protection de la nation. La guerre et le secours aux blessés ouvrent ainsi de nouvelles possibilités aux praticiens de la médecine chinoise pour s'associer à l'action de l'État. En 1937, le président de l'Institut de médecine nationale, Jiao Yitang, fonde un hôpital de premier secours de médecine chinoise (*zhongyi jiuhu yiyuan* 中醫救護醫院) à Nankin, qui est déplacé à Chongqing l'année suivante. En plus du soutien de l'Institut de médecine nationale, il bénéficie d'une dotation financière du ministère de la Guerre et devient un élément à part entière du dispositif de secours aux blessés[387]. Paradoxalement, c'est donc la chirurgie et la traumatologie qui permettent à la médecine chinoise d'établir des formes de collaboration avec les autorités, alors même que ces domaines étaient jusqu'alors emblématiques des manques de la médecine chinoise par rapport à la médecine occidentale. L'activité de l'hôpital et, d'une manière plus générale, la contribution de la médecine chinoise à l'effort de guerre font l'objet d'une certaine publicité dans les pages du Xinan Ribao 西南日報, un journal publié à Chongqing entre 1938 et 1947. Une rubrique intitulée « Médecine et défense nationale » paraît ainsi en partenariat avec l'hôpital de premiers secours de médecine chinoise. Elle regroupe des contributions de praticiens de la médecine chinoise parmi lesquelles, en 1938, un article intitulé « La mission du monde de la médecine chinoise » qui revient sur la création de cet hôpital :

> M. Jiao Yitang, directeur de l'Institut de médecine nationale, afin de sauver notre pays de la crise, de préserver des milliers d'années de tradition médicale, de rassembler les talents médicaux de tout le pays, d'aider le pays dans les moments difficiles et d'œuvrer pour le bien-être à long terme du pays, a mis en place l'hôpital de secours médecine chinoise, afin d'utiliser la médecine chinoise pour aider nos soldats qui ont été blessés dans la guerre de résistance pour notre pays, de sorte qu'après avoir récupéré de leurs maladies, ils puissent retourner sur

[387] Pi, Guoli 皮國立. « Zhanzheng de qishi : Zhongguo yixue waishang xueke de zhizhi zhuanxing » 戰爭的啟示：中國醫學外傷學科的知識轉型, 1937−1949 (Révélations de la guerre : transformation des connaissances en chirurgie et traumatologie dans la médecine chinoise, 1937-1949), *Guoshi guan guankan*. 2020, vol.63. p. 89-91, 93-126.

> le champ de bataille et augmenter la force de la guerre sur le front, afin que le premier rayon de vie de la médecine chinoise ne soit pas coupé[388] !

Dans ce texte, on perçoit nettement le double objectif poursuivi à travers l'organisation de l'hôpital de premiers secours : venir en aide aux blessés de guerre, mais surtout démontrer que la médecine chinoise participe pleinement à l'effort de guerre et à la défense du pays.

Les praticiens de la médecine chinoise cherchent aussi à faire valoir leur utilité dans la lutte contre les épidémies, l'un des domaines dans lesquels les faiblesses de la médecine chinoise sont les plus visibles et les plus dommageables selon ses détracteurs. La rubrique « Médecine et défense nationale » intègre ainsi régulièrement des recettes pour préparer et administrer certains traitements médicaux, mais aussi des informations sur les maladies contagieuses, en particulier le choléra. En août 1938, un article détaille une « méthode pour le traitement du choléra » qui comprend une formule pharmaceutique avec des explications sur sa confection et son mode d'administration[389]. Un mois plus tard, un second article traite à nouveau de cette maladie en présentant l'identification du vibrion par Robert Koch, puis en donnant aux lecteurs des informations sur son diagnostic et en proposant une solution de traitement. En effet, Chongqing est régulièrement touchée par des épidémies de choléra contre lesquelles la municipalité déploie des ressources importantes. La publication de ces articles apparaît ainsi comme une manière pour les auteurs de contribuer à ce travail de santé publique.

Au même moment dans le district de Shuangliu, la branche locale de l'Institut de médecine met sur pied une Société de lutte contre les épidémies dont l'activité semble consister surtout à distribuer des médicaments, d'après les comptes qu'elle transmet au gouvernement du district[390]. Il semble que certains médecins ou certaines institutions cherchent à obtenir par la lutte contre les épidémies une forme d'appui de la part des autorités. En 1939, un hôpital de médecine chinoise de Chengdu transmet par exemple au gouvernement du district de Shuangliu (et probablement à d'autres districts) une « formule secrète » (*mifang* 秘方) pour soigner le

---

[388] « Zhongyiyao jie de renwu » 中醫藥界的任務 (La mission du monde médical chinois), *Xinan ribao*. 1er juiller 1938, p. 4.

[389] « Huoluan banzhifa » 霍亂辦治法 (Méthode pour le traitement du choléra), *Xinan ribao*. 12 août 1938, p. 4.

[390] ADS, 42-01-364, Shuangliuxian fangyihui zhangmu qingce 雙流縣防疫會賬目清冊 (Table de comptes de la Société de lutte contre les épidémies du district de Shuangliu), octobre 1933.

choléra[391]. Il déclare avoir réuni d'éminents praticiens de la ville afin de chercher et tester les meilleurs remèdes à cette maladie, que de nombreux médecins sont toujours incapables de traiter correctement, et demande que le résultat de leur travail soit imprimé et diffusé dans les bourgs et villages du district. Les annotations de l'administration indiquent qu'elle refuse d'accéder à cette demande dans la mesure où elle « n'a aucun fondement scientifique ». Ce refus est révélateur de certains enjeux de la publicisation des savoirs médicaux. Comme l'explique Andrew Abbott, « en révélant au public une partie de sa terminologie et de ses idées professionnelles, une profession attire la sympathie du public vers sa propre définition des tâches et vers sa manière d'envisager leur résolution »[392]. Dans la presse, les praticiens de la médecine chinoise diffusent des conseils médicaux qui entretiennent auprès du public une certaine vision des problèmes de santé, tandis que le gouvernement chinois tente de promouvoir une autre approche de ces problèmes, fondée sur la science et la médecine occidentale.

Dans la médecine chinoise comme dans la médecine occidentale s'affirme donc une éthique de l'intérêt général qui ne prend pas exactement la même forme selon le type de médecine en question. Pour les praticiens de la médecine occidentale, elle s'exprime surtout par la participation aux entreprises de santé publique initiées par le gouvernement, ce dernier agissant pour le bien de la nation. Ne bénéficiant pas des canaux de la médecine d'État, les praticiens de la médecine chinoise manifestent leur service au public de manière plus directe, en s'adressant directement à la population, par exemple via des œuvres caritatives. Ces dernières s'inscrivent dans la continuité d'une tradition de charité médicale, mais elles sont désormais sous-tendues par un discours moderne fondé non plus sur les valeurs confucéennes, mais sur l'intérêt commun et la nation.

Conclusion

Parallèlement à l'émergence d'une définition légale de la profession de médecin, une identité de groupe fondée sur des ambitions intellectuelles partagées émerge à partir des années 1910-1920 parmi les praticiens de la médecine occidentale, puis de la médecine chinoise. Les organisations qui représentent les intérêts de la profession sont progressivement

[391] ADS, 42-01-741, Lettre du chef du district de Shuangliu, août 1939.

[392] ABBOTT, Andrew. *The System of Professions*. *Op. cit.* p. 60.

associées à la politique médicale. Les premières associations de médecins rassemblent leurs membres autour de projets comme le développement de la médecine occidentale ou la transformation de la médecine chinoise. À partir des années 1930, le système de représentation semi-officiel et obligatoire que constituent les associations publiques de médecins devient un élément à part entière de la supervision de la médecine. Il permet à l'administration de gouverner la profession plus efficacement et à moindre coût, tout en ménageant une marge d'autonomie pour les médecins. À la fin des années 1940, les médecins, quel que soit le type de médecine qu'ils pratiquent, constituent une profession légalement encadrée et institutionnalisée. La réorganisation sociale de la médecine est donc intimement liée à la construction de l'État et à sa volonté de réguler la pratique médicale, tout comme la lutte contre les superstitions passe par l'institutionnalisation des religions en Chine républicaine[393].

Dans l'historiographie, la transformation de la médecine chinoise ou le développement de la médecine occidentale ont souvent été considérés dans le cadre des enjeux de santé publique et de la promotion de la science. Pourtant, les différences profondes qui distinguent les praticiens de la médecine occidentale et ceux de la médecine chinoise sont aussi d'ordre social et ne se résument pas à la dichotomie centrée sur la scientificité des savoirs médicaux[394]. Les formes que prennent l'enseignement et la pratique de la médecine sont d'autres marqueurs de distinction importants. L'implantation géographique des médecins varie également selon le type de médecine qu'ils pratiquent : les praticiens de la médecine occidentale s'installent dans les villes de plus grande taille, alors que ceux de la médecine chinoise sont présents dans tous les chefs-lieux de district de la province, y-compris dans les régions moins densément peuplées. Il s'agit néanmoins dans les deux cas d'une élite urbaine qui entend jouer un rôle public, notamment au travers d'associations professionnelles. L'histoire des médecins rencontre ainsi des évolutions qui affectent l'ensemble de la société chinoise et de ses relations avec l'État, comme l'émergence de nouvelles élites éduquées, bien plus hétérogènes que l'ancienne classe

[393] GOOSAERT, Vincent. « Republican Church Engineering. The National Religious Associations in 1912 China » in Mayfair Mei-hui YANG (dir.) *Chinese Religiosities: Afflictions of Modernity and State Formation*. Berkeley : University of California Press, 2008, p. 209-232.

[394] Le travail de Xu Xiaoqun sur les professions de journaliste, d'avocat et de médecin à Shanghai a permis de souligner certains liens entre l'histoire de ces professions. Mais la place que tiennent les praticiens de la médecine chinoise dans ce récit tend encore à se limiter aux controverses intellectuelles entre sciences occidentales et « essence nationale ». XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State*. *Op. cit.* p. 7.

des lettrés, du fait de l'éclatement des parcours d'éducation, des statuts sociaux et des intérêts économiques[395]. En effet, la redéfinition du statut social et légal des médecins, voire la place qu'ils occupent à l'intérieur de la profession, dépend d'un enseignement médical qui est alors lui aussi en profonde évolution.

[395] BASTID-BRUGUIÈRE, Marianne. « Servitude or Liberation? The Introduction of Foreign Educational Practices and Systems to China from 1840 to the Present » in Ruth HAYHOE et Marianne BASTID-BRUGUIÈRE (dir.) *China's Education and the Industrialized World: Studies in Cultural Transfer*. Londres : M.E. Sharpe, 1987, p. 3-20.

Partie II :
Deux professions, deux médecines

Chapitre 4 : Une médecine occidentale à deux visages

> Dans la vingt-septième année de l'ère Guangxu [1901], mon fils ainé Yusu et ma fille ainée Shouzhen […] souffraient de maladies de la gorge et de *feng zheng* 風症. Ils ont pris un remède réchauffant d'un médecin chinois, deux jours plus tard ils sont morts tous les deux. S'il y avait eu un bon médecin ou un médecin occidental, ils auraient pu revenir d'entre les morts[396].

Depuis le XIXe siècle, ce que les sources chinoises désignent comme la « médecine occidentale » apparaît comme un ensemble relativement cohérent et nettement distinct de la médecine chinoise. Si ses premiers praticiens sont loin d'être parfaitement semblables, leurs similitudes semblent l'emporter sur leurs différences. Pour un observateur chinois tel que Fu Chongju, qui se livrait au début du XXe siècle à une description de la ville de Chengdu, ces médecins, principalement des étrangers, se distinguent ainsi nettement dans le paysage médical chinois. Dans leurs pays respectifs, ils sont reconnus comme des professionnels dont l'autorité est garantie par un système d'enseignement relativement standardisé [397]. En Chine, l'organisation professionnelle des premiers praticiens chinois formés à la médecine occidentale est, comme nous l'avons vu, plus précoce que celle des praticiens de la médecine chinoise, de même que leur enregistrement auprès du ministère de la Santé. Dès 1929, l'exercice de la médecine occidentale est réservé aux détenteurs d'une licence, dont l'obtention nécessite d'être diplômé d'une école ou faculté étrangère, ou l'un des établissements d'enseignement établi en Chine. Si ces mesures n'empêchent certainement pas nombre de médecins sans licence d'employer les techniques de la médecine occidentale, cette dernière apparaît néanmoins comme un ensemble structuré et, dans une certaine mesure, protégé par l'État.

Le gouvernement nationaliste ne se contente pas d'encadrer la pratique de la médecine occidentale, il déploie également d'importants efforts pour développer son enseignement. Au cours des années 1930, médecins, membres de l'administration sanitaire et conseillers étrangers multiplient les propositions pour améliorer la formation des praticiens et augmenter leur

[396] FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan*. *Op. cit.* p. 197

[397] À la fin du XIXe siècle, des standards nationaux s'imposent en Europe et aux États-Unis concernant la formation des médecins, comme l'obligation du doctorat en France dans les années 1890. Bien que les variations soient encore importantes d'un pays à l'autre, la place du laboratoire et de l'expérimentation est désormais acquise et une vision partagée se dégage, considérant la médecine comme une « science » à part entière. BONNER, Thomas Neville. *Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*. New York : Oxford University Press, 1995. chap. 10.

nombre. Ils cherchent également à rationaliser l'enseignement médical en un système standardisé et répondant aux besoins du pays en main-d'œuvre médicale. Ka-che Yip, dans son travail sur les politiques médicales sous le gouvernement de Nankin, a montré comment ces efforts s'articulent avec la volonté de « siniser » l'enseignement de la médecine occidentale et d'affermir le contrôle de l'État chinois sur les facultés de médecine, dont les plus prestigieuses sont affiliées à des organisations étrangères ou missionnaires[398]. Certains de ces établissements ont été l'objet d'études approfondies et ont indubitablement marqué le paysage médical, comme le PUMC affilié à la fondation Rockefeller qui forme de nombreux médecins et personnels de santé, mais collabore aussi activement avec le gouvernement chinois[399]. S'y ajoutent des facultés de médecine organisées (ou réorganisées) sous contrôle du gouvernement chinois au cours de la première moitié du XXe siècle. L'ensemble de ces facultés de médecine (*yixueyuan* 醫學院, en anglais *medical college*) constitue un enseignement médical que nous qualifions d'académique, construit sur le modèle des universités européennes, américaines ou japonaises et produisant des médecins hautement qualifiés[400].

Mais il existe également un autre versant de l'enseignement médical, plus rarement discuté dans l'historiographie, que nous qualifions d'enseignement technique. Il se compose d'écoles spéciales de médecine (*zhuanmen yixuexiao* 專門醫學校), voire de centres de formation (*jiangxisuo* 講習所) ou de classes (*ban* 班) rattachées à un hôpital ou à une armée, qui dispensent une formation plus courte avec des moyens relativement limités. Ces établissements sont nombreux, mais apparaissent peu dans les sources produites par l'administration chinoise ou les associations de médecins. L'enseignement médical technique y est considéré de manière normative, les décideurs cherchant avant tout à fixer des standards pour ces établissements en matière de recrutement, d'enseignement, d'équipement ou de personnel. Les responsables politiques ou médicaux imaginent ainsi une école de médecine idéale, qui doit permettre de renforcer les capacités médicales en formant rapidement un personnel nombreux et adapté aux besoins en matière de santé publique. Ces experts évoquent plus volontiers les quelques institutions modèles qui viennent d'être créées ou réorganisées,

[398] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.*Voir en particulier chapitre 6.

[399] BULLOCK, Mary Brown. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley, Etats-Unis d'Amérique : University of California Press, 1980. 280 p.

[400] XI, Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

mais qui ne représentent qu'une infime partie de l'enseignement médical en Chine. En revanche, ils s'attardent rarement sur tous les autres établissements qui forment des médecins sans pour autant correspondre aux standards fixés par le gouvernement, *a fortiori* lorsqu'ils se situent dans les provinces éloignées du contrôle de Nankin, comme le Sichuan dans les années 1920-1930.

De la même manière, l'attention de l'historiographie sur l'enseignement de la médecine occidentale en Chine s'est essentiellement concentrée sur certaines institutions de premier plan. Elle s'est à l'inverse rarement attardée sur le cas des autres formations, comme celles dispensées par les écoles spéciales de médecine[401]. Lorsqu'elle s'est penchée sur ces dernières, elle a eu tendance à reprendre à son compte la perspective normative du gouvernement et de l'administration sanitaire[402]. D'une manière plus générale, il semble que l'enseignement de la médecine occidentale a été moins étudié que celui de la médecine chinoise, et que la littérature a eu tendance à privilégier l'activité des étrangers et les institutions qu'ils ont fondées[403]. Au prisme de ces travaux, la formation des praticiens de la médecine occidentale apparaît davantage comme un problème de « transplantation » d'un modèle étranger dans un contexte chinois, de circulation des connaissances, voire de « transfert technologique »[404].

En nous tournant vers d'autres sources qui rendent plutôt compte du parcours des médecins effectivement en activité à un moment donné, comme les dossiers de demande de licence, nous rendons compte de l'existence d'un enseignement technique qui dessine une histoire plus locale de l'essor de la médecine occidentale en Chine. Le développement de l'éducation médicale n'est donc pas seulement le fait des étrangers et de l'État central, mais aussi des autorités locales, y compris des seigneurs de la guerre, souvent absents de

---

[401] MU, Jingqiang 慕景强. *Minguo xiyi gaodeng jiaoyu yanjiu* 民国西医高等教育研究, 1912-1949 (Recherche sur l'enseignement supérieur de la médecine occidentale sous le République, 1912-1949), Thèse de doctorat en histoire. Shanghai : Université normale de l'Est de la Chine, 2005. 240 p.

[402] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 169-174

[403] BULLOCK, Mary Brown. *An American Transplant*. *Op. cit.* ; LIN, Shing-Ting. *The Female Hand: The Making of Western Medicine for Women in China, 1880s–1920s*. *Op. cit.* ; MINDEN, Karen. *Bamboo Stone*. *Op. cit.* ; CHEN, Yan 陈雁. « Chuanjiaoshi yu jindai zhongguo de xiyi jiaoyu 传教士与近代中国的西医教育 (Les missionnaires et l'enseignement de la médecine occidentale en Chine moderne) », *Chongqing jiaoyu xueyuan xuebao*. 2008 nº 01. p. 88-91.

[404] Cette notion de « transfert technologique » est au centre de l'enquête de Karen Minden sur la WCUU. MINDEN, Karen. *Bamboo Stone*. *Op. cit.* p. 6.

l'historiographie. Les nombreux praticiens formés par les écoles spéciales et les différents centres et classes d'entraînement se situent plutôt à l'écart des réseaux internationaux et sont davantage liés, au cours de leur carrière, à leur province voire à leur district de naissance. En éclairant cette partie de la profession, nous soulignons qu'en dépit du statut unique de « praticien de la médecine occidentale » (*xiyishi*), ce groupe réunit, pendant toute la première moitié du XXe siècle, des individus aux qualifications et aux profils de carrière profondément différents.

A - L'impossible standardisation du cursus médical

« [En Chine], toute tentative de fournir un traitement médical ainsi qu'un service de santé pour le public est entravé par le manque de médecin[405] ». Ce constat est dressé au début des années 1930 par Knud Faber, expert de la SDN dépêché en Chine afin d'évaluer son système d'enseignement médical et de formuler des propositions en vue de son amélioration. Il travaille avec la Commission sur l'éducation médicale (*yixue jiaoyu weiyuanhui* 醫學教育委員會) qui a été créée dans ce même objectif l'année précédente par les ministères de la Santé et de l'Éducation. Le médecin danois souligne le manque de praticiens de la médecine occidentale en activité (environ un pour 80 à 100 000 habitants) ainsi que les faibles capacités de formation du pays[406]. Au cours de sa mission, Faber parvient à documenter la situation de 22 écoles de médecine sur les 24 recensées dans le pays par l'AMC. Treize établissements produisant chaque année 180 diplômés sont jugés satisfaisants, les neuf restants ne présentent pas, selon lui, les conditions nécessaires pour former de bons médecins.

Comme le montrent la présence de Faber en Chine et la création de la Commission sur l'éducation médicale, la formation des médecins devient au tournant des années 1920-1930 un problème de politique publique, voire de politique internationale. Déjà à la fin des Qing, l'entraînement des médecins s'inscrit dans les efforts de modernisation déployés par l'État chinois et par les gouvernements provinciaux qui fondent au début du XXe siècle plusieurs

[405] FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. Geneva : League of Nations Health Organization, 1931. p. 8.

[406] FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. *Op. cit.*

écoles de médecines, le plus souvent militaires[407]. En 1911, avec la conférence internationale de la peste qui se tient à Moukden (actuelle Shenyang 瀋陽), la capacité médicale et scientifique de la Chine acquiert une dimension diplomatique et la maîtrise des enjeux sanitaires apparaît comme l'une des conditions de la souveraineté chinoise. Après l'épidémie de peste en Mandchourie (1910-1911), les recommandations de la première conférence internationale organisée dans le pays insistent sur l'amélioration des institutions de santé publique, des services de quarantaines et du système d'éducation médicale[408]. Enfin, l'idée que l'État a pour responsabilité de garantir la santé de la population et l'accès du peuple aux services médicaux essentiels s'impose. Le renforcement de l'enseignement de la médecine occidentale apparaît comme le corolaire de cette mission. Il s'agit non seulement de former des praticiens privés, mais aussi la main-d'œuvre médicale nécessaire aux politiques de santé publique, lesquelles s'appuient exclusivement sur la médecine occidentale.

1) La Commission d'éducation médicale et le rapport Faber

Dès sa création en 1928, le ministère de la Santé travaille avec le ministère de l'Éducation à l'amélioration des capacités de formation médicale du pays. Ils se trouvent alors confrontés à deux problèmes. Tout d'abord, comment former rapidement une grande quantité de médecins sans sacrifier la qualité de leur entraînement ? Ensuite, comment multiplier les établissements d'enseignement tout en assurant la standardisation des cursus ? La première de ces deux questions occupe une place centrale dans les productions de l'Organisation d'hygiène de la SDN et dans les travaux du gouvernement chinois sur l'enseignement médical. Un comité spécial créé en 1928 par les deux ministères définit un plan de dix ans prévoyant d'une part un cursus de sept ans comprenant deux ans d'études prémédicales et une année d'internat, et d'autre part une formation de seulement cinq ans, dont une année d'internat[409]. En 1930, un rapport de l'Organisation d'hygiène de la SDN portant sur les institutions médicales chinoises revient sur le débat entre partisans et détracteurs de « l'ouverture d'un certain nombre d'écoles

[407] Ce point est discuté dans le chapitre 1. C.

[408] SUMMERS, William C. *The Great Manchurian Plague of 1910-1911: the Geopolitics of an Epidemic Disease*. New Haven : Yale University Press, 2012. p. 103.

[409] FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. *Op. cit.* p. 7.

de médecine de degré inférieur en vue de la 'production de masse' [de médecins] »[410]. Il s'agit probablement d'une réponse aux travaux du comité, bien que ce dernier ne soit pas évoqué explicitement. S'ils ne prennent pas ouvertement parti, les auteurs du rapport laissent paraître leur opposition à une telle solution dont ils soulignent les difficultés matérielles (manque d'enseignants qualifiés et volontaires). Elle risque selon eux de grossir les rangs des médecins « médiocres » qui s'opposeront finalement aux progrès dans l'enseignement médical afin de conserver leur position. C'est notamment pour trancher cette question qu'est fondée la Commission sur l'éducation médicale avec laquelle l'Organisation d'hygiène de la SDN collabore, en y déléguant Knud Faber.

Faber tire de ses quelques mois passés en Chine des conclusions diamétralement opposées à celles du rapport de 1930. Il soutient fermement le principe d'un système à deux niveaux qui permettra de produire des médecins dont les qualifications sont proches de leurs homologues européens, américains ou japonais, mais aussi des « praticiens » à la formation plus courte qui permettront de répondre rapidement aux besoins de la Chine. Il rejoint ainsi l'avis de la Commission sur l'éducation médicale qui reprend elle-même le plan du comité qui l'a précédé. Elle prône la création d'« écoles spéciales de médecine » (*yixue zhuanmen xuexiao* 醫學專門學校) qui proposeront un cursus de quatre ans (et non plus cinq), contre sept ans d'études (dont deux ans d'études prémédicales et une année d'internat) dans les « facultés de médecine » (*yixueyuan* 醫學院). Ces écoles spéciales devraient être rattachées à une faculté de médecine. Le médecin danois défend énergiquement ce modèle comme le seul à même de répondre au cruel manque de médecins dans le pays :

> Dans la plupart des pays, cinq années sont jugées nécessaires [pour former un médecin], mais considérant le grand besoin en médecine de la Chine, *il doit être admis que l'expérimentation d'un cusus de quatre ans est nécessaire*[411].

Cette solution s'impose en raison des moyens matériels limités dont dispose le gouvernement, mais aussi en raison des difficultés à recruter des étudiants disposants d'un niveau suffisant. Selon Faber, l'intérêt ne manque pas pour les études médicales, mais elles restent chères et difficiles d'accès, ce qui justifie la création des écoles spécialisées dont les

[410] *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. *Op. cit.* p. 30.

[411] FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. *Op. cit.* p. 20. En italique dans le texte.

critères de recrutement sont moins sélectifs et qui seront moins coûteuses pour les familles de la classe moyenne d'où proviennent les étudiants.

Ses propositions poussent encore plus loin la logique d'une formation courte et technique que celles de la Commission sur l'éducation médicale. Si Faber souhaite que les facultés existantes, qui sont alors directement sous le contrôle de l'État, soient améliorées, elles n'ont selon lui pas vocation à former davantage de médecins. Cette mission repose essentiellement sur les écoles spéciales qui doivent donc recevoir l'essentiel de l'attention politique. Il s'oppose aussi à l'idée de les rattacher aux facultés de médecine, ce qui présenterait selon lui trop de difficultés. Il insiste plutôt sur l'importance de délivrer dans ce nouveau type d'écoles un entraînement qui donne une place importante à la clinique. L'enseignement doit être donné en chinois et ne pas suivre les programmes en vigueur dans les pays étrangers, mais plutôt prendre en considération les besoins immédiats de la Chine en prêtant une attention particulière à sa situation économique et sanitaire. Il s'oppose donc à l'idée de rattacher ces écoles à une faculté de médecine et veut plutôt les adosser à un grand hôpital doté d'au moins 300 lits, d'un laboratoire bien équipé ainsi que d'un personnel nombreux et qualifié[412].

En juin 1931, le gouvernement décide finalement de créer une école spéciale dans chaque capitale de province, ainsi que dans les quatre municipalités placées sous le contrôle direct de l'État central (Nankin, Shanghai, Qingdao et Pékin)[413]. Il reprend en substance le plan d'organisation de 1928 en adoptant un cursus de cinq années, contre les quatre recommandées par Faber. Il envisage d'annexer à chaque école un hôpital d'au moins deux cents lits, soit cent de plus que ce qui était prévu en 1928, mais toujours moins que ce que Faber considérait comme le minimum nécessaire à l'enseignement clinique. Le cursus des facultés de médecine est quant à lui ramené à six années, dont une année d'études prémédicales et une année d'internat. Ces choix donnent l'impression que la collaboration avec l'Organisation d'hygiène de la SDN, si elle permet d'intégrer la Chine dans les réseaux sanitaires internationaux, a finalement peu d'effet sur l'orientation des politiques chinoises en matière d'enseignement médical.

[412] Faber imagine pour les lits la répartition suivante : « 100 en chirurgie, 100 en médecine, 30 en tuberculose, 20 en isolation, 20 en maternité, 10 lits pour chacune des maladies des yeux, des oreilles et de la peau. » *Ibid.* p. 24.

[413] « Law and Legislation. Establishment of Medical Schools », *CMJ*. 1932, vol. 46. p. 837-839 ; YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 138.

2) Réorganiser l'enseignement médical : une politique aux résultats mitigés

Malgré le volontarisme des projets que nous venons d'évoquer, les progrès réalisés dans le domaine de l'enseignement médical technique sont relativement modestes, surtout s'ils sont mis en regard du renforcement de l'enseignement académique entrepris dès 1927. Notons qu'avant cette date, il existe déjà dans au moins trois provinces des écoles de médecine, parfois appelées « écoles spéciales », qui proposent une formation plus courte que les facultés[414]. Elles ont été fondées dans les années 1910-1920, période pendant laquelle le gouvernement chinois travaille, malgré l'instabilité politique, à renforcer l'enseignement médical en créant notamment de nouvelles « écoles spéciales » proposant un cursus standard de quatre années[415]. Celle du Zhejiang (fondée en 1912) et celle du Jiangxi (1921) ont visiblement adopté dans les années 1930 le cursus de quatre années d'études et une année d'internat, conformément aux directives gouvernementales. L'école du Hebei (1916) propose quant à elle un cursus de six ans, qui ne correspond donc ni aux standards de 1930 ni à ceux fixés pendant la période antérieure. Peu d'écoles spéciales sont fondées après 1928 dans le cadre de la réforme de l'enseignement médical du gouvernement nationaliste. En effet, seules deux nouvelles écoles spéciales publiques ont été créées selon une étude de 1935 : une au Shandong en 1932 qui produit 108 diplômés en trois ans, et une au Yunnan en 1933 (nombre de diplômés inconnu). L'école du Yunnan, pourtant la plus récente, n'applique pas le cursus standard, et propose une durée totale de formation de quatre ans. Il faut ajouter à ces institutions les écoles privées qui suivent leur propre programme, comme celle de Harbin, fondée en 1926, où les études durent quatre ans. Toutes ces écoles sont adossées à un hôpital, mais leur capacité est bien loin des deux cents lits officiellement recommandés, un seul dépassant les cent lits. L'objectif d'une école par province est donc loin d'être atteint à la veille de la guerre et le niveau d'équipement des établissements existants reste en deçà des standards fixés en 1931.

Le pays compte par ailleurs des écoles de médecine militaire qui forment chaque année un nombre non négligeable de médecins. La plus importante, l'école de médecine de l'armée

[414] « Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1933-1934 », *CMJ.* 1935, vol. 49. p. 894-902. Le nombre de diplômés est indiqué dans *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G199-200. Selon Ka-Che Yip, il existe également une école spéciale de médecine dans le Gansu, fondée avant 1928 ; YIP, Ka-che. *Health and national reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 145.

[415] LUCAS, AnElissa. *Chinese Medical Modernization*. *Op. cit.* p. 45.

de terre (*Lujun junyi xuexiao* 陸軍軍醫學校), a été fondée en 1902 et compte dans les années 1930 plus de deux cents étudiants. Cela en fait le deuxième plus grand établissement d'enseignement médical du pays selon ce critère[416]. L'enseignement dure neuf semestres, le dernier en internat. Une autre école de médecine militaire a été fondée au Yunnan en 1920 et propose un cursus durant entre trois et quatre ans[417]. L'école militaire du Sichuan fondée à Chengdu par les médecins français est toujours en activité à la fin des années 1920 avec un cursus de quatre ans[418]. On ne dispose pas d'informations précises sur leur programme de cours, mais le cursus court tend à les rapprocher de l'enseignement délivré dans les écoles spéciales.

C'est dans l'enseignement médical académique que l'action du gouvernement de Nankin est la plus remarquable. Dans la seconde moitié des années 1930, la Chine compte cinq facultés de médecine contrôlées par le gouvernement national, contre une seule auparavant, à Pékin. Avant même la visite de Faber en Chine, le gouvernement a déjà entrepris de reprendre en main l'enseignement médical de haut niveau jusqu'alors laissé à des organisations étrangères. Dès 1927-1928, il crée une faculté de médecine nationale à Shanghai rattachée à l'Université Centrale de Nankin, rouvre celle de l'université Sun Zhongshan (fondée à l'origine en 1926) et nationalise l'école de médecine Tongji, créée en 1908 par un médecin allemand et passée sous contrôle chinois en 1917. Par ailleurs, une faculté est fondée par le gouvernement de la province du Henan en 1928. En 1935, l'Université Centrale se dote d'une nouvelle faculté située cette fois à Nankin, après avoir été séparée de celle de Shanghai. Avec le rétablissement d'un gouvernement central en Chine, ce dernier prend le contrôle d'une part non négligeable de l'enseignement médical académique dont il améliore les capacités de formation, ce qui tend à contrebalancer le poids de l'enseignement privé.

---

[416] « Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1932-1933 », *CMJ*. 1933, vol. 47. p. 1029-1039. Il s'agit de l'école de médecine militaire de l'armée Beiyang fondée à Tianjin par Yuan Shikai en 1902. Elle est déplacée à Pékin en 1917, puis à Nankin au début des années 1930, prenant alors le nom d'école centrale de médecine militaire (*zhongyang junyi xuexiao* 中央軍醫學校). ZHANG, Zhen 张震. *Zhongyang junyi xuexiao yanjiu* 中央军医学校研究, 1902-1949 (Recherche sur l'école centrale de médecine militaire, 1902-1949), Mémoire de master d'histoire. Changsha : Université normale du Hunan, 2020. 96 p.

[417] FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. *Op. cit.* p. 11 ; « Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1932-1933 », CMJ, vol. 47, 1933, p. 1029-1039.

[418] CADN, 513PO/A, n°559, Rapport de Jouvelet, 6 janvier 1922.

Toutes ces institutions publiques adoptent le cursus standard de six ans au cours des années 1930. Si la durée des études est proche de celle des écoles spéciales, elles disposent surtout de moyens supérieurs du point de vue de leurs finances, du personnel enseignant ou de la taille de l'hôpital qui leur est attaché. Dans les facultés privées, qui représentent toujours l'essentiel des capacités de formation du pays, la durée du cursus varie d'un établissement à l'autre (entre six et huit années), tout comme leurs ressources. Les cours sont souvent dispensés en partie ou totalement dans une langue étrangère, comme à l'université Aurore (français), au PUMC (anglais) ou à l'université Tongji (allemand), cette dernière ayant pourtant le statut d'université publique « nationale ». Il n'existe donc pas, dans la seconde moitié des années 1930, un système unique d'enseignement médical, mais plutôt un cursus académique (facultés de médecine) et un cursus technique (écoles spéciales rejointes dans une certaine mesure par les écoles militaires). La standardisation des programmes et des conditions d'enseignement n'est pas achevée lorsque la guerre éclate en 1937. En somme, si l'État central chinois joue un rôle de plus en plus important dans l'enseignement médical, ce dernier continue de dépendre d'autres acteurs, privés et publics, comme les gouvernements locaux ou encore de l'armée.

3) Apprendre la médecine en dehors des écoles et des facultés

Ce tour d'horizon institutionnel, s'il permet de cerner la dynamique générale de l'enseignement médical et des politiques qui s'y rapportent, ne rend qu'imparfaitement compte des multiples voies que suivent les praticiens de la médecine occidentale au cours de leur formation. D'une part, les études qui recensent les établissements du pays sont souvent lacunaires, en particulier concernant les provinces qui passent plus tardivement sous le contrôle de Nankin, dont le Sichuan. D'autre part, les écoles ou les facultés de médecine n'ont pas le monopole de la formation des médecins, comme l'indique clairement le rapport de l'Organisation d'hygiène de la SDN de 1930 :

> Les rangs du corps médical sont insuffisamment remplis de diplômés des écoles de médecine. L'enseignement de la médecine moderne consistait à l'origine à préparer les jeunes gens à aider les médecins occidentaux des missions, principalement dans les opérations chirurgicales. La plupart des diplômés de ce système d'apprentissage restaient le personnel des hôpitaux de

> missions et plusieurs d'entre eux s'adonnaient à leur tour à l'enseignement, bien qu'ils n'eussent habituellement reçu qu'une très faible instruction générale et prémédicale[419].

Les archives du Département de santé publique du Sichuan, en particulier les curriculum vitae complétés par les demandeurs de licence, permettent de cerner la diversité de ces parcours, dont certains sortent des cadres officiellement promus par le gouvernement. Les cursus conventionnels (facultés, écoles spéciales, écoles militaires) forment la majorité des praticiens en activité dans la province : sur un échantillon de 100 demandeurs de licence, 89 sont diplômés d'un de ces établissements. La répartition entre les deux types d'enseignement, technique et académique, semble stable dans le temps : elle est constante, quelle que soit l'année de naissance des médecins. La durée d'étude varie d'un praticien à l'autre, y compris pour les diplômés d'une même institution. Elle tend à converger vers une moyenne de six ans pour l'enseignement académique et quatre ans pour l'enseignement technique, soit une année de moins que le cursus officiel. En effet, beaucoup de médecins ne font pas l'année d'internat initialement prévue, peut-être parce que les établissements du Sichuan ne sont pas adossés à un hôpital.

Sur ce même échantillon, onze praticiens ont en revanche appris la médecine en dehors des cursus conventionnels. Parmi eux, cinq ont été formés dans un hôpital, quatre dans des centres de formation de militaires et les deux derniers dans des conditions incertaines[420]. Ceux formés dans un hôpital sont plutôt jeunes (quatre sont nés après 1900), cette forme d'enseignement persiste donc bien après les premiers pas de la médecine occidentale en Chine, contrairement à ce que laissait entendre le rapport de la SDN précédemment cité. Elle semble même subsister jusqu'à la fin de la période républicaine, malgré la multiplication des établissements d'enseignement : en 1940, un médecin originaire du district de Fushun 富順, achève ainsi sa formation à l'hôpital de Guiyang, dans la province du Guizhou. Les quelques médecins de notre échantillon formés dans un hôpital déclarent y avoir étudié entre trois et cinq ans et les établissements sont aussi bien des hôpitaux missionnaires que publics, ainsi que dans un cas un hôpital de la Croix rouge (dans le district de Neijiang). Certains établissements

[419] *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. *Op. cit.* p. 27.

[420] Nous considérons qu'un médecin a étudié dans un hôpital s'il renseigne dans la case « études médicales » le nom d'un hôpital ou une école lui étant rattachée, sans qu'aucun autre type d'études médicales ne soit évoqué dans le reste du formulaire.

semblent avoir institutionnalisé cette formation sous la forme d'une « école » annexée à l'hôpital ou encore d'une « classe de formation pour le personnel médical » (*yiyuan jiangxiban* 醫員講習班)[421]. Toutefois, seul le médecin formé à l'hôpital de la Croix rouge y exerce après avoir terminé ces études, ce qui va plutôt contre l'idée que les individus sont systématiquement employés par l'établissement qui les a formés.

On trouve également des « classes de formation » ou « centres de formation » qui produisent, au terme d'un entraînement court (un an ou moins), des médecins militaires pour les armées des seigneurs de la guerre du Sichuan, dans les années 1920-1930. Les médecins passés par ce type d'institutions présentent des profils relativement similaires : ils sont nés autour de 1900, aucun n'a fait d'études médicales avant d'y entrer et tous servent dans les armées d'un ou plusieurs seigneurs de la guerre pendant plusieurs années après l'obtention de leur diplôme[422]. Certains continuent leur carrière militaire après la chute des seigneurs de la guerre, comme Liu Ying, né vers 1898, qui, après avoir servi dans l'armée de Liu Cunhou 劉存厚 (1885-1960) dans laquelle il a été formé, rejoint la 44e armée qui a été réorganisée par le gouvernement nationaliste à partir d'une partie des troupes de la 21e armée de Liu Xiang[423]. Mais la majorité des médecins ainsi formés finit par exercer dans le civil, soit à leur compte, soit dans des établissements médicaux publics et souvent en retournant dans le district dont ils sont originaires. Par exemple, un certain Liu Zonghan, né vers 1906 dans le district de Pi 郫 (au nord-ouest de Chengdu), obtient en 1929 son diplôme du « centre de formation pour médecin militaire de la 24e armée ». Il sert dans cette armée contrôlée par le seigneur de la guerre Liu Wenhui jusqu'à la défaite de ce dernier contre Liu Xiang en 1933, date à laquelle il passe dans l'armée de Deng Xihou 鄧錫侯 (1889-1964). Vers 1937-1938, au moment où le repli du gouvernement de Nankin vers le Sichuan met définitivement fin au système des seigneurs de la guerre, ce médecin retourne dans son district d'origine où il s'installe à son

[421] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Cheng Shanxia 成善夏, 6 décembre 1940.

[422] C'est le cas des quatre médecins présents dans notre échantillon de 100 formulaires d'enregistrement, mais aussi de six autres dont nous avons analysé le curriculum vitae. Tous sont nés entre 1898 et 1907, sauf un né en 1915, et tous ont été formés dans une classe pour médecins militaires d'une armée d'un des seigneurs de la guerre du Sichuan.

[423] APS, 113-01-2301, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Liu Ying 劉穎, 3 avril 1941.

compte[424]. Un autre médecin, après plus de dix ans au service le Liu Xiang, retourne pratiquer dans son district de naissance, tout en exerçant dans le centre de désintoxication local[425]. La carrière militaire permet même de manière exceptionnelle à d'autres soignants de devenir médecins. Il s'agit néanmoins d'une situation très rare, puisqu'elle ne se présente que dans un seul curriculum vitae. Le praticien en question exerce comme infirmier dans l'armée de Liu Xiang visiblement sans formation préalable, puis intègre le « centre de formation pour infirmier de la 21e armée » où il étudie pendant un an[426]. Il monte par la suite en grade en tant que « médecin militaire » dans la 21e armée qu'il quitte finalement pour s'établir à son compte dans son district d'origine. Cette voie d'accès à la profession par la carrière militaire semble donc fortement liée au système des seigneurs de la guerre.

La politique menée par le gouvernement nationaliste à l'égard de l'enseignement médical contribue à augmenter le nombre de médecins formés, bien que les progrès restent modestes au regard de l'ampleur des besoins du pays. Elle définit surtout les standards auxquels se conforment progressivement les établissements publics, de plus en plus nombreux, et dans une moindre mesure les établissements privés. Une minorité de médecins continuent néanmoins d'être formés en dehors des cursus standards et des établissements conventionnels (écoles techniques, facultés). Ces médecins qui n'ont parfois qu'un entraînement très court, tel que ceux formés dans les classes des armées des seigneurs de la guerre, continuent de pratiquer à leur propre compte voire dans l'armée. Ce type de situation est révélateur du problème auquel est confronté le gouvernement chinois : d'une part il cherche à rehausser les standards de la profession médicale, d'autre part il ne peut se passer de certains médecins moins bien formés eu égard aux besoins en main-d'œuvre médicale.

B - Une médecine académique liée à la présence étrangère

Au Sichuan, les diplômés des facultés de médecine du pays ou de l'étranger représentent une part considérable, voire la majorité, des praticiens de la médecine occidentale en activité.

[424] APS, 113-01-0325, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Liu Zonghan 劉宗漢, 1940.

[425] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Huang Yuran 黃魚染, 1940.

[426] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Huang Hongying 黃鴻應, janvier 1940.

Sur notre échantillon de 100 médecins, près des deux tiers sont issus de ce type d'enseignement, que nous qualifions d'« académique ». Cette distribution n'est probablement pas spécifique au Sichuan : dans le reste du pays comme dans cette province, les universités fondées par les étrangers sont les premiers grands établissements d'enseignement médical du pays et forment donc assez tôt un grand nombre d'étudiants. Les autres institutions d'enseignement sont d'envergure plus modeste, comme l'école de médecine militaire fondée à Chengdu en 1903, ou elles apparaissent plus tardivement. Par conséquent, la voie d'entrée dans la profession la plus sélective est aussi la plus courante.

En plus d'apporter un éclairage sur l'enseignement de la médecine occidentale, les dossiers de demande de licence permettent de dresser un profil relativement précis des praticiens de la médecine occidentale en activité dans le Sichuan entre la fin des années 1930 et les années 1940. Ils mettent en lumière l'hétérogénéité des carrières, notamment en fonction du type de formation que ces médecins ont suivi, académique ou technique. On constate ainsi que dans les faits la profession est divisée en deux catégories, d'une manière similaire à ce qu'envisageait le gouvernement ou Faber.

1) Les diplômés des facultés de médecine : une élite médicale

Les diplômés des facultés de médecine en Chine ou à l'étranger se démarquent de leurs confrères issus d'autres formations par une mobilité importante dès l'entrée dans l'enseignement médical. En effet, beaucoup vont étudier la médecine en dehors de leur province d'origine, ce qui est moins le cas des autres voies de formation (écoles spéciales, hôpitaux, etc.), car les principales facultés de médecine se concentrent dans certaines régions, notamment celle de Nankin et Shanghai (Annexe IV. 5. Tableau 1). Leur diplôme obtenu, ils retournent exercer dans leur province d'origine, partent dans une autre province, ou vont parfois poursuivre leurs études à l'étranger. Ainsi, les médecins qui exercent dans différentes parties du pays sont parfois passés par les mêmes villes (Shanghai, Nankin, Pékin, etc.), voire par les mêmes établissements.

Une part conséquente des praticiens de la médecine occidentale installés au Sichuan provient du reste de la Chine. Ces médecins ont souvent été contraints de migrer vers cette province à cause de la guerre contre le Japon. S'ils contiennent peu d'informations précises sur la date à laquelle ces individus se déplacent et encore moins sur les raisons qui les y poussent,

les formulaires de demande de licence contiennent plusieurs indices de l'effet déterminant de la guerre sur la mobilité des médecins : l'un d'eux, originaire du Henan déclare ainsi « avoir migré au Sichuan en 1938 »[427]. Lorsque l'on dispose de la date à laquelle un médecin quitte son poste ou ferme sa pratique dans sa province d'origine, ou bien de celle à laquelle il commence à exercer au Sichuan, elle coïncide bien souvent avec l'avancée de l'armée japonaise[428]. Ces médecins originaires d'autres provinces ont un niveau de qualification sensiblement supérieur à ceux nés dans le Sichuan, la plupart étant issus du cursus universitaire (Annexe IV. 5. Tableau 2). Beaucoup proviennent en effet de la région de Shanghai et de Nankin (Jiangsu, Zhejiang, Anhui) où se concentrent la plupart des facultés de médecine du pays. Par ailleurs, lorsque les universités ou les administrations situées en territoire occupé sont transférées vers la Chine libre, elles entraînent avec elles une partie de leur personnel. Par exemple, Fan Peilu (né en 1906), diplômé de l'université Qilu (Cheeloo) dans la province du Shandong en 1932, y enseigne ensuite la pédiatrie[429]. Il continue à exercer ses fonctions lorsque l'université est déplacée à Chengdu dans les locaux de la WCUU, puis prend un poste à l'université nationale centrale, initialement située à Nankin et également transférée à Chengdu pendant l'occupation japonaise.

Dans son rapport de 1930, Knud Faber considérait que les « médecins de première classe » issus des facultés de médecine étaient destinés à « devenir des dirigeants et des enseignants dans les hôpitaux et les écoles de Chine », ce que tendent à confirmer les informations contenues dans les dossiers de demande de licence. Ils exercent plus souvent des fonctions de direction, soit en tant que directeur d'hôpital, soit comme chef d'une équipe ou d'un département (Annexe IV. 5. Tableau 3). Deux travaillent un moment dans l'administration sanitaire provinciale et un autre au niveau municipal, mais la faiblesse des effectifs ne permet pas d'objectiver ce lien supposé entre cursus académique et responsabilités administratives. Par contre, le fait d'enseigner la médecine au cours de sa carrière est clairement corrélé à l'obtention d'un diplôme de faculté. Sur les neuf médecins de notre échantillon qui déclarent avoir enseigné

[427] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Guo Yu 郭煜, 26 octobre 1942.

[428] Un médecin installé dans la province littorale du Jiangsu migre vers le Sichuan en 1937 ; APS, 113-01-2303, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Wei Daoyi 魏道鹓, février 1941. Un autre, originaire du Hubei, quitte cette province en 1938 ; APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Li Bin 李斌, février 1940.

[429] APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Fan Peilu 樊培禄, 3 mars 1943.

la médecine au cours de leur carrière, pour la plupart dans une faculté de médecine, tous sont eux-mêmes diplômés de ce type d'établissement (Annexe IV. 5. Tableau 4). Deux d'entre eux ne mentionnent que leur expérience comme professeur, respectivement à la WCUU et à l'université de Pékin, mais il peut s'agir d'une déclaration sélective, ne retenant que les fonctions les plus valorisées, et il est donc tout à fait possible qu'ils aient exercé d'autres fonctions. De nombreux curriculum vitae présentent visiblement des lacunes et ne permettent pas de reconstituer l'ensemble de la carrière d'un médecin, ce dernier déclarant seulement ses postes les plus récents ou, dans d'autres cas, les plus prestigieux. Par exemple, une certaine Jiang Liangying, diplômée de la WCUU, enseigne l'obstétrique à l'école supérieure des professions médicales du Sichuan, qui forme des infirmières et des sages-femmes, mais cette activité d'enseignement n'est pas évoquée par cette praticienne dans la demande de licence, où figurent seulement les postes occupés à la WCUU[430]. La sélectivité des déclarations peut ainsi expliquer pourquoi certains établissements moins prestigieux apparaissent peu dans les formulaires : un seul médecin de notre échantillon déclare avoir enseigné dans une école spéciale et un autre à l'école supérieure des professions médicales[431].

Les hôpitaux de la province tendent par ailleurs à employer davantage de médecins issus d'un cursus académique. Dans notre échantillon, la plupart des diplômés d'une faculté de médecine ont, au moins une fois durant leur carrière, exercé dans un hôpital, qu'il soit privé ou public, rattaché à une université ou à une organisation missionnaire (annexe IV. 5. Tableau 5). On y trouve moins souvent les autres praticiens qui occupent plutôt des postes dans l'armée ou dans la médecine scolaire (*xiaoyi* 校醫) par exemple. L'enquête sur les hôpitaux et cliniques de Chengdu menée en 1944 par le Département de santé provincial, qui liste leur personnel

[430] Nous connaissons sa fonction d'enseignant à l'école supérieure des professions médicales par la liste des professeurs établie en 1941 par cette institution ; APS, 113-01-1215 Chengdu gaoji yishi zhiye xuexiao geke jiaoyuan xingmingbiao 成都高級醫事職業各科教員姓名表 (Tableau du personnel enseignant de l'école supérieure des professions médicales de Chengdu), 1941. Le curriculum vitae de Jiang Liangying date quant à lui de 1943 ; APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Jiang Liangying 將良瑛, août 1943.

[431] Il s'agit de Chen Qixi qui est directeur adjoint de l'école en 1941 ; APS, 113-01-1215, Chengdu gaoji yishi zhiye xuexiao zhiyuan zhiji xingmingbiao 成都高級醫事職業職員職級姓名表 (Tableau du personnel de l'école supérieure des professions médicales de Chengdu), 1941. Son curriculum vitae est produit un an plus tôt, en 1940, date à laquelle il n'occupe peut-être pas encore ce poste ; APS, 113-01-0325, Curriculum vitae pour demande de certificat : Chen Qixi 沉其稀, février 1940.

médical en indiquant sa formation, permet de confirmer cette tendance [432] . Sur 156 établissements, 22 comptent plus de deux médecins dans leur équipe. Ces 22 établissements concentrent à eux seuls plus de la moitié des médecins recensés par l'enquête. Les plus grandes structures médicales sont souvent liées à une université, et la très grande majorité des praticiens qui y exercent détient un diplôme d'une faculté de médecine chinoise ou étrangère. Seuls six médecins sont issus d'écoles spéciales de médecine, généralement d'une autre province et ils semblent occuper une position inférieure dans les établissements où ils pratiquent[433]. Par exemple, les deux qui sont employés par l'Hôpital public (*gongli yiyuan* 公立醫院) de Chengdu le sont au titre de « médecin assistant » (*zhuli yishi* 助理醫師).

À l'inverse dans les plus petites structures, celles qui comptent un à deux médecins, les formations non académiques sont surreprésentées. Les informations fournies par l'enquête à propos des plus petits établissements de la ville et leurs 150 « médecins » sont plus limitées et, pour environ de la moitié d'entre eux il est même difficile de savoir s'il s'agit de praticiens de la médecine occidentale ou de la médecine chinoise. Sur les 77 praticiens de la médecine occidentale que nous avons identifiés, seulement la moitié ont étudié dans une faculté de médecine, tandis que huit déclarent avoir appris la médecine dans un hôpital, 15 dans une école spécialisée et 22 dans un centre de formation militaire.

On retrouve donc les médecins les mieux formés à des postes d'enseignant dans les facultés de médecine, dans des fonctions de directions ou encore comme médecins dans les grands hôpitaux de la province, notamment ceux de sa capitale. Ils ont souvent été amenés à voyager hors de leur province d'origine au cours de leurs études ou de leur carrière, vers les grandes villes qui concentrent les institutions d'enseignement médical (Shanghai, Pékin, Nankin). Le déplacement du gouvernement et de certaines universités pendant la guerre renforce cette mobilité, amenant cette fois des individus installés dans l'est du pays vers la Chine intérieure. On retrouve ainsi dans les grands hôpitaux du Sichuan des médecins issus d'un petit nombre d'universités implantées dans différentes régions (université Qilu dans le Shandong, PUMC à Pékin, université Sun Zhongshan à Nankin, université Tongji à Shanghai)

[432] APS, 113-01-0730.

[433] Deux sont diplômés de l'école spéciale du Shandong, deux de celle du Zhejiang, un de celle du Sichuan. Le dernier déclare seulement être diplômé d'une école spéciale sans préciser laquelle.

qui constituent en quelque sorte une élite médicale nationale, par opposition au reste de la profession davantage caractérisée par un ancrage local.

2) Une médecine internationale et cosmopolite

Cet enseignement médical d'élite reste fortement dépendant des échanges avec l'Europe, les États-Unis et le Japon, où une part non négligeable des médecins installés au Sichuan pendant la guerre ont fait leurs études. Sur les 350 Chinois pratiquant la médecine occidentale pour lesquels nous disposons d'un formulaire de demande de licence, 38 ont étudié à l'étranger. Parmi eux, on retrouve tout autant des médecins originaires du Sichuan que nés dans d'autres provinces. L'Allemagne et le Japon sont les destinations les plus attractives, devant les États-Unis, la France et le Royaume-Uni [434]. Les listes d'étudiants dressées par certaines monographies locales indiquent une tendance similaire [435]. Le Japon est une destination privilégiée pour les étudiants chinois, en particulier au début du XXe siècle, sans doute en raison de sa proximité géographique, mais aussi de son statut de puissance asiatique moderne, même si son attractivité décline progressivement. En moyenne, les médecins y ayant fait leurs études sont nés vers 1895, contre 1900 pour l'ensemble de ceux qui ont étudié dans un autre pays étranger et 1904 pour ceux formés en Chine. On observe d'ailleurs que si cette destination est courante pour les générations nées avant 1900, elle l'est beaucoup moins pour la génération née entre 1900 et 1910 (annexe IV. 5. Tableau 6). En outre, il semble que les médecins ayant fait leurs études au Japon sont diplômés d'écoles techniques de médecine, et non d'une faculté, contrairement à ceux qui ont étudié en Europe ou aux États-Unis[436]. Les facultés de médecine américaines reçoivent quant à elles un nombre croissant d'étudiants chinois, ce qui s'explique notamment par le développement des institutions d'enseignement sous patronage américain en Chine[437]. L'Allemagne est aussi un pays particulièrement attractif pour les étudiants chinois,

[434] 15 médecins ont étudié en Allemagne et autant au Japon, quatre aux États-Unis, un en France et un au Royaume-Uni. Notons que l'on n'observe pas ici la population totale de Chinois allant étudier la médecine à l'étranger, mais seulement ceux qui reviennent en Chine, ou plus précisément au Sichuan, et donc pas ceux qui s'installent durablement à l'étranger.

[435] *Ba xianzhi*, 1939, j. 8.

[436] XI, Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

[437] YE, Weili. *Seeking Modernity in China's Name: Chinese Students in the United States, 1900-1927*. Stanford : Stanford University Press, 2001. p. 9-10 ; BULLOCK, Mary Brown. « A Case Study of Transnational Flows of Chinese Medical Professionals » in Mary Brown BULLOCK et Bridie

ce qui s'explique sans doute par le prestige dont bénéficie la science allemande dans la première moitié du XXe siècle[438].

De nombreuses figures éminentes de l'histoire de la médecine occidentale en Chine ont été formées à l'étranger, comme Liu Ruiheng, ministre de la Santé diplômé de Harvard, Wu Liande (伍连德, 1879-1960), président de l'AMC et diplômé de Cambridge ou encore Chen Zhiqian, lui aussi diplômé de Harvard. Faut-il en conclure qu'un diplôme d'une université étrangère mène à une carrière prestigieuse ? Les données disponibles pour le Sichuan ne révèlent pas de différence significative entre les carrières des individus ayant étudié à l'étranger et les autres, mis à part le fait qu'ils sont en moyenne légèrement plus âgés et déclarent plus souvent avoir exercé une fonction d'enseignement. Les plus jeunes générations de médecins enregistrées au Sichuan n'ont pas étudié à l'étranger. Tous les praticiens formés à l'étranger sont nés avant 1910 tandis que cette génération représente environ un cinquième des cent demandeurs de licence dans notre échantillon (Annexe IV. 5. Tableau 7). On peut y voir la conséquence de la multiplication des institutions d'enseignement médical en Chine, mais il est également possible que la guerre ait empêché certains étudiants chinois de cette génération, partis à l'étranger dans les années 1930, de rentrer en Chine une fois leur diplôme obtenu. Les médecins formés à l'étranger, plus âgés, sont aussi plus nombreux à obtenir un poste d'enseignant dans une université ou école de médecine. Les différences générationnelles n'expliquent pas à elles seules cette tendance, dans la mesure où certains médecins accèdent directement à un poste d'enseignant en Chine une fois leur diplôme étranger obtenu. C'est le cas de deux médecins diplômés d'universités américaines, l'un de l'université John Hopkins en 1933, l'autre de l'université de Philadelphie en 1938. Tous deux lorsqu'ils rentrent en Chine peu de temps après la fin de leurs études obtiennent un poste d'enseignant à l'université Sun Zhongshan, sans avoir jamais pratiqué la médecine dans un hôpital chinois ou à leur propre compte[439].

ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 285-296.

[438] RICHARDS, Pamela Spence. « The Movement of Scientific Knowledge from and to Germany under National Socialism », *Minerva*. 1990, vol.28 n° 4. p. 401-425.

[439] APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Yin Yuzhang 陰毓璋, 1er mai 1943 ; APS, 0113-01-0325, Curriculum vitae pour demande de certificat : Wu Jie 吳潔, 10 mars 1941.

La proximité avec l'étranger se ressent fortement dans les facultés de médecine et les hôpitaux du Sichuan qui, pour une bonne partie, sont affiliés à des organisations américaines ou canadiennes. Sur les 51 médecins diplômés d'une faculté chinoise que comprend notre échantillon, 26 sortent d'un établissement missionnaire (dont 18 de la WCUU) auxquels s'ajoutent deux étudiants du PUMC affilié à la fondation Rockefeller et un du *Xiangya Medical College* fondé par l'organisation *Yale-in-China*. À l'exception de l'université Aurore, à Shanghai, qui dépend des jésuites, toutes ces institutions sont affiliées à des organisations nord-américaines. Si l'influence des États-Unis se ressentait peu à travers la mobilité internationale des étudiants en médecine, elle est manifeste concernant l'enseignement de la médecine en Chine. Les missionnaires canadiens et britanniques jouent également un rôle important à travers la WCUU. Une partie des étudiants de la WCUU sont amenés à poursuivre leurs études aux États-Unis ou au Canada, comme l'atteste une enquête menée en 1947 par l'université sur ses alumni. Sur 16 questionnaires complétés par d'anciens étudiants de médecine, dix ont par la suite étudié dans au moins une université en Amérique du Nord et parmi eux sept y résident en 1947[440].

Au début des années 1940, les étrangers et en particulier les missionnaires restent un des principaux employeurs pour les diplômés des facultés de médecine qui, comme nous l'avons montré, ont davantage tendance à pratiquer dans les établissements médicaux de plus grande taille. Dans notre échantillon, près d'un tiers des médecins ayant suivi un cursus universitaire a été employé par un établissement tenu par des missionnaires, presque toujours au début de leur carrière. Les deux tiers restants ont généralement travaillé dans des hôpitaux publics, dans l'armée ou ne déclarent aucune fonction. Presque tous les médecins qui déclarent avoir travaillé dans un établissement missionnaire sont eux-mêmes diplômés d'une faculté de médecine missionnaire et certains ont passé la majeure partie de leur carrière dans ces institutions.

Enfin, pendant la guerre, la WCUU occupe une place centrale dans le paysage médical provincial, voire national, puisqu'elle héberge dans ses locaux une partie des universités transférées au Sichuan pendant la guerre. Elle accueille d'autres institutions privées (l'université pour femmes Jilin 金陵女子大學, l'université Qilu 齊魯大學 et le PUMC), mais aussi

[440] Il ne s'agit que d'une petite fraction des diplômés de la WCUU dont le nombre s'élève déjà à près de 300 en 1945. Cette enquête est réalisée afin de promouvoir les activités de la WCUU auprès de financeurs américains en leur présentant la preuve de l'utilité de cette institution au travers des parcours de leurs anciens étudiants. WCUU, 11-279-4404, 4409.

l'Université Centrale, publique, avec lesquelles elle organise un programme d'enseignement médical conjoint[441]. Ainsi, malgré les efforts du gouvernement nationaliste pour développer un enseignement médical académique public, ce dernier reste particulièrement lié aux échanges avec l'étranger et à la présence occidentale en Chine, en particulier celle des missionnaires nord-américains.

Les diplômés de l'enseignement médical académique apparaissent comme les praticiens de la médecine occidentale par excellence. Ayant reçu un enseignement médical long et exigeant, souvent dispensé dans une langue étrangère, ils parlent la même langue que les médecins américains, allemands ou japonais, et tentent de conformer leur pratique aux standards fixés par ces derniers. Ils exercent généralement dans de grands établissements, relativement bien équipés et financés, notamment par le biais d'organisations américaines. Dans les années 1930, Pang Jingzhou, diplômé de la faculté de médecine Tongde à Shanghai, produit un diagramme synthétisant le paysage médical de la ville[442]. Il rend compte de la diversité des soignants et l'exercice en lui-même révèle la complexité d'une classification exhaustive. S'il fallait placer les diplômés des facultés de médecine sur ce diagramme, ils se situeraient sans aucun doute dans la partie consacrée aux praticiens de la nouvelle médecine dans sa forme la plus pure. Néanmoins, cette médecine d'élite qui se concentre surtout dans les grands centres urbains reste vraisemblablement inaccessible pour la majeure partie de la population.

C - L'enseignement médical technique, entre projet national et initiatives locales

Revenant sur son expérience à la tête du Département de santé du Sichuan, Chen Zhiqian évoque brièvement les difficultés qu'il rencontre pour doter en personnel médical les nouveaux centres de santé, qui sont les unités de soins et de prévention constituant la base du système de santé publique élaboré au Sichuan pendant la guerre contre le Japon :

> Les techniciens et les professionnels bien formés pour équiper ces unités étaient relativement rares, bien sûr, mais la demande était pour l'essentiel satisfaite. Les sources de personnel qualifié comprenaient les récents diplômés des facultés de médecine provinciales et des écoles

[441] MINDEN, Karen. *Bamboo Stone*. *Op. cit.* p. 59

[442] Ce diagramme et reproduit et analysé dans LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 122

de médecine de la WCUU, ainsi que certains médecins plus âgés qui étaient venus au Sichuan pour échapper aux combats […][443].

Les *provincial medical colleges* désignent ici certainement les écoles spéciales qui, dans les projets du gouvernement, devaient être fondées dans chaque province. Chen ne désigne dans cette catégorie aucun établissement spécifique et ne précise pas la part que ce groupe de praticiens occupe dans le personnel des centres de santé. Les formulaires de demande de licence ainsi que les dossiers du personnel des centres de santé montrent que les médecins issus des écoles spéciales occupent une place importante, si ce n'est prépondérante dans ce type d'établissement. Parmi eux, beaucoup sont d'anciens élèves de l'école spéciale de médecine du Sichuan, pourtant quasiment invisible dans les archives. Si l'on dispose de beaucoup de sources et de travaux académiques concernant les facultés de médecine et leurs diplômés, en particulier lorsqu'elles relèvent des missionnaires, certaines écoles n'ont laissé qu'une mince piste documentaire. Contrairement aux institutions administrées par des organisations étrangères ou par le gouvernement, ces écoles semblent davantage liées aux pouvoirs locaux, notamment dans les régions qui échappent au contrôle de Nankin, et n'apparaissent donc pas dans les statistiques nationales. De plus, elles sont surtout actives pendant la période peu documentée des seigneurs de la guerre (des années 1910 aux années 1930). Enfin, les médecins entraînés dans ces établissements accèdent rarement à des postes prestigieux, dans les universités ou les plus grands hôpitaux. Ils pratiquent dans de petits hôpitaux ou cliniques, ou encore dans l'armée, des institutions dont le fonctionnement est plus difficile à documenter. À première vue, il existe donc bien un corps de « praticiens » formés dans des écoles spéciales tel que le souhaitait Faber à la fin des années 1920. Pourtant, leur existence n'est pas le résultat des politiques qu'il inspire, mais le fruit d'une histoire plus complexe incluant certains acteurs, comme les armées des seigneurs de la guerre, rarement évoqués dans l'historiographie de la médecine en Chine.

1) La diversité des écoles spéciales de médecine

La Chine a adopté les types de personnel médical habituels que l'on trouve en Occident sans tenir compte des conditions socio-économiques du pays. Aujourd'hui, toute discussion sur le nombre éventuellement excessif de certains types de personnel médical est devenue un problème personnel très délicat et résiste presque à un point de vue scientifique objectif. En réalité, moins il y en a, mieux c'est. Le ministère de l'Éducation ne devrait se préoccuper en

[443] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 112.

> premier lieu que d'un type standard de personnel médical pour l'ensemble du pays, c'est-à-dire l'officier de santé.[444]

Dans un article publié en 1935 dans les pages du CMJ, Chen Zhiqian réaffirme l'idée selon laquelle il est nécessaire de former, en plus des médecins de haut niveau, un corps d'officiers de santé qui répondra aux besoins du pays en personnel médical. Il va encore plus loin que ceux qui, comme Faber, défendaient cette idée au début des années 1930 : ces officiers de santé sont non seulement nécessaires pour augmenter le nombre de praticiens en activité, mais aussi parce que les médecins formés jusqu'alors dans le cursus universitaire ne sont pas adaptés au travail sanitaire en milieu rural. Le développement de la médecine occidentale en dehors dans grandes villes requiert selon lui des jeunes hommes ayant un entraînement médical solide, mais aussi capables « de travailler seul sans grande assistance technique » et « de vivre avec 50 à 60 dollars par mois »[445].

Contrairement aux travaux de Faber et de la Commission sur l'éducation médicale qui s'appuient principalement sur l'observation des établissements de formation, le constat de Chen Zhiqian découle de son expérience dans le district de Ding, où il expérimente depuis 1932 un système de santé publique rural[446]. Ce programme repose sur une hiérarchisation du personnel médical en fonction des capacités financières locales. Dans les villages, dont les revenus ne permettent pas d'entretenir un médecin qualifié, des habitants sont formés pour effectuer certains travaux sanitaires élémentaires (vaccination antivariolique, statistiques démographiques, premiers secours). Ils sont encadrés par le personnel technique du centre de santé du district et des centres de sous-district, qui se compose à Ding de médecins diplômés des écoles spéciales, d'étudiants du PUMC ainsi que de sages-femmes et d'infirmières disposant d'un entraînement avancé. Les officiers de santé que Chen appelle à former en 1935 doivent constituer un « personnel technique standard » permettant de pérenniser et d'étendre son expérimentation en matière de santé rurale.

La création du Département de santé publique du Sichuan dont Chen prend la tête en 1939 lui permet dans une certaine mesure d'appliquer l'expérience précédente à l'échelle d'une province. Les centres de santé de district qui se multiplient à travers le Sichuan emploient des

---

[444] CHEN, C. C. « A Proposed Basic Medical Curriculum », *CMJ*. 1935, vol.49. p. 861-867.

[445] *Ibid.*

[446] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 76-105.

médecins qui ont plutôt une formation technique et sont souvent diplômés d'une école spéciale de médecine. Dans notre échantillon, sur neuf médecins qui ont au cours de leur carrière officié dans un centre de santé, sept sont diplômés d'une école spéciale, un d'une université, et un a été formé dans un hôpital (Annexe IV. 5. Tableau 8). Les dossiers du personnel des centres de santé tendent à confirmer cette tendance, bien que leur composition varie d'un district à l'autre et au cours du temps[447]. Celui de Qijiang 綦江 voit se succéder dix médecins entre1942 et 1945, dont cinq diplômés de l'école spéciale de médecine du Sichuan, deux d'autres écoles spéciales, un d'un centre de formation militaire et deux de facultés de médecine. Celui du district de Qu 渠 compte d'abord une équipe de médecins formée principalement de diplômés de l'école spéciale du Shandong, qui cèdent ensuite leur place à deux diplômés de l'école spéciale du Sichuan. Un total de 40 médecins ont été employés dans les centres de santé de ces cinq districts et dans le centre annexe de Sanhui 三匯 (district de Qu), dont 28 ont fait leurs études de médecine dans une école spéciale (20 dans celle du Sichuan). Sur les 12 restants, huit ont un diplôme de faculté de médecine et quatre ont suivi un autre type de formation (hôpital, centre de formation militaire).

Les statistiques nationales nous renseignent sur une partie des écoles spéciales, notamment celles qui sont intégrées à la politique d'éducation médicale du gouvernement de Nankin, comme l'école spéciale de médecine de la province du Shandong 山東省立醫學專門學校 créée en 1932. Ces écoles semblent se conformer au programme fixé par le ministère de l'Éducation en 1935[448]. Ce programme d'étude insiste notamment sur l'importance de la santé publique et de la médecine préventive. Si l'enseignement dispensé en « santé publique » dans les écoles techniques ne concerne que la quatrième année, c'est-à-dire la dernière du cursus, il est néanmoins précisé que « la médecine préventive et la santé publique devraient être intégrées dans toutes les matières fondamentales et cliniques enseignées, afin de faire comprendre aux

[447] Nous avons consulté les dossiers du personnel des centres de santés de cinq districts : Qionglai (à l'ouest de Chengdu, 390 000 habitants en 1937 ; APS, 113-01-2133), Kaijiang (dans l'est de la province, 212 000 habitants ; APS, 113-01-2184), Qu (dans le centre-ouest, 737 000 habitants ; APS, 113-01-2187), Fuling (à l'ouest de Chongqing, 1 005 000 habitants ; APS, 113-01-2194), Qijiang (au sud de Chongqing, 414 000 habitants ; APS, 113-01-2211). Les données démographiques proviennent de LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence*. *Op. cit.* p. 60-61.

[448] CHU, C. K. « The Revised Medical Curricula », *CMJ*. 1935, vol.49. p. 837-846.

étudiants que la prévention et le traitement sont d'égale importance »[449]. Au terme des quatre années de cours, les élèves peuvent effectuer une année d'internat : parmi les quatre diplômés de l'école spéciale du Shandong embauchés au centre de santé de Qijiang, trois ont fait une année de stage dans l'hôpital de l'école.

Les formulaires de demande de licence et les fichiers du personnel des centres de santé témoignent de l'existence d'établissements qui n'apparaissent ni dans l'Annuaire du ministère de l'Intérieur ni dans les enquêtes publiées par le CMJ[450]. Il est possible que certaines écoles n'existent déjà plus vers le milieu des années 1930, au moment où paraissent ces documents, comme l'école spéciale publique de médecine du Shandong (山東公立醫學專門學校) créée en 1915 et fermée dans les années 1920. D'autres ne nous sont connues que par bribes d'information, au travers des déclarations des médecins, comme l'école spéciale de médecine de la ville de Wan 萬, où plusieurs médecins ont étudié entre dans la deuxième moitié des années 1920 et qui semble proposer un cursus de quatre ans[451]. L'un d'eux a par la suite effectué une année d'internat dans l'un des hôpitaux du district. Un autre, employé dans le centre de santé de Qijiang, dit avoir étudié dans l'école spéciale de médecine de Guangan 廣安 pendant trois ans au début des années 1930.

L'école spéciale de médecine du Sichuan 四川醫學專門學校, où ont pourtant été formés de nombreux praticiens, n'a également laissé aucune trace dans la documentation disponible au niveau national. Elle est située à Chengdu et fonctionne dans les années 1920-1930 ; la durée d'étude déclarée par les anciens élèves varie de trois à six ans. L'un d'entre eux, étudiant au début années 1930, indique que sa promotion comptait une trentaine de personnes[452]. Une autre

[449] La santé publique occupe une place moins importante dans le programme de cours des facultés de médecine, avec un volume horaire similaire à celui des écoles spéciales également limité à la dernière année, mais pour un cursus d'une année supplémentaire (sans compter l'année d'internat obligatoire). *Ibid.*

[450] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G199-200 ; LEE, T'ao. « Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1932-1933 », *CMJ*. 1933, vol.47. p. 1029-1039 ; LEE, T'ao. « Some Statistics on Medical Schools in China for the Year 1933-1934 », *CMJ*. 1935, vol.49. p. 894-902.

[451] APS, 113-01-0329, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Yang Lihua 楊利華, 16 octobre 1941 ; 113-01-2301, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Meng Yousen 孟游森, 30 avril 1941.

[452] APS, 113-01-0329, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Yiwei 張儀威, 8 avril 1941.

institution, l'école de médecine de l'armée de terre du Sichuan 四川陸軍軍醫學校, est active à Chengdu entre les années 1900 et les années 1920[453]. Les cours y durent quatre ans et les promotions comptent jusqu'à 80 élèves. Plusieurs éléments tendent à indiquer que l'école spéciale du Sichuan et l'école de l'armée de terre sont probablement une seule et même institution réorganisée dans le courant des années 1920, bien qu'aucune source à notre connaissance ne permette de s'en assurer de manière définitive[454].

Si nous ne disposons que d'informations fragmentaires sur toutes ces écoles, elles témoignent de la diversité des initiatives locales qui participent au développement de l'enseignement de la médecine occidentale en Chine. Dans les faits, le programme de santé rurale déployée par le Département de santé du Sichuan ne s'appuie donc pas sur un corps d'officiers de santé bénéficiant d'une formation standardisée, mais sur des praticiens issus d'un grand nombre d'écoles, souvent en dehors du périmètre de l'État central.

2) Du service militaire à la santé publique

Nombre des médecins qui sont issus de ce pan de l'enseignement médical ont d'abord vocation à soigner les soldats ou à assurer la salubrité des régiments. Sur notre échantillon, plus de la moitié des diplômés d'une école spéciale de médecine ont, au moins une fois dans leur carrière, occupé des fonctions dans l'armée, contre moins d'un cinquième des diplômés d'universités (Annexe IV. 5. Tableau 9). Un certain Zhang Yiwei 張義威, diplômé de l'école spéciale de médecine du Sichuan en 1934, a toujours exercé dans l'armée lorsqu'il demande

[453] APS, 113-01-0325, Curriculum vitae pour demande de certificat : Liu Shenbai 劉申伯, 1er décembre 1941. Il s'agit probablement de l'école fondée par les médecins français en 1903 (voir Chapitre 1, B). Il est difficile d'établir avec certitude l'identité de cette institution : les sources françaises ne donnent jamais le nom chinois de l'école de 1903 et la seule source chinoise dont nous disposons mentionnant cet établissement, la chronique de Fu Chongju, parle d'une « école de médecine militaire » (*junyi xuetang* 軍醫學堂 ; *xuetang* est un terme plus ancien pour *xuexiao,* « école »). Néanmoins, la mise en série des informations fournies par les médecins à propos de l'école de médecine de l'armée de terre coïncide avec ce que disent les archives françaises de l'école de médecine de 1903 (période d'activité, nombre de promotions, durée du cursus).

[454] Ces deux écoles sont toutes deux situées à Chengdu dans la ruelle Baojia 包家巷. De plus, selon les déclarations des médecins qui y ont été formés, elles seraient toutes deux en activité au début des années 1920, alors que selon les sources françaises (correspondance du consulat et rapports des membres de la mission médicale) il n'y a à Chengdu que deux institutions d'enseignement de la médecine : la WCUU et l'école de médecine militaire créée en 1903. CADN, 513PO/A, n°559.

une licence en 1941[455]. Comme lui, tous les médecins qui ont une carrière exclusivement militaire ont étudié dans une école spéciale ou dans un centre d'entraînement, ils n'ont jamais suivi un cursus académique. Souvent, ils entrent dans l'armée ou dans ses hôpitaux directement après avoir obtenu leur diplôme (du moins c'est la première fonction qu'ils déclarent) de sorte qu'ils semblent formés spécifiquement pour ce type de poste.

La proximité entre les écoles spéciales et le métier des armes est manifeste dans le cas de l'école spéciale de médecine du Sichuan qui, comme nous l'avons vu, était sans doute à l'origine une école pour médecins militaires. On peut aussi supposer qu'elle résulte de la situation particulièrement belliqueuse du Sichuan dans les années 1920-1930 où s'affronte en permanence une poignée de satrapes concurrents. Un diplômé de l'école spéciale du Sichuan débute dans les troupes de Deng Xihou où il officie pendant la première moitié des années 1930, un diplômé de l'école spéciale du district de Wan dans celles de Yang Sen (杨森, 1884-1977) et un diplômé d'une école spéciale située à Wuhan dans celles de Liu Xiang[456]. Comme les centres de formation militaires évoqués plus haut, les écoles spéciales du Sichuan (voire des provinces voisines) fournissent des médecins pour les armées des seigneurs de la guerre. Un praticien originaire de Suining a d'ailleurs étudié dans ces deux types d'institutions, trois ans à l'école spéciale du Sichuan, puis deux ans dans le centre de formation pour médecins militaires de l'armée de Lai Xinhui (賴心輝, 1886-1942), avant de servir pendant près de dix ans sous les ordres de Deng Xihou.

Ce lien entre l'enseignement médical technique (écoles spéciales, mais aussi centres de formation) et le métier des armes est-il spécifique au Sichuan des seigneurs de la guerre ? Sur les quatre diplômés de l'école spéciale de la province Shandong qui se relaient au centre de santé de Qu, au moins deux sont passés par l'armée[457]. C'est également le cas de quatre des cinq médecins qui, dans notre échantillon, sont nés en dehors du Sichuan et ont étudié dans une

[455] APS, 113-01-0329, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Yiwei 張儀威, 8 avril 1941.

[456] APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Chen Deyu 陳德裕, 1943 ; APS, 113-01-0329, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Yang Lihua 楊利華, 16 octobre 1941 ; 113-01-2303, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Xiong Zhigao 熊志高, 1942. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier l'école de Wuhan (*Wuhan yaren yiyao zhuanmen xuexiao* 武漢雅仁醫藥專門學校) dans d'autres sources.

[457] APS, 113-01-2187.

école spéciale. Ainsi, le cas du Sichuan est peut-être révélateur d'une tendance à l'œuvre dans tout le pays : le développement d'un enseignement médical technique répond en partie aux besoins militaires.

Les établissements spécialisés dans la prise en charge d'opiomanes emploient eux aussi fréquemment des diplômés d'écoles spéciales ou de centres de formation militaires (Annexe IV. 5. Tableau 10). Dès 1928, le gouvernement de Nankin décrète la création d'hôpitaux et de centres de désintoxication à l'opium. Ils se multiplient dans les villes et districts du pays à partir des années 1930[458]. Les informations chronologiques que donnent les médecins qui ont travaillé dans ces établissements indiquent que ceux du Sichuan apparaissent vers le milieu des années 1930 et sont surtout actifs avant les années 1940. Il est probable qu'ils soient alors supplantés par les centres de santé, puisque ces derniers comprennent visiblement un service de traitement des opiomanes[459]. Cette transition se lit dans la carrière des médecins : sur les sept de notre échantillon ayant exercé dans un établissement de désintoxication, quatre travaillent par la suite dans un centre de santé. De la même manière, l'un des directeurs du centre de santé de Fuling était auparavant directeur de l'hôpital de désintoxication de ce même district[460]. Il suit la carrière type des praticiens issus du cursus technique. Né vers 1904 dans le district de Renshou 仁壽, au nord de Chengdu, il étudie entre 1922 et 1926 dans l'école de médecine militaire de la capitale provinciale, commence sa carrière dans l'armée (celle du seigneur de la guerre Tian Songyao 田頌堯, 1888-1975), entre au service d'un établissement civil et public (centre de désintoxication) avant de travailler dans un centre de santé.

Les parcours des praticiens issus de l'enseignement technique témoignent d'une implantation géographique différente de celle des médecins issus du cursus académique. Alors

[458] GONG, Chunli 龔春丽. « Nanjing guomin zhengfu shiqi jieyan yiyuan yanjiu » 南京国民政府时期戒烟医院研究 (Recherche sur les hôpitaux de désintoxication pour opiomanes sous le gouvernement de Nankin), *Jishou daxue xuebao*. 1 mars 2022, vol.43 nº 2. p. 151-160.

[459] Le rapport d'activité du centre de santé du district de Ba 巴 comprend une catégorie « sevrage » (*jieyan* 戒煙) ; APS, 113-01-0644, Yiwugong baogao 醫務工報告 (Rapport sur l'activité médicale), janvier 1942. Cependant, cette activité n'apparait pas dans le plan d'organisation des centres de santé de 1939 et elle n'est donc peut-être pas systématiquement présente ; APS, 113-01-0766, Sichuansheng gexian weishengyuan zuzhi jihua 四川省各縣衛生院組織計劃 (Plan d'organisation des centres de santé dans les districts du Sichuan), 1939.

[460] APS, 113-01-2194, Dossiers du personnel du centre de santé de Fuling : Liu Shenbai 劉申伯, 1941 ; APS, 113-01-0325, Curriculum vitae pour demande de certificat : Liu Shenbai 劉申伯, 1er décembre 1941.

que ces derniers, exerçant dans les grands hôpitaux ou enseignant dans les universités, se concentrent à Chengdu (capitale provinciale) et Chongqing (siège du gouvernement), ceux qui ont été formés dans les écoles spéciales ou centres de formation militaires sont surtout présents dans les districts (Annexe IV. 5. Tableau 11). De plus, ils ont davantage tendance à s'installer à leur compte dans leur district d'origine ou dans un district voisin plutôt que dans les deux capitales. Cela ne signifie pas qu'ils y sont toujours restés, mais plutôt qu'ils y retournent. Cette pratique libérale intervient en général dans un second temps, par exemple après plusieurs années dans l'armée, comme nous le montrent les exemples précédemment évoqués de médecins issus des centres de formation militaires. Yang Jinghai 楊鏡海, né vers 1902 dans le district de Kai 開 situé à 400 kilomètres de Chengdu dans l'est de la province, voyage d'abord vers la capitale provinciale où il étudie trois ans à l'école de médecine militaire. Il sert dans l'armée de Lai Xinhui, dans le sud de la province, puis celle Liu Xiang, dans l'est. Vers 1930, il est employé par l'hôpital municipal de Wan, non loin de son district de naissance, où il s'installe à son compte deux ans plus tard[461]. Cet exemple, comme plusieurs autres, indique que l'implantation rurale de ces médecins n'est pas seulement le résultat de la politique de santé élaborée par le gouvernement central ou provincial, notamment à travers la création des centres de santé dans les districts, mais aussi la conséquence de choix individuels, comme celui de revenir exercer dans sa région d'origine.

Comme le prévoyait Chen Zhiqian, une condition essentielle au développement d'un système de santé publique en milieu rural est de disposer d'une main-d'œuvre médicale prête à accepter un salaire modeste. Les dossiers du personnel des centres de santé tendent à montrer que c'est le cas des médecins qui y sont employés. Une partie des formulaires d'état de service détaillent le montant du salaire que touchait le praticien pour chaque fonction qu'il a occupée, y compris avant qu'il entre dans le centre de santé. Dans l'armée, leur rémunération dépasse rarement 50 yuans, soit une somme proche de celle qu'imaginait Chen Zhiqian pour ses « officiers de santé ». D'une manière générale les montants indiqués pour les années 1930 ne dépassent pas 80 yuans. Le salaire est plus élevé dans les centres de santé (entre 100 et 180 yuans au début des années 1940), mais cette augmentation est minime au regard de l'inflation qui touche la Chine pendant la guerre. Un des médecins du centre de santé de Qijiang, payé 180 yuans en 1942, déclare qu'il touchait 30 à 45 yuans dans l'armée entre 1934 et 1937,

[461] APS, 113-01-2301 : Curriculum vitae pour demande d'inscription : Yang Jingmei 楊鏡海, mars 1942.

puis 50 yuans dans un hôpital de Mianyang en 1938-1939[462]. Or, entre 1939 et 1942, les prix sont multipliés par trois chaque année[463].

Le programme de santé publique mis en place au Sichuan dans les années 1940 est donc rendu possible par l'existence d'un cursus technique (écoles spéciales, centres de formation militaires) qui forme une part conséquente des médecins de la province. Cette main-d'œuvre moins coûteuse est plus adaptée aux besoins des centres de santé que les diplômés des facultés de médecine. Ce cursus technique ne repose pas uniquement sur l'action du gouvernement central et certaines des écoles qui le composent existent bien avant l'arrivée au pouvoir du Guomindang et la création du ministère de la Santé. Il s'agit moins d'un système ordonné et rationnel, tel que le conçoivent les projets sur l'enseignement médical élaboré par le gouvernement et ses conseillers au cours des années 1930, mais d'un ensemble hétéroclite d'établissements placés sous le contrôle de nombreux acteurs, en particulier l'armée. Au Sichuan en particulier, la période des seigneurs de la guerre a produit un nombre conséquent de médecins militaires dont une partie passe au service du gouvernement nationaliste lorsque celui-ci se replie dans la province, en officiant dans les armées qui luttent contre le Japon ou bien dans les nouveaux établissements de santé publique tels que les centres de santé.

Conclusion

Sous le statut unique de « praticien de la médecine occidentale » (*xiyishi*) établi par la législation et validé par la pratique administrative, la profession est divisée en fonction du type de formation suivie par les praticiens. L'analyse de leurs parcours fait ressortir deux groupes en particulier (Annexe IV. 5. Graphique 1). D'une part, les diplômés de l'enseignement médical académique, les facultés de médecine, qui constituent une élite médicale surtout présente dans les grandes villes, davantage versée dans l'enseignement de la médecine et qui est le produit des circulations de savoirs, de personnes et de capitaux entre la Chine et les pays étrangers, notamment les États-Unis, l'Allemagne et le Japon. D'autre part, les médecins formés par le cursus technique, écoles spécialisées et centres de formation militaires, qui constituent un corps

[462] APS, 113-01-2211, Dossiers du personnel du centre de santé de Qijiang : Li Qi 李旗, mai 1942.

[463] LI, Michell. « Inflation in Eastern China during the Second Sino-Japanese War », *Journal of Economics Library*. janvier 2020, vol.6 nº 4. p. 338-353.

de praticiens, voire d'« officiers de santé » (pour reprendre les mots de Chen Zhiqian), mobilisés dans les armées, mais également dans les structures de santé publique qui voient le jour dans la province pendant la guerre.

Cet enseignement médical technique s'appuie principalement sur des institutions chinoises souvent proches des autorités locales et, par conséquent, moins bien documentées que celles dépendant du gouvernement central ou d'organisations étrangères. On peut s'interroger sur l'absence des écoles techniques ou de leurs diplômés dans le diagramme de Pang Jingzhou[464]. Parmi les quarante catégories de soignants qu'il liste, aucune ne correspond vraiment à ce groupe qui ne fait partie ni des médecins liés à la présence étrangère ni des praticiens « autoproclamés » de la médecine occidentale. Suffisamment qualifiés pour être considérés comme des médecins de plein droit, détenteurs d'une licence et employés dans des établissements publics, mais inférieurs aux diplômés de l'enseignement académique, ils occupent une position intermédiaire. Pour les promoteurs de la médecine occidentale, ils ne sont ni une menace pour la santé publique, contrairement aux praticiens de la médecine chinoise ou aux charlatans, ni la solution idéale pour assurer la santé de la nation. Leur présence explique en partie comment un gouvernement en guerre et confronté à l'inflation et aux pénuries a pu poursuivre des efforts soutenus en santé publique, malgré des moyens limités. Il a pu recourir à cette main-d'œuvre déjà formée par les seigneurs de la guerre, entre autres, et relativement peu coûteuse.

Il est donc selon nous nécessaire de considérer la profession dans sa totalité et sa diversité pour comprendre les politiques de santé et l'essor de la médecine occidentale en Chine pendant la première moitié du XXe siècle. L'accès de la population chinoise à des soins médicaux d'un nouveau type ne dépend pas seulement des stratégies élaborées par le gouvernement central, et les experts comme Knud Faber ou Chen Zhiqian. Il découle aussi de la somme de décisions locales et d'arbitrages individuels réalisés par les médecins : choix de carrière des médecins, activisme des gouvernements locaux, voire initiatives des seigneurs de la guerre pour renforcer les services de santé de leurs armées. La formation d'un nombre croissant de praticiens de la médecine occidentale pose différemment la question des circulations des savoirs, non plus entre

[464] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 122.

l’étranger et la Chine, mais à l’intérieur du pays, notamment entre les grandes facultés de médecine et les écoles aux dimensions et aux moyens plus limités.

Chapitre 5 : La médecine chinoise : une institutionnalisation sans occidentalisation

Le Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise de 1936 prévoit quatre conditions d'accès à la licence : (1) avoir passé un examen ou la certification du gouvernement central, des gouvernements municipaux ou provinciaux ; (2) avoir reçu une licence pour pratiquer la médecine chinoise par le gouvernement central ou provincial ; (3) avoir obtenu un diplôme d'une école de médecine chinoise ; (4) avoir exercé la médecine chinoise pendant plus de cinq ans (Annexe III. 3). Les conditions 2 et 4 ne concernent que les praticiens déjà installés avant l'entrée en vigueur du Règlement, et il est peu probable que des examens de certification soient tenus de façon régulière dans tous les districts ; ils disparaissent d'ailleurs de la Loi sur les médecins de 1943. Par conséquent, pour les nouveaux entrants dans la profession, seul un diplôme d'une école de médecine chinoise garantit l'obtention d'une autorisation d'exercice. La mise en place des systèmes de licence concourt donc à une réorganisation profonde des modes de transmission des savoirs médicaux. La formalisation et l'institutionnalisation de l'enseignement médical constituent un aspect essentiel de la professionnalisation de la médecine chinoise, les écoles garantissant aux yeux de l'État la compétence des praticiens qui y ont obtenu leur diplôme.

L'essor des écoles ne constitue pas pour autant un mouvement de modernisation univoque de la médecine chinoise. Le terme d'« école » (*xuexiao* 學校) recouvre dans la première moitié du XXe siècle des situations d'enseignement très diverses et une partie des établissements qui entrent dans cette catégorie portent des noms différents (« académie » *xueyuan* 學院, « centre de formation » *chuanxisuo* 傳習所, etc.). Avec l'expansion de la presse et de l'imprimé, des cours de médecine par correspondance voient également le jour et permettent à certains praticiens, notamment à Shanghai, d'enseigner la médecine à de nombreux élèves, parfois plusieurs centaines, situés dans tout le pays[465]. La pluralité de formes que prend l'enseignement de la médecine chinoise montre qu'il ne s'agit pas seulement de le calquer sur celui de la médecine occidentale, mais de trouver des voies vers une forme de modernité médicale sans rompre pour autant avec certains traits essentiels des modes de transmission des savoirs qui ont prévalu jusqu'alors. Nous pouvons ainsi appliquer à l'institutionnalisation de la

[465] YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu ». *Op. cit.*

médecine chinoise la réflexion de Pierre François Souyri à propos du Japon : cette transformation « a pu prendre la forme d'une occidentalisation des manières de faire et de penser, mais en partie seulement »[466].

Les écoles de médecine chinoise apparaissent au tournant du siècle du fait de quelques initiatives individuelles, mais ne représentent alors qu'une part infime de l'enseignement de la médecine chinoise. Celui-ci s'appuie encore sur les relations interpersonnelles, en particulier entre maître et disciple. Ce cadre social ancien prend des formes différentes selon les périodes, les régions et les conditions d'apprentissage qui sont étroitement liées à chaque maître. À partir des Song (Xe-XIIIe siècles), les liens de fidélité qui unissent maîtres et disciples tendent à se renforcer et constituent, au fil des générations, des « lignées » médicales fondées sur une filiation intellectuelle et sociale commune[467]. Les liens familiaux (*jia* 家) ou lignagers (*zu* 祖) jouent également un rôle important dans la transmission des savoirs. Dans le sud de la Chine, certains lignages qui associent différentes formes de liens (filiation naturelle, mariage, relation maître-disciples) sont encore bien établis au XIXe et au XXe siècle[468]. Par ailleurs, sous les Song également, un apprentissage de la médecine autodidacte apparaît, rendu possible par le développement de l'imprimé [469]. L'autodidaxie est encore facilitée au XIXe siècle par l'apparition de livres d'introduction à la médecine publiés par certains médecins, non pour leurs propres disciples, mais pour toute personne intéressée par cet art. Jusqu'au XXe siècle, l'apprentissage auprès d'un maître, d'un membre de sa famille (père, grand-père, oncle ou frère) ou par la lecture, les trois n'étant pas mutuellement exclusifs, sont les principales voies d'accès aux connaissances médicales et au métier de praticien de la médecine chinoise[470].

Ces modes d'apprentissage reposent en partie sur la transmission orale ou secrète du savoir et sur le prestige personnel des maîtres ou des auteurs. Ils contrastent ainsi avec

---

[466] SOUYRI, Pierre. *Moderne sans être occidental : aux origines du Japon d'aujourd'hui*. Paris : Gallimard, 2016. p. 443.

[467] LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Learning from the Song to the Ming » in Paul Jakov SMITH et Richard VON GLAHN (dir.) *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*. Cambridge : Harvard University Asia Center, 2003, p. 374-398.

[468] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 5.

[469] LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Learning from the Song to the Ming ». *Op. cit.*

[470] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China ». *Op. cit.*

l'organisation de la médecine occidentale au XXe siècle, qui devient dans les années 1920 et 1930 le modèle sur lequel le gouvernement nationaliste souhaite réorganiser l'ensemble du champ médical, médecine chinoise comprise. Le caractère protéiforme, fluide et informel de la transmission personnelle des savoirs est incompatible avec le contrôle que l'administration entend exercer sur les qualifications des praticiens. L'émergence des nouvelles écoles, qui ne met pas un terme définitif à l'apprentissage auprès d'un maître, rend l'enseignement de la médecine chinoise gouvernable. L'institutionnalisation de l'enseignement constitue également une première étape dans la standardisation des savoirs médicaux, un objectif visé par une part croissante du monde médical chinois. Cette volonté de standardisation se retrouve également dans d'autres facettes de la médecine chinoise. Par exemple, certains auteurs de la première moitié du XXe siècle modernisent le genre des recueils de cas médicaux (*yi'an* 醫案) pour en faire un outil de standardisation, voire de scientifisation de la médecine chinoise[471].

Les nouvelles écoles sont également une réponse à la crise de légitimité qui touche la médecine chinoise à partir de la chute de l'empire en 1911 et qui culmine avec la tentative d'abolition de 1929. En 1915, Ding Ganren ouvre, avec le concours d'autres praticiens de la région Shanghai, une école spéciale de médecine chinoise dans cette ville avec l'intention d'en faire une institution comparable aux meilleurs établissements d'enseignement de la médecine occidentale[472]. Cette entreprise s'inscrit selon Volker Scheid dans une ligne qui vise à moderniser la médecine chinoise, par exemple en l'enrichissant des connaissances occidentales en matière d'anatomie et de physiologie, tout en « préservant l'essence nationale » (*baocun guocui* 保存國粹) par la maîtrise des classiques de la médecine[473]. À l'image de l'école de Ding Ganren, beaucoup de ces nouveaux établissements visent à transformer la manière dont est enseignée la médecine chinoise, mais aussi à réorganiser, sélectionner ou reformuler les savoirs qui la composent. Néanmoins, en l'absence de standardisation des cursus et des matériaux pédagogiques, caractériser précisément cette transformation reste pour l'historien

[471] ANDREWS, Bridie. « From Case Records to Case Histories: the Modernization of a Chinese Medical Genre, 1912-1949 » in Elisabeth HSU (dir.) *Innovation in Chinese medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 324-336.

[472] ZHAO, Hongju 赵洪钧. *Jindai zhongxiyi lunzheng shi* 近代中西医论争史 (Histoire des controverses entre médecine chinoise et occidentale à l'époque moderne). Beijing : chengdu Xueyuan chubanshe, 2019. p. 142-143.

[473] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 236-239.

une tâche épineuse, surtout dans la mesure où beaucoup d'écoles ne nous sont connues que par des sources fragmentaires.

Les éléments dont nous disposons sur certaines institutions sichuanaises dans les années 1930 et 1940 permettent néanmoins d'interroger la portée de certains changements qui traversent la médecine chinoise, comme le projet de « mettre en ordre de la médecine par les méthodes scientifiques » porté par l'Institut de médecine nationale. Ils attestent également de certaines constantes dans la manière dont s'organise le savoir médical, autour de certaines matières essentielles et en excluant d'autres pratiques thérapeutiques, notamment celles qui font appel aux phénomènes surnaturels. C'est en partie par son enseignement scolaire que la médecine chinoise devient un domaine de connaissance distinct de la médecine occidentale, mais aussi des thérapies occultes ou religieuses. En effet, la professionnalisation de la médecine chinoise n'est pas seulement une réaction au défi posé par les sciences occidentales, bien que le discours de ses porte-paroles, notamment l'Institut de médecine nationale, se concentre sur ce point. Comme le rappel Judith Farquhar, les patients qui se tournent aujourd'hui vers la TCM se soucient rarement de savoir si elle est compatible avec la science[474]. Si un discours de scientificité permet de gagner en légitimité aux yeux de l'État, c'est sur un autre terrain que se jouent les stratégies de différenciation vis-à-vis, par exemple, des « sorciers des rivières et des lacs » (*jianghu shushi* 江湖術士), contre lesquels la licence, adossée à l'enseignement scolaire, constitue une protection.

La professionnalisation s'accompagne donc d'une institutionnalisation de l'enseignement de la médecine chinoise qui ne fait pas pour autant disparaître les anciens cadres de la transmission des savoirs médicaux. Cette transmission existe d'ailleurs encore aujourd'hui, même si elle a été marginalisée par les académies de TCM[475]. Plutôt que d'y voir une forme de conservatisme, de résistance au changement ou à la modernité, nous montrerons plutôt que la coexistence de deux modes de transmission du savoir médical répond à différentes manières de définir et valider la compétence du médecin. De la même manière, la réorganisation des savoirs médicaux opérée par l'enseignement scolaire notamment, mais aussi perceptible à

[474] FARQUHAR, Judith. *Knowing Ppractice: the Clinical Encounter of Chinese Medicine*. Boulder : Westview Press, 1994. p. 20.

[475] HSU, Elisabeth. *The Transmission of Chinese Medicine*. *Op. cit.* p. 103.

travers les examens de qualification des médecins, ne relève pas seulement de la « scientifisation » souhaitée par l'Institut de médecine nationale.

A - La transmission personnelle du savoir médical

Tout comme les praticiens de la médecine occidentale, les praticiens de la médecine chinoise demandant une licence sont amenés à compléter un curriculum vitae (Annexe II. 1). Ces sources fournissent un éclairage nouveau sur le profil des médecins, qui n'étaient jusqu'alors connus qu'au travers d'une petite minorité d'individus passés à la postérité. Surtout, elles se situent à l'intersection entre les normes établies par l'État, le parcours des demandeurs et leurs stratégies déclaratives. Ces curriculum vitae sont l'écho, si ce n'est les outils, d'une rationalisation du parcours de ces médecins. Par leur forme standardisée, ils font entrer la réalité sociale de la médecine chinoise dans les cases fixées par l'administration et la règlementation et ont donc une dimension normative, puisque la manière même dont ils sont construits dicte comment doivent se structurer les carrières.

Si l'institutionnalisation précoce de la médecine occidentale faisait correspondre l'organisation réelle des carrières à la structure des curriculum vitae, il n'en va pas de même pour la médecine chinoise. Les déclarations de ses praticiens attestent régulièrement de l'écart entre les attentes des autorités et leur expérience : la notion même d'enseignement médical, distinct de la pratique et de l'enseignement primaire ou élémentaire, ne va pas nécessairement de soi. Ces curriculum vitae sont produits dans le but d'obtenir une licence et donc, en partie, de manière à correspondre aux critères de qualification attendus. Pour autant, ils contiennent également des informations que les médecins jugent importantes pour évaluer leurs compétences, même si elles ne sont pas pertinentes du point de vue des critères fixés par la règlementation pour juger de leur capacité à exercer. En dépit de ce statut complexe, ces sources nous éclairent sur les normes établies par l'administration sanitaire et sur les façons dont les praticiens tentent de s'y conformer, à partir de leurs propres parcours et valeurs.

1) L'enseignement médical : une catégorie administrative

Si la forme des curriculum vitae n'est pas parfaitement standardisée, ils distinguent de manière systématique le parcours scolaire des médecins de leur expérience professionnelle[476]. Le système de licence impose en effet une séparation claire entre ceux qui sont encore en train d'apprendre la médecine et ceux qui ont déjà les qualifications nécessaires pour la pratiquer. Or, sous les Qing et jusqu'au début de la République, l'enseignement dispensé par certains maîtres combine à la fois la connaissance des textes et l'expérience clinique ou la discussion des diagnostics[477].

La distinction entre apprentissage et pratique n'est donc pas évidente pour un certain nombre de praticiens, comme le montrent certains des curriculum vitae collectés au Sichuan, dans lesquels il est difficile de déterminer à quel moment l'élève devient un médecin de plein droit. Par exemple, dans le district de Peng 彭, un médecin âgé de 64 ans déclare avoir étudié avec deux maîtres pendant une durée totale de 15 ans, et avoir exercé la médecine pendant déjà 42 ans au moment de son enregistrement[478]. Soit il a commencé son apprentissage de la médecine très jeune, ce qui semble d'autant moins probable qu'il dit également avoir fait dix ans d'études « non médicales », soit il inclut une partie du temps passé auprès de ses maîtres dans ses 42 ans d'exercice de la médecine. Un praticien de Santai 三台 âgé de 47 ans, déclare quant à lui avoir pratiqué pendant 31 ans, ce qui signifie qu'il intègre sans doute une partie du temps passé à apprendre la médecine dans sa famille à cette longue expérience pratique[479]. Il semblerait donc que pour certains médecins, le début de la pratique se situe non pas au moment où ils quittent la supervision de leur maître ou parent, mais lorsque ce dernier les juge aptes à examiner des patients. C'est ce qu'indiquent également les informations apparemment contradictoires fournies par un médecin de Chengdu dans sa demande de licence. Il dit avoir étudié auprès d'un maître à partir de ses 15 ans pendant trois ans et, ailleurs, avoir suivi pendant

[476] La première catégorie est intitulée *xueji* 學籍 (« registre d'étude ») ou *chushen* 出身 (« origine »), la seconde *jingli* 經歷 (« expérience » ou « antécédents »), voir Annexe II. 1.

[477] LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China ». *Op. cit.*

[478] APS, 113-01-1470, Curriculum vitae pour demande de certificat : Shao Xisan 芍锡三, non daté (1941).

[479] APS, 113-01-0361, Curriculum vitae pour demande de certificat : Yin Shixin 尹師信, non daté (1941).

cinq ans les enseignements d'un certain maître Liang[480]. Enfin, à 52 ans, il aurait pratiqué la médecine pendant 32 ans, c'est-à-dire à partir de ses 20 ans. On peut supposer qu'il est bien demeuré auprès de son maître pendant cinq années dont les trois premières constituent le moment d'apprentissage à proprement parler et les deux dernières un moment d'approfondissement, entre études et pratique. En effet, selon Angela Ki Che Leung, la durée de formation habituelle auprès d'un maître dure trois ans, mais le disciple peut tout à fait continuer de suivre les enseignements de son maître ou l'assister dans son activité pendant une période plus longue[481].

La longue explication que donne un certain Xiong Yonghe sur son parcours illustre aussi cette idée d'un temps de transition entre études et pratique, plutôt que d'une séparation franche. Né vers 1909 à Yibin, où il exerce encore au moment de son enregistrement en 1943, il a étudié trois ans auprès d'un « médecin lettré » (*ruyi* 儒醫), de 1925 à 1927. Dans la partie du formulaire dédiée à son expérience professionnelle, il déclare :

> Ma famille pratique la médecine depuis trois générations. Mon grand-père Xiong Zisheng et mon père Xiong Wan ont eu une pharmacie au temple Zhi Cheng, puis au temps Zhi Shan et maintenant au temple Shu Chun. Les premières années, j'ai étudié sans pratiquer. [En 1933], j'ai commencé à faire des consultations dans la clinique familiale. J'ai 11 ans d'expérience. J'ai aussi géré la comptabilité du commerce de [1928 à 1943].[482]

En lui-même, cet exposé contraste avec le style concis des autres déclarations et ne respecte pas la séparation entre les différentes sections du formulaire, dont aucune ne semble convenir à cette expérience. Entre la fin de son apprentissage auprès du « médecin lettré » et le début de sa pratique dans la clinique familiale, Xiong Yonghe continue d'étudier tout en aidant ses parents dans des tâches non médicales. Il est clair qu'il n'a pas encore commencé à pratiquer, mais ce moment ne semble pas non plus complètement appartenir à son instruction.

D'autres cas, plus rares, attestent même d'une indistinction totale entre l'apprentissage de la médecine et sa pratique. Un médecin de 52 ans dit ainsi avoir étudié la médecine chinoise

---

[480] APS, 113-01-0362, Curriculum vitae pour demande de certificat : Jiang Chulin 蔣春林, non daté (1941).

[481] LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China ». *Op. cit.*

[482] APS, 113-01-0614. Curriculum vitae pour demande d'inscription : Xiong Yonghe 熊永和, avril 1943.

dans sa famille pendant plus de 30 ans et l'avoir pratiquée pendant une durée équivalente[483]. Un autre, à 33 ans, déclare avoir étudié dans sa famille ainsi qu'en autodidacte et indique qu'il est « encore en train d'étudier »[484]. Ces quelques exemples semblent témoigner d'un décalage entre une conception de l'apprentissage, limité dans le temps, et un idéal auquel se réfèrent ces médecins, l'entreprise de perfectionnement intellectuel de toute une vie.

Les formulaires remplis par les demandeurs de licence introduisent également, pour la plupart, une séparation entre études médicales et « prémédicales ». L'intitulé de cette section varie selon les formulaires pour désigner soit les études réalisées « avant d'entrer dans une école de médecine », soit « avant d'étudier la médecine », ce qui rend le sens précis de cette catégorie quelque peu incertain. Dans cette section, quel qu'en soit l'intitulé, plusieurs médecins déclarent avoir étudié la médecine, généralement dans leur famille ou en autodidacte. Un jeune médecin de Chengdu a ainsi « lu des livres de médecine chez lui » (*zaijia dushu* 在家讀書) avant de suivre les enseignements d'un maître pendant trois ans[485]. Un autre a « été éduqué à la médecine dans sa famille depuis l'enfance » avant de suivre lui aussi un maître pendant trois ans. L'initiation à la médecine en autodidacte ou dans la famille, parfois à partir d'un très jeune âge, peut apparaître comme une étape préparatoire à un véritable apprentissage médical, quelle qu'en soit la nature, voire à l'entrée dans une école de médecine.

Enfin, certains formulaires ne contiennent presque aucune information concernant le cursus du demandeur de licence. Beaucoup de praticiens relativement âgés, nés avant 1890, se contentent de déclarations lapidaires comme « transmission familiale » (*jiachuan* 家傳), ou « transmission par un maître » (*shichuan* 師傳), sans plus d'indication sur la durée de cet apprentissage ou l'identité de leur instructeur. Un médecin de Chengdu né en 1875 dit seulement avoir « étudié en autodidacte » dans la case se rapportant à son cursus prémédical, laissant entièrement vide la section qui lui demande comment il a appris la médecine[486]. Il dit

[483] APS, 113-01-0359, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhou Fuyang 周復楊, non daté (1941).

[484] APS, 113-01-706, Curriculum vitae pour demande de certificat : Bai Jizong 白繼宗, novembre 1942.

[485]APS, 113-01-0362, Curriculum vitae pour demande de certificat : Wang Jingping 王境, non daté (1941). Il suit également des « cours de formation à la médecine nationale en traumatologie » (*guoyi shangke xunlian ban* 國醫傷科訓練班) pendant six mois à Chengdu.

[486] APS, 113-01-0362, Curriculum vitae pour demande de certificat : Cai Chongyi 蔡重義, non daté (1941).

également avoir pratiqué la médecine pendant plus de 15 ans dans la capitale provinciale. Ces vieux médecins semblent ainsi faire valoir leur ancienneté, leur expérience et leur longue implantation dans la localité où ils demandent une licence, des éléments qui leur semblent plus significatifs pour attester de leur compétence que leur parcours éducatif. Les curriculum vitae, par leur format standardisé, imposent des catégories fixes et partagées selon lesquels les praticiens de la médecine chinoise doivent présenter leur expérience. Mais dans le même temps, les déclarations des médecins illustrent un certain décalage entre leurs conceptions de l'enseignement médical, et de la légitimité qui en découle, et celles de l'administration.

2) Maîtres, familles et identités professionnelles

Les curriculum vitae comportent en général, à l'intérieur de la section se rapportant aux études médicales, une sous-section pour l'enseignement dispensé dans une école de médecine et une autre pour celui reçu auprès d'un maître. En dehors de quelques exceptions, c'est dans la seconde que les médecins inscrivent l'apprentissage auprès d'un membre de la famille ou, ce qui est plus rare, en autodidacte. L'école, c'est-à-dire la seule forme d'enseignement qui compte pour l'administration puisqu'elle donne droit à une licence, s'oppose donc à l'apprentissage auprès d'un maître (*shichuan* 師傳), dans la famille ou le lignage (*jiachuan* 家傳, *zuchuan* 祖傳) qui sont très répandus dans la première moitié du XXe siècle. Sur les 300 curriculum vitae de notre échantillon, plus des deux tiers évoquent ce type de transmission des savoirs médicaux. Cette part reste stable d'une génération à l'autre, y compris parmi les plus jeunes médecins, ceux qui ont 20 ans au moment de la promulgation du Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise en 1936.

L'apprentissage en autodidacte, déjà très minoritaire parmi les plus anciennes générations, se fait de plus en plus rare chez les jeunes médecins. Cette pratique est malgré tout mentionnée dans certains formulaires, dans la sous-section réservée à l'étude de la médecine auprès d'un maître, qui inclut également l'apprentissage par soi-même (*zixiu* 自修)[487]. Parmi les 300 médecins de notre échantillon, une quinzaine déclarent avoir étudié seuls, et sept sont véritablement autodidactes, ne déclarant par ailleurs aucune autre formation médicale

[487] APS, 113-01-0348. Plusieurs formulaires de cette série comportent une case dans la section « études » intitulée « étudier auprès d'un maître ou seul » (*congshi huo zixiu* 從師或自修).

(Annexe IV. 6. Tableau 1). Il s'agit essentiellement des médecins nés avant 1900 et trois d'entre eux se tournent vers la médecine après avoir fait des études dans un autre domaine. Le seul né après 1900 (il est né en 1907 à Longchang 隆昌) déclare par exemple avoir obtenu un diplôme de l'école normale de son district, avoir étudié la médecine par lui-même avant de pratiquer pendant 11 ans[488]. Comme pour les médecins dans une situation similaire, son curriculum vitae ne permet pas de déterminer si la médecine constitue une carrière de substitution ou parallèle à une autre activité, comme c'était le cas des mandarins qui, à la fin des Qing, apprenaient (souvent en autodidacte) et pouvaient pratiquer la médecine en parallèle de leur poste de fonctionnaire[489].

La transmission familiale des savoirs tend également à décliner, mais seulement parmi les plus jeunes générations de médecins, tandis que l'apprentissage auprès d'un maître se maintient comme le mode de formation privilégié tout au long de la période étudiée. La part de médecins éduqués dans leur famille reste stable jusqu'à la génération née après 1905 ; elle baisse de manière significative pour ceux qui sont nés après cette date (Annexe VI. 6. Tableaux 2-3) [490] . Au contraire, ceux qui déclarent avoir appris avec un maître sont proportionnellement aussi nombreux, quelle que soit leur année de naissance (Annexe VI. 6. Tableaux 4-5). Ce relatif déclin de la transmission familiale est-il seulement déclaratif ou bien l'expression d'une réelle évolution dans l'enseignement de la médecine chinoise ? La première option semble moins probable. Elle supposerait que certains praticiens ne déclarent pas l'enseignement reçu dans leur famille ou bien le mentionnent sous une autre forme. Il existe bien quelques cas de médecins ayant étudié avec un maître qui porte le même nom, mais d'une part il s'agit souvent de patronymes particulièrement courants (la similarité serait alors due au hasard), d'autre part l'occurrence de ces situations ne varie pas entre les générations.

On peut donc supposer que la transmission familiale est difficilement conciliable avec la professionnalisation de la médecine. En effet, les curriculum vitae montrent que l'apprentissage auprès d'un parent s'étend souvent sur une période longue ou indéterminée, et il est ainsi peu

[488] APS, 113-01-0349. Curriculum vitae pour demande de certificat : Lin Huizhang 林惠章, non daté (1943).

[489] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 106

[490] On obtient un résultat similaire avec une définition des générations en fonction des décennies. Dans ce cas, les praticiens nés entre 1911 et 1920 sont bien moins nombreux à avoir appris la médecine dans leur famille que les générations précédentes.

adapté au cloisonnement qui s'installe entre le temps de l'étude et le temps de la pratique. Quelle que soit la génération, seulement la moitié des médecins qui ont appris avec un parent précisent pendant combien de temps ils ont suivi cet apprentissage. D'après les informations qu'ils donnent, la durée d'étude atteint souvent dix années ou plus, en particulier pour les médecins les plus âgés. L'absence de bornage précis à la période d'apprentissage de la médecine, ou son étirement dans le temps, participent peut-être au brouillage des frontières entre le temps de la formation et celui de la pratique. À l'inverse, l'apprentissage auprès d'un maître est généralement plus court et plus nettement délimité dans le temps (Annexe IV. 6. Tableau 6). Quatre cinquièmes des médecins qui ont suivi cette voie fournissent des indications précises sur la durée de leurs études, en particulier ceux qui sont nés après 1905. S'il arrive que des disciples passent dix ans ou plus auprès de leur maître, la durée de leur apprentissage n'excède généralement pas cinq années.

L'apprentissage auprès d'un parent et auprès d'un maître ne sont bien sûr pas mutuellement exclusifs, tant pour les apprentis médecins que pour leurs instructeurs. Les premiers peuvent, quoique rarement, déclarer à la fois un apprentissage auprès d'un parent et d'un maître. Pour les seconds, l'enseignement à leurs descendants ne les empêche pas de prendre par ailleurs des disciples apparemment extérieurs à leur famille. Le cas de la famille Chen 陳 dans le district de Yibin illustre la complexité de ces filiations entre parents, maîtres et disciples (Annexe IV. 6. Graphique 1). Selon les informations données par les dossiers de demande de licence, cette famille exerce la médecine de père en fils pendant au moins quatre générations. Chen Mengyou, né dans le district de Hechuan 合川 en1890 a appris la médecine avec son père Chen Shutang et son grand-père Chen Huiting puis a exercé à Yinbin[491]. Il travaille également dans plusieurs institutions de ce district : l'école de médecine chinoise, le comité d'évaluation des praticiens de la médecine chinoise et l'association de praticiens qu'il préside. Il forme à son tour son fils, Chen Pingge (né en 1910), avec l'aide de son père. Plusieurs autres médecins de ce district déclarent avoir eu pour maître Chen Mengyou. Le premier, Xiao Yangran, originaire de la province du Jiangxi, passe avec succès l'examen pour les médecins chinois de Yibin l'année où Chen est membre du comité qui l'organise. Le deuxième, Chen

[491] APS, 11-01-0614, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Chen Mengyou 陳孟猷, avril 1943.

Hongqi, déclare avoir eu un second maître[492], tout comme le dernier disciple connu de Chen Mengyou déclare avoir également appris auprès de son propre père. Ces deux médecins semblent ainsi avoir complété une première formation médicale avec un apprentissage auprès d'un praticien influent du district. Volker Scheid a montré comment Ding Ganren, célèbre médecin de Shanghai, fait reposer sa postérité tant sur les descendants qu'il forme, que sur ses nombreux disciples, ainsi que sur les élèves de l'école de médecine qu'il fonde en 1924[493]. Chen Mengyou présente un profil semblable à l'échelle plus restreinte du district de Yibin : en plus de perpétuer la tradition médicale familiale, il transmet son savoir à plusieurs disciples qui s'inscrivent ainsi dans les réseaux dont semble disposer Chen, du fait notamment des positions qu'il occupe dans les organisations professionnelles locales.

Le vocabulaire employé par certains médecins dans leur déclaration montre enfin que la transmission personnelle des connaissances médicales est encore un marqueur de légitimité au sein de la médecine chinoise, que cette connaissance soit transmise par un maître ou un membre de la famille. En effet, malgré le déclin relatif de la transmission familiale des savoirs, trois médecins de notre échantillon mettent en avant dans leur curriculum vitae le fait que leur famille compte au moins trois générations de médecins, l'un d'eux revendiquant même descendre d'une lignée de sept générations de praticiens fondée dans le Jiangnan sous le règne de Kangxi (1661-1722)[494]. La référence aux « trois générations » de médecins fait écho à un passage du *Classique des rites* (*Lijing* 歷經), fréquemment cité et discuté par les médecins comme par les lettrés. Ce classique recommande de ne pas suivre les traitements de ceux qui ne pratiquent pas la médecine depuis trois générations[495]. Trois autres médecins désignent par ailleurs leur maître ou leurs ascendants par le terme « médecin lettré » (*ruyi*), insistant ainsi sur leur connaissance des classiques, quand un autre déclare descendre d'une lignée de « médecins héréditaires »

[492] Cet autre maître est lui aussi nommé Chen 陳, mais le fait que trois individus (Chen Mengyou, Chen Hongqi et son maître) partagent le même patronyme pourrait simplement être dû au hasard, ce nom étant très courant en Chine.

[493] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 244-248.

[494] APS, 113-01-0362, Curriculum vitae pour demande de certificat : Li Qingyang 李青陽, non daté (1941).

[495] CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China*. *Op. cit.* p. 26-27.

(*shiyi* 世醫), ce qui est une autre manière de souligner l'existence d'une tradition médicale ancienne au sein de sa famille[496].

Ces références à des catégories anciennes ne sont pas seulement mobilisées par de vieux médecins. Elles ne sont d'ailleurs pas non plus mutuellement exclusives, en dépit de l'opposition théorique entre « médecins lettrés », censés tirer leurs connaissances des livres, et « médecins héréditaires », qui font reposer leur aptitude sur l'expérience accumulée au sein de leur lignage. La portée de cette dualité ne doit en effet pas être exagérée puisque, dans les faits, les médecins dits « héréditaires » se prêtent également à l'étude des ouvrages médicaux et des classiques. Les « médecins lettrés », de leur côté, ne nient pas non plus l'importance de l'expérience dans la pratique médicale[497]. Un médecin relativement jeune comme Tian Xisan (né vers 1901) dit avoir été formé par « son grand-père et son père, 'médecins lettrés' sur trois générations », convoquant simultanément savoir livresque et héréditaire[498].

Ces catégories n'ont aucune valeur, du point de vue de la règlementation, pour l'obtention d'une licence. Le fait qu'elles sont quand même employées par les médecins atteste de l'importance que ces marqueurs continuent de revêtir à leurs yeux. Le cas de Tian Xisan et d'autant plus significatif qu'il a par ailleurs été secrétaire de branche sichuanaise du Comité pour l'amélioration de la médecine et de la pharmacie, une structure créée en 1935 par l'Institut de médecine nationale[499], et rédacteur en chef de sa revue hebdomadaire. Il participe donc activement au programme progressiste de « mise en ordre de la médecine chinoise » porté par l'Institut tout en se présentant comme l'héritier d'un savoir médical familial ancien ancré dans la connaissance des textes.

En faisant entrer l'expérience des praticiens de la médecine chinoise dans les catégories établies par la règlementation, les curriculum vitae permettent de mesurer l'écart entre des conceptions très différentes de l'enseignement de la médecine. Tout d'abord, l'idée même d'un temps de formation strictement séparé du temps de la pratique ne fait sens que dans le cadre de l'enregistrement des praticiens. La délimitation de la profession nécessite, pour l'administration,

[496] Nous présentons succinctement ces catégories et leur histoire dans le chapitre 1. A. 1.

[497] CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China*. *Op. cit.* p. 41-43.

[498] APS, 113-01-0715, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Tian Xisan 田錫三, mars 1942.

[499] ADS, 42-01-364, Zhongyang guoyiguan yiyao gaijinhui zhangcheng 中央國醫館醫藥改進會章程 (Statuts du Comité pour l'amélioration de la médecine et de la pharmacie), non daté.

de distinguer ceux qui ont terminé leur apprentissage et disposent donc des savoirs et compétences attendues de ceux qui ne les ont pas. Elle impose aussi un partage clair entre le « cursus médical » (*yanjiu yixue xueji* 研究醫學學籍), c'est-à-dire l'apprentissage d'un savoir professionnel spécialisé, et l'enseignement général qui lui précède. Selon les textes règlementaires, ce cursus médical repose principalement sur les écoles de médecine, mais la transmission personnelle du savoir médical (au sein d'une famille ou d'un maître à ses disciples) continue d'occuper une place importante, voire prépondérante, dans la formation des praticiens du Sichuan. Elle reste sans doute un marqueur de légitimité, ce dont atteste la mobilisation de catégories anciennes telles que le motif des « trois générations » de médecins. La persistance des maîtres de médecine chinoise n'est donc pas simplement une forme de résistance ou de réaction au changement : ces modes d'apprentissage remplissent eux aussi une fonction sociale. La règlementation de la pratique de la médecine et le système de licence encouragent l'institutionnalisation de son enseignement avec le développement des écoles de médecines, sans pour autant que ce dernier n'éclipse les anciennes formes d'apprentissage.

La persistance de la transmission personnelle du savoir médical montre que la légitimité des praticiens de la médecine chinoise continue de reposer sur l'expérience (*jingyan* 經驗), qu'elle soit transmise ou accumulée par la pratique. Cette conception de l'expérience comme une « compétence incarnée » s'oppose à celle de Yu Yan, pour qui « expérience » entend un savoir articulé, sur le mode des « formules éprouvées par l'expérience » (*jingyanfang* 經驗方) dont l'efficacité pourrait aisément être analysée et testée scientifiquement, puis traduite dans le langage de la médecine occidentale[500]. Yu Yan emploie ainsi la notion d'expérience pour assoir son programme de discréditation de la médecine chinoise par la science. Face à lui, les praticiens de la médecine chinoise brandissent au contraire « l'expérience incarnée » du médecin comme le fondement de leur savoir, qui serait donc irréductible à l'analyse scientifique. Le développement des écoles est donc pris dans une tension permanente entre la volonté de formaliser l'enseignement de la médecine et la nécessité de préserver un rapport personnel à la connaissance de la médecine.

[500] LEI, Sean Hsiang-lin. « How Did Chinese Medicine Become Experiential? ». *Op. cit.*

B - L'essor en demi-teinte des écoles de médecine chinoise

Dès lors, comment interpréter l'essor d'une nouvelle forme de transmission institutionnelle des savoirs médicaux pendant la première moitié du XXe siècle ? Le terme même d'« école » (*xuetang* 學堂 puis *xuexiao* 學校) pose problème étant donné la diversité des établissements qui délivrent une formation, mais qui ne portent pas toujours ce nom. Les textes règlementaires sur la pratique de la médecine chinoise précisent ainsi qu'est considéré comme une « école » (*xuexiao*) tout établissement d'enseignement enregistré auprès de l'administration, qu'il s'agisse d'une « académie » (*xueyuan* 學院), d'une « société d'étude » (*xueshe* 學社), d'un « centre de formation » (*jiangxisuo* 講習所), etc.[501] Cette définition administrative n'est pas entièrement satisfaisante : une partie des établissements portant ces noms ne sont probablement pas enregistrés officiellement, mais ils sont malgré tout mentionnés par les médecins dans leurs curriculum vitae. Certains de ces établissements, comme l'école fondée à Shanghai par Ding Ganren, se démarquent clairement de la transmission personnelle du savoir dans la mesure où ils adoptent un cursus fixe et formalisé, commun à plusieurs élèves. Le nombre d'élèves peut d'ailleurs être très élevé, là où un maître ne forme que quelques disciples. Ce modèle d'école, inspiré de celles qui enseignent la médecine occidentale, compte plusieurs enseignants (*jiaoshou* 教授) qui se répartissent l'enseignement, divisé en « matières » (*ke* 科), ce qui suppose une approche collective de l'instruction et une segmentation des savoirs, voire une progression pédagogique des élèves. Toutefois, tous les établissements du Sichuan ne présentent pas nécessairement ces caractéristiques. Si, comme l'administration, nous employons le terme d'« école de médecine chinoise », cette appellation ne doit pas faire oublier le caractère fondamentalement hétérogène des réalités sociales qu'elle recouvre dans la première moitié du XXe siècle.

Les sources disponibles attestent néanmoins d'une tendance très claire : l'apprentissage de la médecine chinoise dans une école dédiée devient un passage de plus en plus fréquent dans le parcours des praticiens, en particulier des plus jeunes. Dans le même temps, de nouveaux établissements sont fondés au Sichuan, notamment par les nouvelles structures qui assurent la représentation des praticiens, comme l'Institut de médecine nationale ou les associations de

[501] Zhongyi shencha guize 中醫審查規則 (Règles d'examen des praticiens de la médecine chinoise), 8 mai 1937, cité dans WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu*. *Op. cit.* p. 206-207.

médecins. Dans la mesure où les écoles de médecine chinoise ne remplacent pas les maîtres, il serait trompeur de voir dans leur multiplication une transition vers un enseignement médical institutionnalisé, sur le modèle des écoles et facultés de médecine occidentale. Elles remplissent surtout une fonction sociale nouvelle : garantir à l'État la compétence du praticien auquel elles ont délivré un diplôme, sans que ce dernier ne devienne la seule source de la légitimité des médecins.

1) Un nouveau cursus institutionnel

Le tournant du siècle voit apparaître de nouvelles formes d'enseignement de la médecine chinoise. En 1885, dans le Zhejiang, Chen Qiu 陳虯 (1851-1904) crée l'école de médecine Liji, attenante à un hôpital du même nom, sans doute le premier établissement de ce type dans le pays[502]. Le cursus y dure cinq années au cours desquelles les élèves étudient les classiques médicaux, mais aussi l'arithmétique ou le chinois. D'autres établissements d'enseignement de la médecine chinoise voient le jour, notamment dans la ville de Shanghai, où une école de médecine chinoise et occidentale pour femmes voit le jour en 1905 et où Ding Ganren fonde son école de médecine chinoise en 1915. À la différence de la plupart des établissements similaires qui ne fonctionnent que quelques années et ne produisent qu'un très petit nombre de diplômés, l'école de Ding Ganren est l'une des plus durables de la période. Après la mort de son fondateur, elle continue de fonctionner jusque dans les années 1940, sous la direction de son fils, et accueille ainsi un total de plus de 800 élèves[503].

Au Sichuan, ces écoles sont rares jusque dans les années 1920. Dans notre échantillon, 61 médecins déclarent avoir étudié dans l'une d'entre elles. Seuls trois médecins ont été diplômés d'une école de médecine chinoise dans les années 1910. Un certain Chen Zhongshan (né vers 1896) dit avoir passé trois ans à l'école de médecine Renshu (*Renshu yixuexiao* 仁術醫學校), dirigée par un certain He Zhongnie 何仲臬 (1861-1918), dont il est diplômé en 1910,

[502] LIN, Ganliang 林乾良. « Wo guo jindai zaoqi de zhongyi xuexiao » 我国近代早期的中医学校 (Les écoles de médecine chinoise en Chine au début de la période moderne), *Zhonghua yishi zazhi*. 1980, vol.10 nº 2. p. 90-91.

[503] YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu ». *Op. cit.*

à l'âge de 14 ans seulement[504]. Auteur de plusieurs textes médicaux, He fonde en effet en 1905 à Chengdu une école de médecine chinoise qui prend ensuite le nom d'école Renshu, puis d'école de médecine chinoise[505]. Dans son curriculum vitae, Chen considère également He Zhongnie comme son maître, ce qui tend à indiquer que le directeur de l'école entretient des liens directs avec ses élèves. À sa mort, son fils He Longju 何龍舉 prend la direction de l'école qui devient, dans les années 1920, l'école supérieure de médecine nationale (*gaodeng guoyi xuexiao* 四川高等國醫學校), si l'on en croit le curriculum d'un autre demandeur de licence qui en est diplômé en 1929 après y avoir passé trois ans dans une promotion d'une trentaine d'élèves[506]. Par ailleurs, cette école imprime les ouvrages de He Zhongnie jusque dans les années 1930, ainsi qu'une *Histoire de la médecine* de Li Zijun 李子俊 (dates inconnues) et un *Aperçu de la pédiatrie* de Yang Bailu 楊白鹿 (dates inconnues)[507].

De plus en plus de futurs praticiens passent par une école de médecine chinoise à partir de la fin des années 1920 : plus des deux tiers de ceux qui ont suivi ce type de formation y sont entrés après 1930. L'essor de cette nouvelle forme d'enseignement médical constitue ainsi l'un des traits les plus saillants opposant les jeunes médecins et leurs ainés. Parmi les 82 médecins nés avant 1891, un seul mentionne dans son curriculum vitae avoir appris dans une institution, la classe d'entraînement de l'association de médecine nationale de Chengdu[508]. À l'inverse, plus d'un tiers des praticiens de la génération née après 1905 ont étudié dans une école de médecine chinoise ou une structure s'en approchant (Annexe IV. 6. Tableau 7). Cette chronologie n'est pas spécifique au Sichuan. À Shanghai, plusieurs établissements ouvrent leurs portes à la fin des années 1920 et dans les années 1930 avec pour objectif affiché de transformer voire de « scientifiser » la médecine chinoise[509]. Mais ces écoles peinent à obtenir la reconnaissance officielle du gouvernement. En effet malgré le retrait du projet d'abolition, les

[504] APS, 113-01-0360, Curriculum vitae pour demande de certificat : Chen Zhongshan 沈仲善, décembre 1942.

[505] YANG, Dianxing 杨殿兴 et Xingjun 田兴军 TIAN. *Chuanpai zhongyiyao yuanliu yu fazhan*. *Op. cit.* p. 134

[506] APS, 113-01-0719, Curriculum vitae pour demande de certificat : Dai Bojin 戴伯金, avril 1941.

[507] XUE Qinglu 薛清录. *Zhongguo zhongyi guji zongmulu*. *Op. cit.*

[508] APS, 113-01-0797, Curriculum vitae pour demande de certificat : Pu Fuzhou 蒲輔周, non daté (1938).

[509] YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu ». *Op. cit.*

établissements d'enseignement de la médecine chinoise n'ont toujours aucune place dans le système éducatif et sont théoriquement interdits d'utiliser le nom « école » (*xuexiao* 學校). En 1929, le ministère de l'Éducation ordonne ainsi aux établissements enseignant la médecine chinoise de prendre le nom de « centre de formation » (*chuanxisuo* 傳習所), et, en 1930, celui de « sociétés d'études » (*xueshe* 學社)[510]. Ces demandes, qui ne sont visiblement pas suivies d'effets, montrent l'attachement du gouvernement chinois à établir une distinction claire entre médecine chinoise et médecine occidentale.

En l'absence d'un cadre règlementaire encadrant le développement des écoles, ce sont les institutions elles-mêmes qui tentent de fixer certaines normes. En 1929, neuf écoles situées dans plusieurs provinces (Henan, Zhejiang, Guangdong, Jiangsu, entre autres) tiennent une conférence sur l'édition de manuels scolaires pour les écoles de médecine chinoise (*Zhongyi xuexiao jiaocai bianji huiyi* 中醫學校教材編輯會議) afin de discuter de l'établissement d'un système d'enseignement unifié, de programmes standardisés et de la préparation de matériaux d'enseignement[511]. À partir de 1930, l'Institut de médecine nationale doit également contribuer à l'harmonisation de la formation des praticiens de la médecine chinoise. Il soutient par exemple des établissements déjà en activité qui servent d'institutions modèles dans plusieurs provinces[512]. Au Sichuan, la branche provinciale de l'Institut de médecine nationale fonde à Chengdu, en 1936, une académie de médecine nationale dont l'objectif est de « former à la médecine des généralistes (*tongcai* 通才) en suivant les matières prescrites par l'Institut central de médecine nationale et en tenant compte des besoins de l'époque et du lieu »[513]. À sa création, l'académie propose un cursus de trois ans qui peut être complété par des cours d'approfondissement dont la durée n'est pas spécifiée. Les promotions comptent 30 à 60 élèves et l'école est théoriquement mixte : une affiche diffusée dans les districts autour de Chengdu

[510] XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science' : Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 ». *Op. cit.*

[511] CENG, Hao 曾浩 ; « Biange yu tuoxie : feiyi cunyao lun xia de minguo feizhi zhongyi an » 变革与妥协 — 废医存药论下的民国废止中医案 (Changement et compromis : le cas de l'abolition de la médecine chinoise en République de Chine et le principe "d'abolir la médecine en préservant la pharmacopée"), *Mianzhou yike daxue xuebao*. 2023, vol.21 nº 1. p. 29-36.

[512] WEN, Xiang 文庠. « Jiao Yitang yu zhongyiyao shiye » 焦易堂与中医药事业 (Jiao Yitang et la cause de la médecine chinoise), *Nanjing yike daxue xuebao*. 2003 nº 1. p. 51-55.

[513] ADS, 42-01-364, Guoyi xueyuan jianzhang 國醫學院簡章 (Règlement de l'Académie de médecine nationale), 1936.

vise explicitement à « recruter des étudiants et étudiantes » (*zhaoshou nannüsheng* 招收男女生)[514]. Les frais de scolarité s'élèvent à 16 yuans par année. Les élèves de l'école sont régulièrement examinés, à la fin de chaque mois et de chaque semestre. Ceux qui échouent deux fois consécutives à l'examen de fin de semestre doivent quitter l'école tandis ceux qui réussissent brillamment ne paient qu'une partie des frais de scolarité pour le semestre suivant. Un diplôme visé par l'Institut central de médecine nationale est remis aux élèves à la fin de leur scolarité. Au milieu des années 1940, plus de 300 élèves sont sortis diplômés de cette institution[515]. L'académie atteste de la volonté d'établir un système d'enseignement de la médecine chinoise cohérent et bénéficiant d'une reconnaissance officielle par l'intermédiaire de l'Institut, à défaut d'être complètement intégré au système éducatif national.

La multiplication des établissements d'enseignement constitue également une réponse pragmatique aux exigences posées par les autorités pour obtenir une licence. En 1932, le Bureau des affaires sociales de la ville de Chengdu procède à l'enregistrement des médecins de la ville et organise un examen dont la réussite conditionne l'obtention d'une autorisation d'exercice[516]. L'association de médecine nationale (*guoyi gonghui* 國醫公會) organise alors, avec le concours du Bureau des affaires sociales, un centre de formation à la médecine nationale (*guoyi jiangxisuo* 國醫講習所). Dirigé par Shen Shaojiu 沈紹九 (1865-1936), un médecin originaire de la ville de Shaoxing, dans le Zhejiang, le centre de formation dispense des cours de perfectionnement pour une soixantaine de praticiens ayant échoué à l'examen[517]. En 1937, un an après la promulgation du Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise, l'association ouvre un nouveau centre de formation ainsi qu'une classe d'entraînement au traitement des

[514] Cette même affiche prévoit des effectifs s'élevant à 60 élèves, ADS, 42-01-364, *Zhaosheng guanggao* 招生廣告 (Publicité pour le recrutement des élèves), non daté (avant janvier 1938). Néanmoins, l'un des diplômés de cette même promotion indique dans son dossier de demande de licence avoir eu seulement une trentaine de camarades de classe. Selon un autre ancien élève de l'académie, ils étaient environ 50 dans la deuxième promotion. APS, 113-01-0341, Curriculum vitae pour demande de certificat : Deng Xiru 鄧希儒, janvier 1941 ; APS, 113-01 -0341, Curriculum vitae pour demande de certificat : Xie Xuwu 謝序五, 26 mars 1940.

[515] KONG, Xiangxu 孔祥序. « Sichuan guoyi xueyuan shi » 四川国医学院史 (Histoire de l'académie de médecine nationale du Sichuan) in *Sichuan weisheng shiliao* 四川卫生史料 (Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan). Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1987, vol.12, p. 37-40.

[516] CAI, Qing 蔡晴. « Cong "guoyi gonghui" dao "zhongyi gonghui" ». *Op. cit.*

[517] *Ibid.*

blessés qui y est visiblement adossée. Son directeur, Xie Quanrong 謝銓鎔 (1887-1964), a été membre du comité d'évaluation des praticiens de la médecine chinoise de la ville, ces comités étant souvent composés d'experts désignés par l'association locale de médecins[518]. Parmi les demandeurs de licence, on retrouve plusieurs anciens élèves de ces institutions, dont un bon nombre sont passés successivement par le centre de formation puis la classe d'entraînement au traitement des blessés. Sur les huit anciens élèves de cette classe d'entraînement que comprend notre échantillon, six sont nés vers 1910 ou après et ne peuvent donc pas faire valoir les cinq années de pratiques nécessaires pour obtenir une licence sans avoir été diplômés d'une école. Ces différents éléments semblent donc indiquer que l'un des objectifs de cette formation, comme pour le centre de formation de 1932, est de faciliter l'enregistrement des médecins alors que la nouvelle règlementation leur impose d'obtenir une licence.

2) Maîtres et professeurs, des modes d'enseignement complémentaires

Les écoles de médecine chinoise répondent donc à la nécessité de construire un cursus institutionnalisé, voire standardisé, compatible avec un système éducatif moderne et conférant aux praticiens une reconnaissance officielle de leur qualification. Leur essor est intimement lié au contrôle croissant qu'exerce l'État sur la pratique de la médecine, notamment via l'enregistrement des médecins. Mais l'État ne constitue qu'un des pôles de légitimité pour les médecins. Il s'ajoute aux autres sources de légitimation plus qu'il ne les remplace. On observe une forme de complémentarité entre deux formes de transmission du savoir médical : la transmission institutionnelle et la transmission interpersonnelle entre maître et disciple. Ainsi, dans notre échantillon, près du tiers des 61 diplômés d'écoles de médecine chinoise ont également appris auprès d'un maître et seulement un dixième avec un parent. Il est plus rare d'avoir étudié avec sa famille et avec un maître ; la transmission institutionnelle du savoir médical est donc celle qui se combine le plus souvent avec un autre type de formation[519].

[518] YANG, Dianxing 杨殿兴 et Xingjun 田兴军 TIAN. *Chuanpai zhongyiyao yuanliu yu fazhan*. *Op. cit.* p. 448. Sur les comités d'évaluation de praticiens de la médecine chinoise, voir chapitre 3, B.

[519] Ceux qui déclarent avoir étudié en autodidacte ont également tendance à avoir suivi un autre type d'apprentissage, notamment auprès d'un maître pour un tiers d'entre eux.

Le passage par une école semble pour beaucoup intervenir dans un second temps, ce qui renforce l'idée qu'il s'agit d'une formation complémentaire, après une formation initiale auprès d'un maître ou parent. Lorsqu'un curriculum vitae atteste d'une formation combinant apprentissage auprès d'un maître ou d'un parent et apprentissage au sein d'une école, l'ordre dans lequel ce double apprentissage s'est effectué est généralement le même : formation interpersonnelle d'abord, puis formation institutionnalisée[520]. En outre, il semble que la plupart des médecins formés dans une école ont déjà commencé à pratiquer au moment où ils y entrent. C'est le cas des diplômés du centre de formation à la médecine nationale de Chengdu et de la classe d'entraînement au traitement des blessés évoqués précédemment : ces établissements s'adressent d'abord à des médecins qui sont déjà en activité. Le cas de Chuan Jiping illustre bien ces deux tendances. Né vers 1911 dans le district de Fengdu 豐都, dans l'ouest de la province, il a étudié pendant cinq ans avec un maître (peut-être un parent), de 1923 à 1928[521]. Il ouvre par la suite sa pratique dans son district de naissance et donne des consultations gratuites dans l'établissement de secours (*jiujiyuan* 救濟院) de cette localité[522]. En 1936, il part étudier six mois dans la société de recherche sur l'acupuncture chinoise fondée en 1929 par Cheng Dan'an 承淡安 (1899-1957) à Wuxi 無錫, dans la province du Jiangsu, non loin de Shanghai. Cheng Dan'an joue un rôle essentiel dans la renaissance de l'acupuncture en y intégrant les connaissances anatomiques et physiologiques venues de l'Occident et du Japon[523]. Les ouvrages qu'il publie et les institutions qu'il fonde (écoles et sociétés de recherche) participent à faire entrer l'acupuncture dans l'arsenal médical du médecin éduqué, alors qu'elle était encore, au début du XXe siècle, marginalisée par la médecine lettrée. La société de recherche de Wuxi, qui devient en 1937 l'école spéciale chinoise d'acupuncture et de moxibustion, reçoit d'ailleurs le soutien de Jiao Yitang, directeur de l'Institut de médecine nationale. Le passage de Chuan Jiping par une institution emblématique du projet de

[520] C'est du moins l'impression qui se dégage du petit nombre de curriculum vitae qui donnent quelques informations chronologiques sur les différentes formations suivies par le médecin. De tels renseignements sont rares concernant la transmission personnelle du savoir médical : on sait parfois combien de temps elle dure, mais rarement à quelle date elle débute ou se termine.

[521] APS, 113-01-0563, Curriculum vitae pour demande de certificat : Chuan Jiping 傳濟平, avril 1940.

[522] Sur ce type d'établissement et la manière dont il s'inscrit dans la charité et l'assistance médicale locale, voir chapitre 1, A. 2.

[523] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 198-205.

scientifisation de la médecine chinoise, telle que la société de Wuxi, s'inscrit dans un parcours qui reste classique pour un praticien de la médecine chinoise.

Ces médecins qui entrent dans une école seulement dans un second temps, alors que leur carrière est parfois déjà avancée, y passent un temps moins long que celui qu'ils ont consacré à apprendre auprès de leurs maîtres ou de leurs parents. D'après les déclarations de ceux qui sont passés par l'enseignement institutionnel, la formation dure selon les établissements de quelques mois à quatre ans. Ils y ont étudié en moyenne deux ans et demi (certains dans deux établissements différents). C'est bien moins que ce que déclarent les médecins sur les années passées auprès d'un ou plusieurs maîtres (cinq ans et demi en moyenne)[524].

Ces différents éléments tendent à indiquer que la transmission personnelle du savoir reste au centre de l'enseignement de la médecine chinoise pendant toute la première partie du XXe siècle. Les écoles constituent davantage une voie de formation complémentaire par laquelle les médecins cherchent à perfectionner leurs connaissances, se familiariser avec de nouvelles idées, telles que celles promues par Chen Dan'an en matière d'acupuncture, ou tout simplement obtenir plus facilement une licence d'exercice.

Les écoles de médecine chinoise elles-mêmes peuvent tout à fait intégrer une forme de transmission personnelle. Le professeur, chargé d'enseigner un savoir formalisé et délimité par une « matière » (*ke* 科), tend parfois à se confondre avec le maître, dont l'expérience (*jingyan* 經驗) personnelle ne peut être que partiellement transmise[525]. En l'absence de définition claire, le terme d'« école » recouvre des situations d'enseignement plus ou moins proches de la relation maître-disciple. Comme le note Volker Scheid, les premières écoles de médecine chinoise « étaient centrées sur des médecins charismatiques qui utilisaient ces institutions pour continuer de fournir une formation maître/disciple avec un vernis institutionnel »[526]. Cette tendance

[524] La durée moyenne d'étude est calculée à partir des déclarations des médecins qui précisent combien de temps ils y ont étudié dans un type de formation donné, y compris s'ils sont passés par plusieurs établissements ou plusieurs maîtres (auquel cas les durées sont additionnées). Les médecins ayant appris dans leur famille déclarent plus rarement pendant combien de temps et ceux qui le font déclarent des durées très longues (supérieures à dix voire 15 ans), ce qui rend la moyenne difficilement comparable aux deux autres.

[525] HSU, Elisabeth. *The Transmission of Chinese Medicine*. *Op. cit.* p. 94-102 ; SCHEID, Volker. *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Durham : Duke University Press, 2002. p. 168.

[526] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 193.

s'observe également au Sichuan : trois des médecins de notre échantillon déclarent avoir étudié dans des établissements qui portent le nom de son directeur. Un médecin installé dans le district de An déclare avoir étudié trois ans dans la société médicale Ailian de M. Zhou, dirigée par un certain Zhou Shaoxian 周紹先, dont il dit aussi avoir été le disciple (pendant trois ans également)[527]. Notons que ce médecin, né vers 1913, achève ses études en 1936. Les écoles de médecine chinoise, entièrement dirigées par un unique maître, subsistent donc bien au-delà des premières années du XXe siècle. Cette coexistence, au sein d'un même établissement de formation, de modalités d'enseignement traditionnelles et modernes n'est pas sans rappeler ce qui se passe en Inde en ce début de siècle. En effet, l'enseignement de la médecine ayurvédique s'institutionnalise dans les années 1920, en même temps que cette dernière est intégrée au système médical. Cependant, cette institutionnalisation ne mène pas nécessairement à une modernisation de l'enseignement médical, qui continue d'intégrer des modes traditionnels de transmission des savoirs[528].

Même dans les écoles qui mettent en œuvre un enseignement formalisé et institutionnalisé, cette formation se situe dans la continuité de la transmission personnelle et des liens qu'elle crée. Il est fréquent pour les élèves d'une école d'être par ailleurs le disciple, non de son directeur, mais d'une personnalité proche de l'établissement. Un médecin inscrit dans le centre de formation à la médecine nationale de Chengdu en 1932 a été au préalable le disciple de Xie Quanrong, avant que ce dernier ne devienne directeur dudit centre de formation en 1937[529]. Dans le district de Dazhu 大竹, Wang Zhengzhi 王正之 et Wang Baiyun 王佰雲 se succèdent au poste de directeur de l'école de médecine nationale locale. Après avoir quitté leurs fonctions, ils prennent de nombreux disciples et l'on compte parmi ces derniers d'anciens élèves de l'école de Dazhu[530]. D'autres praticiens passés par ce même établissement mentionnent avoir été les disciples d'un certain Li Ziyou 李子猷. Ce dernier est le président

[527] APS, 113-01-0577, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Guo Xinmin 郭新民, janvier 1943. Le nom de Zhou Shaoxin est noté à la fois dans la case « directeur de l'école » et « Avec quel maître avez-vous étudié ? »

[528] BERGER, Rachel. *Ayurveda Made Modern: Political Histories of Indigenous Medicine in North India, 1900-1955*. New York : Palgrave Macmillan, 2013. p. 147.

[529] Le curriculum ne dit pas quand ce médecin a été le disciple de Xie Quanrong, mais on sait que ce médecin a pratiqué de manière ininterrompue entre 1933 et 1941, date de sa demande de licence. APS, 113-01-0323, Curriculum vitae pour demande de certificat : Xiong Zhongheng 熊仲衡, décembre 1942.

[530] APS, 113-01-0358.

l'association locale des praticiens de la médecine chinoise, domiciliée à la même adresse que l'école, où Wang Baiyun occupe également une position importante[531]. Parmi les anciens élèves de cette école dont nous avons le curriculum vitae, un seul ne déclare pas avoir étudié avec un maître. Les réseaux tissés par les relations maître-disciple et école-élève semblent donc s'alimenter mutuellement. L'exemple du district de Dazhu montre que l'institutionnalisation de la médecine chinoise, à travers le développement d'écoles et d'associations de médecins, ne procède pas de l'imposition, par l'extérieur, d'un modèle uniforme, mais qu'elle s'appuie sur des acteurs locaux pour qui les liens personnels, y compris entre maître et disciples, conservent une certaine importance.

Dans certains curriculum vitae, il apparaît que l'école de médecine chinoise est l'unique formation dont disposent les praticiens. Il s'agit de médecins relativement jeunes, nés dans les années 1900 ou 1910. Plus exceptionnellement, ce sont aussi des individus qui se tournent vers la médecine plus tard dans leur vie. Par exemple, un praticien né à Pékin vers 1901 obtient en 1933 un diplôme d'une école de médecine nationale de la ville, après avoir étudié dans un autre domaine plus tôt dans sa vie[532]. Ils ont en commun d'être formés à partir des années 1920, pendant une période où l'enseignement institutionnel de la médecine chinoise est déjà relativement développé. Ils étudient dans des établissements organisés autour d'enseignements formalisés et d'une équipe de professeurs, chacun spécialisé dans l'enseignement d'une matière précise, à l'image de l'académie de médecine nationale de Chengdu. Les quelques diplômés de cette institution, que nous connaissons grâce à leur curriculum vitae, n'ont jamais exercé la médecine avant d'y entrer et ne déclarent aucune autre forme d'apprentissage médical. L'académie fixant l'âge maximum pour les nouveaux élèves à 30 ans, il est d'autant moins probable d'y trouver des médecins déjà avancés dans leur carrière. Mais ces établissements sont encore peu nombreux et assez récents dans les années 1940.

[531] APS, 186-02-3131, Renmin tuanti zhucebu, non daté.

[532] APS, 113-01-0805, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Guotong 張果同, 22 octobre 1941.

C - « Mettre en ordre » ou « améliorer » la médecine chinoise

À partir du début du XXe siècle, la médecine désormais identifiée comme « chinoise », par opposition aux nouvelles pratiques thérapeutiques venues de l'étranger, s'enfonce dans une crise de légitimité. La menace est symbolique plus qu'économique : le petit nombre de praticiens étrangers ou chinois de la médecine occidentale ne représente pas une concurrence importante à l'échelle du pays. Par contre, comme le suggère Paul Unschuld, avec la fin de l'ordre confucéen matérialisé par la chute de l'Empire, la médecine chinoise est progressivement désavouée par les élites politiques[533]. Les causes de ce discrédit ne se limitent pas à la comparaison des deux médecines en termes d'efficacité thérapeutique. Dans un contexte où la « science » (*kexue* 科學) cristallise les espoirs de voir advenir la Chine de demain, certains porte-paroles de la médecine chinoise se font les avocats de sa « scientifisation » (*kexue hua* 科學化). Cette idée s'impose avec la création de l'Institut de médecine nationale et son mot d'ordre : « mettre en ordre la médecine chinoise en utilisant les méthodes scientifiques pour améliorer le traitement des maladies et les techniques de fabrication des médicaments »[534]. Mais les implications concrètes de ce projet restent à clarifier. Un premier travail de définition est confié à Lu Yuanlei 陸淵雷 (1894-1955)[535]. Partisan d'une réforme radicale de la médecine chinoise, il propose d'abandonner la théorie du Qi au profit de l'anatomie occidentale, jugeant les deux incompatibles, mais ses vues ne sont finalement pas adoptées par l'Institut.

L'idée de « mettre en ordre » la médecine semble d'ailleurs s'effacer à mesure que l'on descend vers les branches locales de l'Institut, comme si ce slogan avait avant tout pour fonction d'afficher à l'échelle nationale un projet modernisateur et d'être ainsi en mesure de dialoguer avec le Bureau national de santé, acquis à la médecine scientifique. Dans les districts et les villes, les branches de l'Institut mettent plutôt en avant des méthodes de recherche susceptibles de mobiliser localement des praticiens et qui sont davantage compatibles avec leur formation et les moyens dont ils disposent. Si le plan d'organisation de la branche sichuanaise mentionne encore cet objectif de « mise en ordre », celui des branches des districts et villes se fixe plutôt

[533] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 249-251 ; UNSCHULD, Paul. « Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century » in Charles M. LESLIE et Allan YOUNG (dir.) *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley : University of California Press, 1992, p. 44-61.

[534] APS, 113-01-0373, Zhongyang guoyiguan zuzhu zhangcheng, 1931.

[535] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 152-156.

l'objectif suivant : « faire des recherches en médecine, collecter et tester les remèdes transmis secrètement et particulièrement efficaces afin d'améliorer le traitement des maladies et les méthodes de fabrication des médicaments »[536].

Plutôt qu'une modernisation radicale de la médecine chinoise, les branches locales de l'Institut prônent le progrès des connaissances médicales tout en conservant les bases théoriques posées par les classiques de la médecine chinoise, sans remettre en cause l'expérience de ses praticiens. En proposant de collecter les formules médicamenteuses dont l'efficacité a été démontrée par la pratique, ces institutions ne font que réactualiser une pratique déjà bien établie. Depuis les Qing, plusieurs ouvrages médicaux proposent une compilation de « formules ayant leurs preuves » (*yanfang* 驗方), comme la *Nouvelle collection de formules ayant fait leurs preuves* (*Yanfang xinbian* 驗方新編) de Bao Xiang'ao 鮑相璈, auteur médical de la deuxième moitié du XIXe siècle[537]. Ces projets paraissent bien éloignés de ceux qui, à l'instar de Yu Yan ou Lu Yuanlei, proposaient d'isoler les formules médicamenteuses des théories de la médecine chinoise pour les passer au crible de l'analyse scientifique[538]. Il n'est d'ailleurs pas étonnant qu'une telle démarche, qui placerait l'avenir de la médecine chinoise dans les mains des sciences occidentales, soit peu suivie localement. Par contre, la notion de « recherche » (*yanjiu* 研究) gagne en force, plaçant cette dernière dans le sens du progrès, à l'instar des sciences occidentales porteuses de promesses pour l'avenir. Les sociétés de recherche pour l'amélioration de la médecine chinoise (*zhongyi gaijin yanjiuhui* 中醫改進研究會) se multiplient à travers le pays, avec le soutien de l'Institut central de médecine nationale qui établit une société de ce type au niveau national et prévoit sa ramification dans les provinces, villes et districts[539]. L'idée d'« améliorer la médecine » (*yiyao gaishan* 醫藥改善) devient quant à elle un lieu commun du discours des associations de praticiens et des écoles de médecine.

---

[536] APS, 113-01-373, Sichuansheng guoyiguan gexianshi guoyi zhiguan zuzhi dagang, 1931.

[537] ZHANG, Ying. « Healing, Entertaining, and Accumulating Merit: The Circulation of Medical Recipes from the Late Ming through the Qing », *Frontiers of History in China*. janvier 2019, vol.14 n° 1. p. 109-136.

[538] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 78-82

[539] ADS, 42-01-364, Zhongyang guoyiguan yiyao gaijinhui zhangcheng, non daté ; LIU, Yang 刘洋. *Jindai Shanxi yixueshi: zhongyi tizhihua licheng* 近代山西医学史 ：中医体制化历程 (Histoire de la médecine dans le Shanxi moderne : l'institutionnalisation de la médecine chinoise). Taiyuan : Shanxi renmin chubanshe, 2018. p. 112-117.

Elle se matérialise par la publication de revues, non seulement dans les grandes villes, mais également dans les districts du Sichuan, par exemple la revue publiée dans les années 1930 par la branche de l'Institut de médecine nationale de Dayi 大邑 [540].

Cette revue témoigne de la diversité des approches qui persistent au sein de la médecine chinoise. Elle contient par exemple un texte de Cheng Dan'an prônant une nouvelle acupuncture et un dialogue avec la médecine occidentale, mais aussi un article intitulé « Étude de l'hygiène selon le Neijing » (*Nei Jing weisheng xue* 内經衛生學), qui consiste en un commentaire du *Canon interne de l'empereur Jaune* (*Huangdi Nei Jing* 黃帝内經, abrégé *Nei Jing*). Loin de la notion de « modernité hygiénique » qui s'est imposée depuis le début du XXe siècle, l'auteur puise dans une définition ancienne du mot *weisheng* 衛生 (littéralement « protéger la vie »). Ce mot désigne alors un ensemble de pratiques et de préceptes pour la prévention des maladies, ancrés dans le principe des correspondances systématiques[541]. Dans les pages mêmes de cette revue, il apparaît que la volonté d'« améliorer la médecine » ne se résume pas au mot d'ordre de « scientifisation ». De la même manière, en l'absence de standardisation des cursus, l'attitude des écoles à l'égard de ce que doit devenir l'enseignement de la médecine chinoise varie profondément d'un établissement, voire d'un professeur, à l'autre. Une approche locale permet ainsi de rendre compte de la diversité des positionnements pédagogiques et intellectuels, mais aussi de dégager certaines constantes, qui ne correspondent pas nécessairement au discours porté par les principaux représentants de la médecine chinoise.

1) Enseigner la médecine chinoise dans les écoles du Sichuan

L'Institut de médecine nationale s'emploie, dès sa création, à transformer l'enseignement de la médecine chinoise. Cette mission est d'ailleurs inscrite à l'article 8 de ses statuts : « afin de faciliter la vie des malades, d'étudier les causes des maladies et de former des hommes de talent à la médecine, l'Institut pourra créer des hôpitaux et des écoles […] » [542]. Cette

[540] *Dayixian guoyi zhiguan guankan* 大邑縣國醫支舘舘刊 (Revue de la branche de l'Institut de médecine nationale du district de Dayi), 1932, vol. 1 n°1.

[541] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 30-40

[542] APS, 113-01-0373, Zhongyang guoyiguan zuzhu zhangcheng, 1931.

prérogative est répétée dans textes constitutifs de la branche sichuanaise de l'Institut[543]. Les établissements affiliés à l'Institut semblent bien intégrés à son projet de « mise en ordre de la médecine chinoise », comme le montre l'exemple de l'académie de médecine nationale de Chengdu.

Le programme d'étude de cette académie organise ainsi les savoirs médicaux en empruntant parfois aux sciences occidentales et avec un souci de rendre la médecine chinoise utile à l'État[544]. Il comprend par exemple un enseignement en « hygiène physiologique » (*shengli weishengxue* 生理衛生學). Ici, la notion de *weisheng,* combinée à la physiologie occidentale, semble plus proche du sens que lui donnent ceux qui privilégient une approche scientifique de l'hygiène, notamment tous les organes de la médecine d'État qui reprennent le mot *weisheng* dans leur nom, du Bureau national de santé aux centres de santé (*weishengyuan* 衛生院) des districts. Ce concept fait ainsi appel, comme l'explique Ruth Rogaski, à un « désir de modernité » très largement partagé[545]. Un autre cours est exclusivement dédié aux « maladies contagieuses » (*chuanranbing xue* 傳染病學). Si l'idée de contagion n'est pas étrangère à la tradition médicale chinoise, elle « n'est jamais l'unique cause à la propagation d'une maladie »[546]. La catégorisation des maladies en fonction de leur cause infectieuse s'approche donc plutôt de la nosologie de la médecine occidentale. Ce cours sur les maladies contagieuses répond également à la préoccupation grandissante de l'État chinois pour le contrôle des épidémies depuis la peste de Mandchourie de 1910-1911 et à l'idée que l'incapacité des praticiens de la médecine chinoise à prévenir leur propagation constitue l'une de leurs principales faiblesses. La volonté de former des médecins qui pourront être utiles à l'État se ressent également à travers l'inclusion d'un cours d'« entraînement militaire » (*junxun* 軍訓). L'examen d'entrée comprend également des épreuves de biologie (*shengwu* 生物) et de

[543] APS, 113-010373, Sichuansheng guoyiguan zuzhi zhangcheng 四川省國醫館組織章程 (Statuts de l'Institut de médecine nationale du Sichuan), 1931.

[544] ADS, 42-01-364, ADS, 42-01-364, Guoyi xueyuan jianzhang, 1936.

[545] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 225

[546] LEUNG, Angela Ki Che. « The Evolution of the Idea of Chuanran Contagion in Imperial China » in Qizi LIANG et Charlotte FURTH (dir.) *Health and Hygiene in Chinese East Asia: Policies and Publics in the Long Twentieth Century*. Durham : Duke University Press, 2010, p. 25-50.

physique-chimie (*lihua* 理化), ce qui témoigne de la volonté de cette académie d'intégrer à la médecine chinoise certaines connaissances scientifiques occidentales.

Cependant, l'académie de médecine nationale n'exclut pas pour autant l'étude des classiques de la médecine chinoise. Le programme d'étude de l'académie comprend un cours portant spécifiquement sur le *Canon interne de l'empereur Jaune*, considéré comme l'un des textes fondateurs de la médecine en Chine. Un autre cours porte sur les « maladies difficiles et les maladies d'attaques du froid » (*Shanghan nanbing* 傷寒難病), reprenant une catégorie de maladies fébriles établie par le *Traité sur les attaques du froid et maladies diverses* (*Shanghan zabing lun* 傷寒雜病論) rédigé par Zhang Zhongjing 張仲景 au IIIe siècle. Ainsi, même dans un établissement directement affilié à la branche sichuanaise de l'Institut de médecine nationale, qui prône dans ses statuts la « mise en ordre de la médecine chinoise en utilisant les méthodes scientifiques », on observe un compromis entre ouverture vers les sciences occidentales et enseignement des classiques de la médecine chinoise. Cette tendance n'est pas spécifique à l'académie de Chengdu : l'académie de médecine nationale de Shanghai fondée en 1929 et également rattachée à l'Institut de médecine nationale se fixait déjà pour objectif la « scientifisation » de la médecine chinoise tout en continuant d'enseigner les classiques[547]. Par contre, l'établissement de Chengdu semble donner une place plus importante aux savoirs utiles à l'État, dans le domaine militaire ou celui de la santé publique (maladies contagieuses, hygiène).

L'articulation entre savoirs scientifiques occidentaux et médecine chinoise se retrouve également dans des établissements d'enseignement ne dépendant pas de l'Institut de médecine nationale, mais de manière plus marginale. La grande diversité des matériaux d'enseignement produits par deux institutions de Chengdu dans les années 1930 témoigne du foisonnement des orientations pédagogiques qui ne se limitent pas à la question du dialogue avec les sciences occidentales. En effet, si les classiques constituent toujours un élément important dans l'apprentissage de la médecine chinoise, ils sont mobilisés de manière très différente selon les textes. La question de leur place dans l'enseignement de la médecine chinoise ne se pose donc pas seulement du point de vue de leur compatibilité avec la connaissance scientifique, mais aussi de leur insertion dans une pédagogie efficace orientée vers la pratique.

[547] YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu ». *Op. cit.*

En 1933, l'école supérieure de médecine nationale, fondée par He Zhongnie en 1905, publie une *Étude sur les causes des maladies* rédigée par un médecin du district de Jianyang 簡陽 nommé Lai Huafeng 賴華鋒. La préface de ce texte commence ainsi :

> Le chemin de la médecine est subtil et merveilleux […] Comme le temps passe vite en étudiant la médecine. Tout à coup, cela fait 30 ans. Bien que j'aie été guidé par un maître sage, aiguisé par mes amis, et que j'ai attentivement examiné les écrits récents des diverses écoles de pensée, je me sens incompétent et je n'ai pas encore réussi à percevoir un dix-millième ses subtilités et ses merveilles. Au printemps de cette année, [lorsque] He Junlong, directeur de l'école supérieure de médecine du Sichuan, m'a invité à enseigner la pathologie [*bingli* 病理], j'ai refusé[548].

Il explique ensuite à quel point enseigner les causes des maladies lui semble difficile, et qu'il a donc écrit un texte pour l'aider dans cette tâche, avant de conclure : « je n'ose me considérer infaillible, et veux simplement contribuer aux recherches de mes élèves ». Cette préface met en scène la modestie de l'auteur, qui commence par refuser la demande de He Junlong avant de finalement accepter, et son humilité face à la médecine, présentée comme un champ d'étude qu'il n'est jamais vraiment possible de maîtriser. Elle indique également que le manuel en question est avant tout destiné aux élèves de Lai Huafeng et qu'il est conçu comme un support pour son enseignement. De plus, les savoirs véhiculés par ces textes sont présentés comme intimement liés à l'expérience de l'auteur et découlent d'une manière personnelle d'envisager la médecine. Loin de présenter un savoir formalisé et normalisé, la préface de ce manuel en fait un « écrit de situation » faisant toute sa place à la subjectivité de l'auteur[549]. Le contenu du manuel s'appuie principalement sur le système des correspondances systématiques. Lai y discute les causes des maladies en fonction des correspondances entre le Ciel (*tian* 天) et le microcosme humain (*ren* 人) et entre vents (*feng* 風), *qi*, viscères (*zangfu* 臟腑) et pouls (*mai* 脈). Sa démonstration procède par commentaires de citations choisies parmi les classiques. Chaque section débute par une citation généralement tirée du *Canon interne de l'empereur*

[548] LAI, Huafeng 賴華鋒. *Binglixue* 病理學 (Étude sur les causes des maladies). Chengdu : Sichuan gaodeng guoyi xuexiao, 1933. p. 1.

[549] On retrouve ici des éléments communs avec les manuels de chimie publiés en France au XIXe siècle qui sont loin d'exposer une « science normale », mais présentent plutôt les opinions de leurs auteurs et parfois une vision assez personnelle des sujets qu'ils abordent. BENSAUDE-VINCENT, Bernadette, Antonio GARCIA BELMAR, et José Ramón BERTOMEU SANCHEZ. *L'émergence d'une science des manuels : les livres de chimie en France (1789-1852)*. Paris : Archives contemporaines, 2003. p. 159-160.

Jaune, puis, dans un second temps, l'auteur livre son commentaire (introduit par « Selon Huafeng… »). Le format de ce livre est donc proche de celui d'autres manuels du XIXe siècle, tels que *L'essentiel de la médecine*, rédigé par un médecin du Guangdong qui se livre lui aussi à une compilation de citations associées à quelques mots de l'auteur[550].

À peu près au même moment, vers 1932, le centre de formation à la médecine nationale organisé par l'association de médecine nationale de Chengdu (sans lien avec l'Institut de médecine nationale) publie huit « cours » (*jiangyi* 講義) qui révèlent une diversité de stratégies pédagogiques. Rédigés par les enseignants, ils permettent tout d'abord de se faire une idée du contenu de l'enseignement dans cet établissement, dont nous ne connaissons pas le programme d'étude. En elle-même, l'existence de ces manuels atteste d'un mode d'organisation de l'enseignement et de structuration des savoirs en disciplines[551]. Les sujets traités correspondent en partie aux intitulés des cours de l'académie de médecine nationale : pharmacopée (*yaowu* 藥物), gynécologie (*fuke* 婦科), pédiatrie (*erke* 兒科), « maladies difficiles d'attaque du froid » et les *Questions* fondamentales (Su *Wen* 素問, la première partie du *Canon interne de l'empereur Jaune*). Les manuels du centre de formation n'abordent pas les matières plus proches des sciences occidentales (hygiène, maladies contagieuses) inscrites au programme de l'académie. Au contraire, ils sont davantage consacrés aux classiques, puisqu'en plus de celui portant sur le *Canon interne de l'empereur Jaune*, deux autres portent sur des ouvrages médicaux de référence compilés sous les Han (206 av. J.-C. – 220) : le *Classique des difficultés* (*Nan Jing* 難經) et le *Synopsis des prescriptions de la Chambre dorée* (*Jin Kui Yaolüe* 金匱要略, abrégé *Jin Kui*), rédigé par Zhang Zhongjing (l'auteur du *Traité sur les attaques du froid*). Le centre de formation et l'académie de médecine nationale semblent donc s'accorder sur l'importance de certaines matières, qui constituent des pans de la connaissance médicale, comme la médecine des enfants, des femmes ou les « attaques du froid », mais divergent sur le statut conféré aux classiques de la médecine chinoise et aux connaissances issues des sciences occidentales.

La place donnée aux classiques varie par ailleurs d'un manuel à l'autre, ce qui atteste de la diversité des stratégies pédagogiques à leur égard. La *Description sommaire du Su Wen*

[550] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China ». *Op. cit.*

[551] CHOPPIN, Alain. « Le manuel scolaire, une fausse évidence historique », *Histoire de l'éducation*. 1 janvier 2008 n° 117. p. 7-56.

procède par citations choisies suivies du commentaire de l'auteur, sur un mode proche de celui de l'*Étude sur les causes des maladies*[552]. Le *Cours de gynécologie* cite parfois des ouvrages anciens, notamment le *Jin Kui* ou les *Prescriptions essentielles [valant] mille [pièces d'] or* (*Beiji qian jin yaofang* 備急千金藥方) de Sun Simiao 孫思邈 (581-682)[553]. Le *Manuel de pédiatrie* évoque seulement les classiques pour pointer leurs manques sur la médecine des jeunes enfants et mobilise des références plus récentes, comme Xia Yuzhu 夏禹鑄, un spécialiste de pédiatrie du début de la dynastie Qing[554]. En outre, la connaissance des classiques ne passe pas nécessairement par la lecture et le commentaire, mais aussi par la synthèse de leur contenu sous une forme plus accessible. Un *Petit guide des maladies difficiles du Jin Kui* vise ainsi à résumer l'essence du texte de Zhang Zhongjing en « employant des mots bien connus », comme le dit l'auteur dans sa préface[555]. Pour ce faire, l'auteur du *Petit guide* réorganise le contenu du *Jin Kui* en listant dans une première partie les maladies qui y sont discutées et en présentant dans les deux parties suivantes les symptômes de chacune, puis la manière de les traiter. Le fait de simplifier les classiques dans un but pédagogique n'est pas nouveau. Depuis la dynastie Ming (1368-1644), de nombreux auteurs de manuels d'introduction à la médecine se livrent à cet exercice, souvent en appelant leurs lecteurs à les étudier ensuite par lui-même[556]. Néanmoins, le *Petit Guide* ne renvoie pas à des passages précis du *Jin Kui* et la préface n'appelle pas le lecteur à lire l'ouvrage original, ce qui pourrait indiquer que ce résumé a vocation à se substituer à la lecture de l'œuvre de Zhang Zhongjing. De la même manière, l'*Étude des médicaments* (*Yaowu xue* 藥物學) synthétise le contenu du *Classique de la matière médicale du Laboureur Céleste* (*Shenong bencao jing* 神農本草經) et d'autres auteurs. Ainsi, si l'apprentissage passe par la connaissance des classiques de la médecine chinoise, il s'agit moins

[552] PEI, Heng 佩恆. *Su Wen cuoyao shuyi* 素問撮要述義 (Description sommaire du Su Wen). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 22 p.

[553] *Fuke xue jiangyi* 婦科學講義 (Cours de gynécologie). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. p. 16.

[554] XIE, Quanrong 謝銓鎔. *Xiao'erke yixue jiangyi* 小兒科醫學建議 (Cours de médecine des jeunes enfants). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 24 p.

[555] *Jin Kui nanbing xiaoyi* 金匱難病小引 (Petit guide des maladies difficiles du Jin Kui). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. p. 1.

[556] LEUNG, Angela Ki Che. « L'instruction médicale et sa vulgarisation dans la Chine des Ming et des Qing » in Christine NGUYEN TRI et Catherine DESPEUX (dir.) *Éducation et instruction en Chine*. Louvain : Peeters, 2003, p. 89-114.

de les maîtriser à la lettre que d'en comprendre le contenu, quitte à recourir à des aides telles que le *Petit guide*.

D'une manière générale, ces matériaux d'enseignement produits par le centre de formation semblent avoir vocation à transmettre aux élèves un savoir synthétique, systématisé et pratique. L'organisation des manuels tend à progresser du général ou du diagnostic vers le traitement, comme dans le cas du *Petit guide des maladies difficiles du Jin Kui*. L'auteur de l'*Étude des médicaments* le présente en préface comme un « mélange de la pharmacologie de Shennong et du meilleur des différentes écoles de médecine, compilés dans un bon livre pratique (*qie yu shiyong* 切于使用)[557]. Ce manuel commence par énoncer certains principes généraux concernant les interactions entre différentes substances ou les contrindications pour les femmes enceintes, par exemple. Il présente ensuite chaque substance en procédant toujours selon le même modèle : « explications générales » (*shiyi* 釋義), « lieu de production », « odeur » (*qiwei* 气味), « forme et couleur » (*xingse* 形色), « efficacité » (*gongxiao* 功效), « préparation » (*xiuzhi* 修治), « dosage » ainsi que des formules mnémotechniques en 16 caractères pour mémoriser l'essentiel (*gekuo* 歌括). Un autre manuel intitulé *Introduction à la correction des os* part de la structure générale du corps et des os avant de détailler le nom et la forme de chacun, puis de chaque articulation, dans un style extrêmement synthétique puisque le développement fait seulement une dizaine de pages. La dernière section liste des formules médicamenteuses pour soigner les fractures, y compris une « formule pour les os de la médecine occidentale »[558].

Les savoirs médicaux occidentaux sont évoqués dans plusieurs de ces manuels, mais plutôt de manière annexe. Dans *Cours de gynécologie*, la table des matières liste, sans plus de détails, les noms de 17 maladies obstétriques et gynécologiques de la médecine occidentale. Il s'agit surtout de donner une idée aux élèves de ce que dit la médecine occidentale sur certains sujets, mais jamais d'intégrer à proprement parler ces connaissances dans l'enseignement de la médecine chinoise et encore moins de réviser cette dernière au prisme des sciences occidentales. L'*Étude des attaques du froid*, par exemple, explique que la température du corps s'autorégule

[557] *Yaowu xue* 藥物學 (Étude des médicaments). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. p. 1.

[558] CHEN, Yunru 陳筠如. *Zhenggu xue gailun* 正骨學概論 (Introduction à la correction des os). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. p. 16.

pour rester à 37 °C[559]. À en croire l'auteur, la médecine occidentale nommerait « centre chaud » (*wen zhongshu* 溫中樞) et « centre froid » (*han zhongshu* 寒中樞) les deux parties centrales (*zhongshu* 中樞) permettant la régulation de la température corporelle. Pourtant, ces concepts ne semblent pas correspondre à la terminologie la plus courante utilisée pour rendre compte, en chinois, de notions de médecine occidentale. Plus qu'à comprendre le fonctionnement de la thermorégulation selon les catégories de cette dernière, cet exposé a surtout pour but de permettre un parallèle avec les concepts de *yang* et *yin* originels (*yuan yang* 元陽 et *yuan yin* 元陰). Ce parallèle amène finalement l'auteur à réfuter l'utilité de la médecine occidentale pour le traitement des « attaques du froid » qui, pour lui, sont causées par les changements du *qi* 氣. On retrouve ici la position des opposants à la « mise en ordre » de la médecine chinoise à l'aide des sciences occidentales. Selon eux, les méthodes scientifiques sont inutiles à la médecine, car elles ne prennent pas en compte la nature profonde des causes des maladies[560]. Selon Sean Hsiang-lin Lei, cette position est de plus en plus difficilement tenable après 1929, alors que le discours de « scientifisation » gagne en force. Cependant, elle semble encore suffisamment partagée au début des années 1930 pour trouver sa place dans certains manuels d'écoles de médecine chinoise.

Les établissements affiliés à l'Institut de médecine nationale tentent d'appliquer son programme de « mise en ordre de la médecine » en incluant à leur cursus des enseignements sur les sciences occidentales, mais cette stratégie n'est pas nécessairement partagée par les autres écoles de médecine qui voient le jour dans les années 1930 et 1940. Pour ces dernières, l'intégration des sciences occidentales n'est pas au cœur du questionnement sur la transmission des savoirs, ce qui ne signifie pas pour autant une absence de réflexion pédagogique concernant la manière d'enseigner les textes classiques, la sélection et l'organisation des connaissances essentielles. L'évolution de la manière d'enseigner telle qu'on peut la deviner au travers des manuels n'est pas un phénomène limité au XXe siècle, à la confrontation avec la médecine occidentale et à l'apparition des écoles de médecine chinoise, mais elle s'inscrit plutôt dans un

[559] LIAO, Mingjie 廖赏階. *Shanghan xue* 傷寒學 (Étude des attaques du froid). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. p. 16.

[560] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 156-157.

mouvement qui remonte à la dynastie Ming[561]. Par ailleurs, il semble que l'on retrouve d'une école à l'autre certaines matières, qui apparaissent également dans le programme des examens établi par les Comités locaux d'évaluation des praticiens de la médecine chinoise : l'étude des causes des maladies, de la pharmacopée, de la pédiatrie ou encore de la gynécologie. L'acupuncture s'impose également comme une discipline importante, y compris dans les examens de praticiens, mais elle semble plutôt enseignée dans des écoles spécialisées, telles que celle de Chen Dan'an à Wuxi[562].

2) Évaluer les futurs praticiens

Les examens auxquels participent les demandeurs de licence constituent une seconde fenêtre sur les savoirs médicaux des praticiens ordinaires. Dans certains cas, les copies des candidats ont été jointes à leur dossier de demande et sont donc conservées. Nous disposons ainsi des copies de plusieurs candidats ayant été examinés en 1942-1943 dans cinq districts[563]. Toutes comptent entre deux et cinq questions appelant des réponses relativement courtes (entre une et cinq lignes). Le sujet proposé dans le district de Mingshan en 1943 se présente de la sorte :

1. Décrire succinctement les formes régulières et contraires (*shunni* 順逆) des abcès.
2. Quels sont les résumés [théoriques] (*tigang* 提綱) des trois maladies *yin* et des trois maladies *yang* des attaques du froid [dans le *Traité sur les attaques du froid*] et pouvez-vous les expliquer ?
3. Résumez les différences de traitement pour les syndromes *yin* ou *yang*.
4. Comment différencier les maladies chaudes des attaques du froid en fonction du pouls ?

[561] LEUNG, Angela Ki Che. « L'instruction médicale et sa vulgarisation dans la Chine des Ming et des Qing ». *Op. cit.*

[562] D'autres écoles d'acupuncture ou d'acumoxa (*zhenjiu* 針灸) sont évoquées dans les curriculum vitae que nous avons analysés, mais nous ne disposons que de leur nom, ce qui rend leur identification difficile. Certains médecins déclarent également avoir appris l'acupuncture avec un maître ou un membre de leur famille, comme un certain Deng Jingmin qui a étudié la médecine interne (*neike* 内科) avec un premier maître puis l'acupuncture auprès d'un deuxième. APS, 113-01-0799, Curriculum vitae pour demande de certificat : Deng Jingmin 鄧經明, 10 février 1941.

[563] APS, 113-01-0335 (Guan 灌), 113-01-345 (Wenjiang 溫江), 113-01-0577 (An 安), 113-010799 (Mingshan 名山), 113-01-1478 (Peng 彭).

5. Les livres de médecine parlent de tonifier le qi et de tonifier le sang, mais où le qi et le sang prennent-ils naissance et comment doivent-ils être tonifiés[564] ?

Ces examens sont organisés par le gouvernement local, aidé des associations locales de médecins. Le fait que l'on trouve le même sujet d'examen en 1943 dans trois districts différents (relativement éloignés les uns des autres) laisse penser qu'il n'a pas été décidé par l'association locale de médecins, mais probablement à un niveau supérieur, bien que l'institution précise reste inconnue. De la même manière, on ne peut que supposer l'identité du correcteur, qui est sans doute un expert mandaté par l'association de médecins du district. Ces examens donnent une idée des connaissances attendues par l'administration et les organisations professionnelles de la part des futurs praticiens.

Une partie des questions posées aux candidats porte sur la bonne manière de traiter certaines maladies. Parmi les types de pathologies mentionnées, les « attaques du froid » (*shanghan*) et les « maladies chaudes » (*wenbing* 溫病), un autre type de maladie fébrile au caractère épidémique, sont particulièrement discutées. Le terme de « maladie chaude » apparaît dès le *Canon Interne de l'Empereur Jaune* puis dans le *Traité sur les attaques du froid* qui en fait un type d'« attaque du froid »[565]. À partir du XIIe siècle, l'attention des auteurs se concentre sur ces « maladies chaudes » qui deviennent progressivement une catégorie nosologique à part entière. Enfin, à partir du XVIIe siècle, Wu Youxing 吳有性 (1582-1652) établit un lien fort et durable entre ces « maladies chaudes » et les épidémies. L'attention portée à ce type de maladie pourrait ainsi dénoter un intérêt particulier pour les épidémies à un moment où ces dernières sont un sujet sanitaire essentiel. L'intérêt pour les « maladies chaudes » et les « attaques du froid » s'explique également par la longue dispute qui oppose ceux qui défendent l'universalité des savoirs médicaux issus des textes originels et ceux qui mettent en avant la recherche empirique pour critiquer l'universalité de ces théories, en particulier celle des « attaques du froid ». Ce deuxième courant, particulièrement fort au XIXe siècle dans la région du Jiangnan (provinces de l'Anhui, du Jiangsu et du Zhejiang), appuie l'idée que la médecine doit tenir compte des différences entre le nord et le sud de la Chine, qui n'ont pas le même climat et dont

[564] APS, 113-01-0799, Guoyi zhuce shiyan juan 國醫注冊實試驗卷 (Test pour l'enregistrement des praticiens de la médecine chinoise), mars 1943.

[565] HANSON, Marta E. *Speaking of Epidemics in Chinese Medicine: Disease and the Geographic Imagination in Late Imperial China*. New York : Routledge, 2011. p. 15-18.

les habitants n'ont pas la même constitution[566]. Ces considérations géographiques sont mobilisées dans les années 1920 pour soutenir que la médecine occidentale n'est pas adaptée au peuple chinois[567]. L'insistance des copies d'examens sur ces pathologies s'inscrit donc dans cette tendance longue qui voit les « maladies chaudes » occuper une place de plus en plus importante dans le discours médical.

Les sujets d'examens donnent donc à voir une conception des maladies propre à la pensée médicale chinoise, dont ils semblent surtout retenir le système de correspondances systématiques et notamment les concepts du *yin* et du *yang*. L'examen de 1943 demande aux candidats de distinguer les « attaques du froid » en fonction des trois *yang* et des trois *yin*, selon une théorie qui subdivise chacune de ces catégories en trois phases : le *yang* suprême (*taiyang* 太陽), le yang mineur (*shaoyang* 少陽) et le *yang*-brillance (*yangming* 陽明) d'une part, le *yin* suprême, le *yin* mineur (*shaoyin* 少陰) et le *yin* s'évanouissant (*jueyin* 厥陰) d'autre part[568]. Le sujet comprend également une question sur la différence entre les méthodes de traitement des symptômes *yang* et *yin*. Une question similaire figure dans le sujet donné dans le district de Peng en 1942. Les références aux textes médicaux, y compris anciens, sont relativement fréquentes dans les questions comme dans les réponses. La question 5 de l'examen de 1943 fait par exemple référence aux « livres de médecine ». L'examen organisé dans le district Peng en 1942 interroge les candidats sur les différences entre deux décoctions proposées par Zhang Zhongjing. Ce dernier est souvent mobilisé dans les réponses des candidats, qui ont aussi recours à des références plus récentes comme Wu Jutong 吳鞠通 (1758-1836), un représentant important du « courant des maladies chaudes »[569].

Les examens organisés par certains gouvernements locaux au début des années 1930, par exemple dans le Jiangsu en 1934, visaient notamment à éprouver les connaissances des médecins sur l'hygiène et les maladies infectieuses dans un objectif de santé publique[570]. Dix

---

[566] HANSON, Marta E. « Robust Northerners and Delicate Southerners: the Nineteenth Century Invention of a Southern Medical Tradition » in Elisabeth HSU (dir.) *Innovation in Chinese Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 262-292.

[567] HANSON, Marta E. *Speaking of Epidemics in Chinese Medicine*. *Op. cit.* p. 153.

[568] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 57.

[569] SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. *Op. cit.* p. 52.

[570] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 171.

ans plus tard, ces sujets sont totalement absents des examens organisés au Sichuan, qui ne font aucune référence aux sciences ou à la médecine occidentale et testent seulement des connaissances issues de la tradition médicale chinoise, y compris de ses textes fondateurs tels que le *Canon Interne de l'Empereur Jaune* ou le *Traité des attaques du froid*. Ces savoirs sont donc officiellement reconnus par les gouvernements locaux et l'administration sanitaire comme la condition pour pratiquer la médecine chinoise. Surtout, ils dessinent les contours d'une médecine lettrée, fondée sur la connaissance des ouvrages médicaux et centrée sur la théorie des correspondances systématiques, ce qui distingue les médecins licenciés des « sorciers des rivières et des lacs » et autres praticiens itinérants. En effet, ces derniers représentent une menace économique plus directe pour les praticiens de médecine chinoise que la médecine occidentale.

Comme les matériaux d'enseignement produits par les nouvelles écoles, les examens contribuent à fixer les contours de cette médecine chinoise en sélectionnant les savoirs nécessaires aux futurs praticiens. Cette mise en forme du savoir médical participe à faire émerger un ensemble théorique cohérent à partir de techniques très diverses : « les techniques thérapeutiques de la médecine des correspondances, la pharmacothérapie pratique telle qu'elle figure dans la littérature de prescription et dans les ouvrages purement pharmaceutiques de Bencao, ainsi que certaines autres techniques pragmatiques, telles que le traitement traditionnel des blessures[571] ». Comme le note Paul Unschuld, des pans entiers de la pratique thérapeutique, comme la démonologie, sont, au début du XXe siècle, exclus de cette définition de la médecine chinoise. Cette tendance est perceptible, en creux, dans les programmes d'études des écoles ou les sujets d'examens. La mobilisation d'une culture médicale lettrée participe donc sans doute moins d'une attitude conservatrice à l'égard de la « scientifisation » de la médecine chinoise, qui reste un horizon théorique et lointain, que la défense d'une forme d'orthodoxie médicale face aux pratiques thérapeutiques religieuses ou à la concurrence des « praticiens itinérants ».

[571] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 250-251.

Conclusion

L'irruption d'un État modernisateur dans la sphère médicale et la professionnalisation de la médecine chinoise s'accompagnent d'une institutionnalisation de son enseignement et d'une réorganisation des savoirs médicaux. Dans l'historiographie, cette transformation a été surtout abordée au travers de discours portés par certains représentants de la médecine chinoise, ou par ses principaux détracteurs. Bridie Andrews puis Sean Hsiang-lin Lei ont ainsi souligné dans leurs travaux sur l'émergence d'une médecine chinoise moderne l'importance de la confrontation avec les sciences et la médecine occidentale[572]. La crise de légitimité qui en a découlé a mené à différentes attitudes, entre tentatives d'intégration des savoirs occidentaux et rejet. Dans ce chapitre, nous avons plutôt envisagé la situation de la médecine chinoise « par le bas », c'est-à-dire au travers des trajectoires individuelles et collectives de ses praticiens, ainsi que de quelques établissements d'enseignement établis au Sichuan. Les curriculum vitae comme les archives provinciales témoignent bien de la transformation rapide des modes de transmission des savoirs médicaux, mais ces sources montrent aussi que les causes d'une telle évolution ne sauraient se résumer à la concurrence de la médecine occidentale.

Le concept même d'école de médecine chinoise recouvre un ensemble très hétérogène et l'essor de ces établissements ne réduit pas l'importance de la transmission personnelle du savoir médical. À côté de l'académie de médecine nationale de Chengdu, qui propose un cursus formalisé et s'inscrit dans la démarche de standardisation de l'enseignement portée par l'Institut de médecine nationale, d'autres écoles ont plutôt tendance à reproduire le modèle maître-disciple en lui donnant un habillage institutionnel. Ce n'est que sous le régime communiste que l'on observe une institutionnalisation et une standardisation de la formation des praticiens de la médecine chinoise avec la création d'un système d'enseignement officiel composé de facultés de TCM (*zhongyi xueyuan* 中医学院) dont l'une des premières est fondée à Chengdu en 1956[573].

---

[572] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* ; LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.*

[573] CHEN, Keji. « Cultural Tracing and Political Power: Historical Narrative of the Chengdu Traditional Chinese Medicine College in the 1950s », *Asian Journal of Social Science Studies*. juin 2022, vol.7 nº 6. p. 38.

Bien qu'il n'existe aucune standardisation du cursus, les programmes d'études témoignent d'une classification du savoir en matières (*ke* 科), communes à plusieurs établissements. Les écoles participent ainsi d'un mouvement de réorganisation des savoirs médicaux qui tente de faire émerger une « médecine chinoise » moderne expurgée notamment des pratiques superstitieuses, qui sont au même moment dénoncées par la règlementation, par exemple le Règlement provisoire sur la supervision de la médecine chinoise de 1940. Elles intègrent certains éléments de la médecine ou des sciences occidentales, mais, malgré les appels de l'Institut de médecine nationale à « mettre en ordre la médecine chinoise en employant les méthodes scientifiques », les efforts des établissements indépendants de l'Institut se concentrent surtout sur la mise en forme pédagogique de l'apprentissage des classiques, comme le *Canon Interne de l'Empereur Jaune*, le *Traite des attaques du froid* ou le *Classique de la matière médicale*. Ces classiques occupent également une place centrale dans les sujets d'examens auxquels sont soumis certains praticiens de la médecine chinoise au moment de leur enregistrement. En somme, la manière dont la « mise en ordre » ou l'« amélioration » la médecine chinoise se traduisent concrètement pour la formation et l'évaluation des médecins ne se limite pas au mot d'ordre de « scientifisation ». On observe plutôt des tentatives de structuration et de rationalisation, qui visent à faire de la médecine chinoise un ensemble de connaissances théoriques et pratiques cohérent, appuyé sur des références communes essentielles, comme les classiques médicaux, à partir desquelles la compétence du praticien peut être jaugée.

La maîtrise de ce savoir spécialisé et orienté vers la pratique, sanctionnée par un diplôme, fonde la compétence des médecins qui détiennent, du moins en théorie, un monopole sur l'exercice de la médecine garanti par le contrôle de l'État. La validation du cursus médical académique permet ainsi aux praticiens de revendiquer une « juridiction », au sens où l'entend Andrew Abbott, le cadre de la loi. Mais cet aspect légal de la légitimité du médecin, assis sur le système de licence, ne constitue que l'une des « arènes » dans lesquelles il doit faire valoir sa compétence. On peut alors supposer que l'enseignement dispensé par les écoles ne suffit pas à assoir la position du praticien dans d'autres arènes, auprès de ses patients ou vis-à-vis de ses pairs, raison pour laquelle la transmission personnelle des savoirs garde une place importante. Cet apprentissage semble toujours constituer pour les praticiens la principale source de la connaissance médicale, les écoles faisant plutôt office de complément. L'institutionnalisation de la médecine chinoise ne signifie donc pas l'adoption des idées et des modes d'organisation

occidentaux, mais plutôt l'adaptation aux nouvelles exigences de l'État qui permettent aux médecins de maintenir leur statut face à la médecine occidentale, tout en renforçant leur autorité vis-à-vis de leurs patients et des pratiques thérapeutiques.

Chapitre 6 : Un dualisme imparfait

En février 1931, la branche sichuanaise de l'Institut de médecine nationale voit le jour avec comme directeur Cai Ganqing 蔡幹卿 (1881-1936), qui est aussi membre du conseil d'administration de l'Institut de médecine nationale[574]. Il a également été directeur de l'école spéciale de médecine du Sichuan, l'héritière de l'école de médecine militaire où enseignaient au début du XXe siècle plusieurs médecins français et qui a formé entre les années 1900 et 1930 un nombre conséquent de praticiens de la médecine occidentale[575]. Il fait aussi partie du comité provincial pour l'interdiction de fumer fondé en 1935[576]. On trouve ainsi dans les années 1930 un même individu à la tête d'un Institut représentant la médecine chinoise auprès du gouvernement provincial, d'un établissement d'enseignement de la médecine occidentale relativement important et d'une instance de santé publique. Enfin, Cai Ganqing crée en 1933 un hôpital de médecine chinoise et occidentale situé à Chengdu[577]. Ce cas particulier, mais sans doute loin d'être unique, complexifie l'idée d'une opposition résolue entre médecine chinoise et médecine occidentale, évoquant au contraire la possibilité d'échanges et de collaboration.

La compétition entre les deux médecines est bien réelle, en particulier dans le domaine de la santé publique. Selon Sean Lei Hsiang-lin, elle est arbitrée par l'État. Les portes-paroles de chaque médecine tentent bien de mettre le gouvernement et son administration de leur côté. La règlementation de l'activité médicale et la protection de la santé publique deviennent ainsi le terrain sur lequel les praticiens de la médecine chinoise et leurs représentants luttent contre une bureaucratie sanitaire mue par la promotion de la science. Le mouvement pour la « médecine nationale » soulevé par la tentative d'abolition de 1929 constitue l'apogée de cette confrontation entre ses praticiens et le ministère de la Santé acquis à la médecine occidentale. Localement, certaines tensions font également surface : lorsqu'un praticien de Chengdu

[574] APS, 113-01-373, Lettre de Cai Ganqing, 18 décembre 1931. Il est remplacé par Lai Huafeng 賴華鋒.

[575] Les médecins diplômés de cette école au début des années 1930 déclarent systématiquement qu'elle est dirigée par Cai Ganqing.

[576] « Chuansheng jinyan weiyuanhui » 川省禁烟委員會 (Comité de la province du Sichuan pour l'interdiction de fumer), *Huabei ribao*. 31 août 1935, p. 4.

[577] LUO, Zhengming 罗征明. « Guke mingyi Luo Yusheng » 骨科名医罗裕生 (Le célèbre médecin spécialiste des os Luo Yusheng) in *Sichuan weisheng shiliao* 四川卫生史料 *(*Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan). Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1984, vol.2, p. 13-14.

propose au gouvernement de son district de diffuser largement sa formule pour lutter contre le choléra, les autorités lui opposent une fin de non-recevoir, au motif que sa méthode de traitement « n'a pas de bases scientifiques »[578]. Il y a donc bien une concurrence entre les deux médecines pour « recruter l'État »[579].

Cependant, plus qu'un antagonisme indépassable, c'est surtout la séparation de plus en plus franche entre deux médecines qui transparaît à travers les évènements évoqués plus haut. Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, depuis les années 1920, deux professions se constituent au fil des règlements. Elles disposent chacune d'instances représentatives et d'établissements d'enseignement spécifiques. Les médecins, du moins ceux qui sont officiellement reconnus comme tels, ont été formés soit à la médecine chinoise, soit à la médecine occidentale et seuls quelques rares cas sur lesquels nous reviendrons dérogent à cette règle. Cela ne signifie pas que ces groupes sont homogènes : nous avons souligné l'absence de standardisation de la formation et les clivages parfois profonds à l'intérieur de chacune des deux professions. Les licences et les diplômes dissocient praticiens de la médecine occidentale et chinoise, mais introduisent également une distinction entre les médecins de plein droit enregistrés auprès de l'administration sanitaire et ceux qui pratiquent sans autorisation. Ainsi, malgré l'importance que prend la distinction entre médecine chinoise et médecine occidentale dans le discours des médecins, des dirigeants ou des experts, d'autres lignes de fracture parcourent le paysage médical du milieu du XXe siècle.

Quelle importance revêt alors cette opposition entre ce qui est « chinois » ou « occidental », non pas du point de vue de l'État, mais pour les malades à la recherche d'un traitement ? Cette question est d'autant plus épineuse que nous n'avons que très rarement accès à la parole des patients. Les témoignages dont nous disposons sont socialement situés et politiquement orientés. Ba Jin 巴金 (1904-2005), dans son roman *Famille* donne un aperçu de la vie à Chengdu, sa ville natale, au début du XXe siècle. Mais il nous renseigne surtout sur l'attitude de l'élite, voire de celle des courants progressistes qui placent leurs espoirs dans la

[578] ADS, 42-01-741, Ordres du gouvernement du Sichuan au gouvernement du district de Shuangliu, août 1929.

[579] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 66-67

promesse de la science occidentale[580]. Nous aborderons ici cette question à travers la manière dont les médecins se présentent auprès de l'administration, mais aussi à leurs patients potentiels via les annonces qu'ils font paraître dans les journaux. Ainsi, faute d'accéder directement aux motivations qui poussent les malades dans le choix de leur traitement, nous tenterons d'identifier les informations et les arguments fournis par les médecins pour orienter leur décision.

Comme l'a montré Nathan Sivin, « au cours de l'histoire les Chinois ont choisi librement – aussi librement que leurs circonstances sociales et financières le permettaient – parmi les prêtres, les médiums, les magiciens, les herboristes et acupuncteurs itinérants, les médecins classiques et autres guérisseurs » et ce jusqu'à la fin du XXe siècle[581]. Il arrive que les praticiens de la « médecine chinoise » (ou « médecine nationale ») comme ceux de la « médecine occidentale » se présentent comme tels au public, par exemple dans les annonces qu'ils font paraître dans la presse. Ces catégories ont bien un sens pour ces médecins et leurs patients, mais elles ne suffisent pas à comprendre l'organisation du marché de la médecine, où l'on trouve également tout un monde de guérisseurs dont l'art ne relève d'aucune des deux médecines officiellement reconnues par l'État chinois. Comme en Europe, la professionnalisation ne met pas fin à une forme de pluralisme médical, parce que d'autres « sphères du soin » continuent d'exister en dehors de la médecine professionnelle[582].

L'hétérogénéité des praticiens et des établissements à l'intérieur de chaque groupe participe à une forme de pluralisme médical et relativise l'opposition entre médecine chinoise et occidentale. Le type de soins reçus ainsi que leur coût sont par exemple très différents dans la clinique privée d'un praticien de la médecine occidentale ou dans un établissement de santé publique, bien que les deux relèvent de la même médecine. Enfin, les parcours de certains

---

[580] STAPLETON, Kristin. *Fact in fiction: 1920s China and Ba Jin's family*. Stanford : Stanford University Press, 2016. p. 72-76.

[581] SIVIN, Nathan. « Text and Experience in Classical Chinese Medicine » in Don BATES (dir.) *Knowledge and the scholarly medical traditions*. Cambridge : Cambridge University Press, 1995, p. 195.

[582] RISSE, Guenter B. « Medical Care » in William F. BYNUM et Roy PORTER (dir.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. New York : Routledge, 1993, p. 45-77. Depuis les années 1970-1980, des anthropologues de la médecine comme Charles Leslie, spécialisé dans l'étude de l'Asie, ont mis en avant l'idée qu'il existe dans toutes les sociétés contemporaines un certain degré de pluralisme médical. LESLIE, Charles M. (dir.) *Asian Medical Systems: a Comparative Study*. Berkeley : University of California Press, 1977. p. 9-11 ; LESLIE, Charles. « Medical Pluralism in World Perspective », *Social Science & Medicine*. novembre 1980, vol.14 n° 4. p. 191-195.

individus, à l'image de Cai Ganqing, ou la collaboration de praticiens des deux médecines à l'intérieur d'un même établissement peut brouiller la frontière qui les sépare. Il en résulte une tension entre le paysage médical que donnent à voir les textes règlementaires sur la médecine et celui qui transparaît dans d'autres sources. D'un côté, l'administration sanitaire ne reconnait que deux médecines, chinoise et occidentale, strictement séparées. De l'autre, dans les pages des journaux, mais également dans les déclarations de certains praticiens ou directeurs d'établissements médicaux, on peut entrevoir une médecine fondamentalement plurielle.

A - Une frontière poreuse entre les deux professions

Malgré l'absence de standardisation des cursus, il existe bien des structures d'enseignement de la médecine occidentale (facultés et écoles spéciales) et d'autres spécifiques à la médecine chinoise (maîtres, écoles de médecine chinoise), comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents. De la même manière, les systèmes de licence propres à chaque profession ont entériné et institutionnalisé leur séparation. Mais dans la pratique, une fois les praticiens installés dans leur clinique ou leur hôpital, cette séparation semble moins stricte. Certains individus ou établissements proclament ainsi pratiquer les deux médecines. Il semble pour autant difficile de parler d'hybridité. Dans les exemples que nous discuterons ci-dessous, il n'est jamais question de faire émerger une nouvelle entité qui résulterait de l'alliage des deux, mais toujours d'exercer à la fois la médecine chinoise et la médecine occidentale. La frontière qui les sépare n'est donc pas véritablement contestée, mais il arrive que des praticiens de la médecine chinoise apprennent la médecine occidentale, ou à l'inverse que des praticiens de la médecine occidentale s'intéressent à la médecine chinoise. De la même manière certains hôpitaux de médecine chinoise et occidentale (*zhongxi yiyuan* 中西醫院) comptent parmi leur personnel les deux types de médecins, qui se partagent les patients en fonction de leurs pathologies. Dans cette configuration, les deux professions apparaissent complémentaires et non concurrentes.

1) Des praticiens autoproclamés des deux médecines

Le parcours de certains praticiens qui se déclarent compétents à la fois dans la médecine chinoise et la médecine occidentale montre que la frontière entre les deux professions est parfois franchie, même si de manière relativement marginale. Il s'agit toujours, dans les cas dont nous avons connaissance, de praticiens de la médecine chinoise qui revendiquent une certaine connaissance de la médecine occidentale. Si les Chinois formés à la médecine occidentale au début du XXe siècle prêtent visiblement une certaine attention aux savoirs médicaux classiques, il est rare qu'ils l'affichent ouvertement. Au contraire, certains médecins formés à la médecine chinoise ne semblent pas hésiter à manifester explicitement leur intérêt pour la médecine occidentale dès lors qu'ils ont quelques connaissances des techniques thérapeutiques occidentales. Elles proviennent généralement d'un apprentissage informel qui ne permet pas de prouver que le médecin est effectivement qualifié pour exercer la médecine occidentale. Selon les informations données par son formulaire de demande de licence, un médecin du district de Mianzhu 綿竹 a par exemple étudié pendant 4 ans auprès d'un maître et a « obtenu d'un ami qu'il lui enseigne les traitements de la médecine occidentale », auxquels il déclare s'être « exercé chez lui pendant plus de dix ans »[583]. Il s'engage par ailleurs dans plusieurs institutions médicales de son district, d'abord le comité pour la recherche sur la médecine nationale, puis la branche locale de l'Institut de médecine nationale et déclare exercer à partir de 1939 la fonction de « travailleur de secours pour la prévention des épidémies »[584]. Un médecin de Chengdu ayant appris pendant six ans la médecine auprès d'un maître déclare quant à lui avoir étudié pendant trois ans et demi dans le « département de médecine occidentale de l'université Minli », ne donnant ni l'adresse ni le nom du directeur de cette institution[585]. Les informations qu'il fournit à l'administration ne permettent pas de savoir précisément où il a étudié, ce qui

[583] APS, 113-01-2336, Curriculum vitae pour demande de certificat : Wang Baiguang 王伯光, août 1940.

[584] Il ne précise pas pour quelle institution il travaille, mais il pourrait s'agir d'un service similaire au comité de prévention des épidémies organisé dans les années 1930 par la branche de l'Institut de médecine nationale de Shangliu. ADS, 42-01-364, Shuangliuxian fangyihui zhangmu qingce 雙流縣防疫會賬目清冊 (Table de comptes de la Société de lutte contre les épidémies du district de Shuangliu), octobre 1933.

[585] Notons que le nom de cet établissement (*Minli daxue* 民立大學) ne correspond à aucune des facultés de médecine du pays et que les praticiens de la médecine occidentale parlent généralement de « département de médecine » (*yike* 醫科) et non de « département de médecine occidentale » (*xiyike* 西醫科).

laisse penser que cette déclaration ne correspond pas exactement à la réalité du parcours de cet individu.

L'analyse des formulaires de demande de licence indique que les praticiens de la médecine chinoise versés dans la médecine occidentale sont très rares : ces deux exemples sont les seuls dont nous disposons sur notre échantillon de 300 formulaires. Rappelons néanmoins que ces documents ont pour but de qualifier les praticiens de la médecine chinoise ; les demandeurs ont donc peu d'intérêt à évoquer d'autres domaines d'activité, en particulier la médecine occidentale qu'ils ne sont pas censés exercer. C'est ce qui peut d'ailleurs expliquer qu'aucun des deux médecins ne déclare explicitement faire commerce de la médecine occidentale. Les « enquêtes sur les hôpitaux et cliniques » menées par le gouvernement provincial et l'administration sanitaire entre la fin des années 1930 et le début des années 1940 indiquent néanmoins que ce type de profil pourrait être plus courant. Contrairement aux dossiers de demande de licence, elles ne visent pas à évaluer les médecins, mais recensent les structures de soins de la province. Elles fournissent des informations succinctes sur l'activité, l'équipement et le personnel de chaque établissement, ainsi que sur la formation et éventuellement le parcours professionnel de son directeur. À Chengdu, où le Département de santé publique provincial mène une enquête de ce type en 1944, plusieurs cliniques sont tenues par des praticiens versés dans les deux médecines. L'un d'eux se présente comme un « praticien de la médecine chinoise qui pratique aussi la médecine occidentale »[586]. Un autre déclare être diplômé du centre de formation à la médecine nationale de Chengdu, mais aussi de l'hôpital militaire de la 28e armée, ce qui suggère qu'il détient quelques connaissances en médecine occidentale[587]. Il a fait une demande pour un certificat de praticien de la médecine chinoise, mais il précise aussi qu'il n'a pas de certificat de praticien de la médecine occidentale.

Cette attirance pour la médecine occidentale n'est pas spécifique à une grande ville comme Chengdu et se retrouve également dans le reste de la province. Le directeur d'un hôpital recensé dans le district de Nanchong se présente comme un « praticien héréditaire de la médecine chinoise ayant aussi étudié dans un hôpital de médecine occidentale et ayant occupé les fonctions de médecin militaire et médecin scolaire » [588]. Il est également équipé pour de

[586] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de la clinique Meide 美德診所, juillet 1944.

[587] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de la clinique de Huang Zhuxuan 黃竹軒診所, juillet 1944.

[588] APS, 113-01-0023, Fiche d'enquête de l'hôpital Shanji 善濟醫院, décembre 1938.

« petites opérations chirurgicales », ce qui est plutôt rare pour les cliniques de médecine chinoise recensées dans les enquêtes et au contraire assez courant dans le cas d'établissements pratiquant la médecine occidentale[589]. Il est donc probable que ce médecin mêle dans sa pratique des méthodes de médecine chinoise et occidentale.

Ces médecins pratiquant à la fois la médecine chinoise et occidentale ne remettent cependant pas véritablement en cause la frontière entre les deux professions. Dans tous les cas dont nous avons connaissance, il s'agit de praticiens de la médecine chinoise identifiés (voire enregistrés) comme tels. La manière dont se présente le propriétaire d'une clinique de Chengdu est sur ce point particulièrement explicite : pour décrire sa formation, il déclare simplement être un « praticien de la médecine chinoise exerçant aussi la médecine occidentale ». C'est le seul dont nous ignorons comment il a été formé à la médecine chinoise. Les autres ont effectué leur formation auprès d'un membre de leur famille, d'un maître ou dans une école, c'est-à-dire dans les cadres habituels de la transmission de la médecine chinoise. Par contre, la manière dont ils ont étudié la médecine occidentale est atypique, voire complètement en dehors des normes qui prévalent pour les praticiens de la médecine occidentale enregistrés auprès de l'administration, aucun ne détenant de diplôme d'une véritable école ou faculté de médecine. Il s'agit donc plutôt de praticiens de la médecine chinoise qui « empiètent » sur le terrain de la médecine occidentale.

À l'inverse, nous n'avons connaissance d'aucun cas de médecin identifié comme praticien de la médecine occidentale revendiquant une forme de compétence en médecine chinoise. Pourtant, il est très probable qu'une partie d'entre eux en ont une certaine connaissance. Dans les années 1900 et 1910, les premières écoles de médecine occidentale de la province, administrées par des Chinois, n'étaient pas fermées aux savoirs issus de la médecine chinoise. En 1908, le gouverneur du Sichuan envisageait ainsi de recruter comme enseignant pour l'école de médecine militaire un praticien de médecine chinoise[590]. Cette décision provoque l'ire des médecins français qui y sont alors les principaux professeurs, mais

[589] Des techniques de chirurgie sont employées en Chine bien avant l'introduction de la médecine occidentale, mais elles sont marginalisées par la médecine lettrée. À partir des Song, l'idée s'impose que les troubles relevant de la médecine externe doivent être traités par les méthodes de la médecine interne (prise du pouls et prescription de médicaments). Cette défiance de la médecine lettrée pour les techniques chirurgicales persiste jusqu'au XXe siècle. LI, Jianmin. « Anatomy and Surgery » in Vivienne LO, Michael STANLEY-BAKER et Dolly YANG (dir.) *Routledge Handbook of Chinese Medicine*. Londres : Routledge, 2022, p. 206-216.

[590] MAE, 148CPCOM, n° 300, Lettre de Bons d'Anty, 14 mars 1908.

elle se justifie aux yeux du gouverneur par la difficulté d'accès aux médicaments importés de l'étranger et donc par la nécessité pour les futurs diplômés de connaître davantage la pharmacopée locale. À l'école officielle de médecine de Chongqing, les livres de médecine chinoise représentaient plus de la moitié de la collection de la bibliothèque. Les sources dont nous disposons ne permettent pas de savoir si la politique de ces établissements vis-à-vis de la médecine chinoise a changé dans les décennies suivantes. Cependant, la documentation produite par le gouvernement central sur les facultés et écoles spéciales de médecine dans les années 1920 et 1930 indique que ces institutions ont vocation à enseigner la médecine occidentale uniquement, en se fondant sur une approche scientifique qui semble à première vue incompatible avec la médecine chinoise. Reste que les médecins formés au début du XXe siècle ont très probablement étudié ou lu certains ouvrages de médecine chinoise. Le fait qu'ils se présentent comme pratiquant strictement la médecine occidentale peut alors témoigner du statut supérieur qu'a acquis cette dernière. Si la maîtrise des techniques occidentales peut constituer un atout pour les praticiens de la médecine chinoise, cultiver des savoirs considérés par certains médecins et décideurs de santé comme « non-scientifiques » risquerait au contraire d'éveiller le doute sur la compétence des praticiens de la médecine occidentale.

2) Des espaces de collaboration entre médecine chinoise et occidentale

Les établissements recensés au Sichuan se spécialisent pour la plupart dans un type de médecine. Cependant, il existe de rares exceptions d'hôpitaux où l'on trouve à la fois des praticiens de la médecine chinoise et de la médecine occidentale. Parmi les structures de soins que dénombrent les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques, deux correspondent à cette définition. Il existe également quelques « cliniques de médecine chinoise et occidentale » (*zhongyi zhensuo* 中醫診所) sur lesquelles nous ne reviendrons pas : elles correspondent plutôt à la situation décrite plus haut d'un praticien de la médecine chinoise faisant valoir sa maîtrise des deux médecines. Au contraire, les fiches d'enquête des deux hôpitaux mentionnent explicitement la présence de praticiens de la médecine chinoise et de praticiens de la médecine occidentale. Ces sources ne fournissent que des informations succinctes, on ne sait pas précisément comment fonctionnent ces établissements. Ils montrent cependant que médecine chinoise et occidentale ne sont pas nécessairement concurrentes ou opposées et qu'il existe des espaces de collaboration ou de complémentarité entre ces deux professions.

L'hôpital de médecine chinoise et occidentale de la Croix rouge du district de Guan 灌, qui a ouvert ses portes en 1907, compte un praticien de la médecine occidentale et 18 de la médecine chinoise[591]. Le premier est spécialisé dans la médecine externe, sans doute la chirurgie, quand les seconds traitent les patients atteints de troubles internes. L'équipe médicale comprend également un pharmacien, un préparateur pharmaceutique (*diaoji sheng* 調劑生) et deux infirmiers. Ce personnel est vraisemblablement attaché au praticien de la médecine occidentale, dans la mesure où l'on ne trouve pas de préparateurs ou d'infirmiers dans les cliniques de médecine chinoise. L'hôpital accueille gratuitement un total d'environ 2000 patients chaque mois, mais ne dispose que de sept chambres de deux lits, ce qui indique que seule une petite fraction des malades est hospitalisée. On peut donc supposer qu'ils consultent dans leur grande majorité l'un des nombreux praticiens de la médecine chinoise de cette institution. Ainsi, seule une minorité aurait recours au praticien de la médecine occidentale, sans doute pour un traitement chirurgical qui peut nécessiter d'être hospitalisé, une pratique face à laquelle les patients restent relativement réticents.

Dans le début des années 1930, le centre de secours (*jiujiyuan* 救濟院) du district de Shifang 什邡 crée un établissement de soins annexe[592]. Des centres de secours de ce type existent également dans d'autres districts de la province et sans doute ailleurs en Chine. Ce genre d'institutions offre une assistance dans différents domaines, par des distributions d'argent, de nourriture ou encore de médicaments ; ils viennent ainsi en aide aux orphelins, aux vieillards ou aux démunis et sont généralement financés par la notabilité locale[593]. Celui de Shifang va plus loin dans l'assistance médicale en créant cette clinique où travaillent un praticien de la médecine chinoise et un praticien de la médecine occidentale ainsi qu'un infirmier. Les consultations y sont gratuites et il attire tous les mois environ 1500 patients. La fiche d'enquête de l'hôpital précise qu'il n'y a pas de lits pour l'hospitalisation des malades et l'« équipement se compose seulement du kit de tous les couteaux nécessaires pour les traitements de la médecine occidentale ». La clinique donne elle-même aux patients les « médicaments

[591] APS, 113-01-0511. Fiche d'enquête de l'hôpital de médecine chinoise et occidentale de la Croix rouge 紅十字會中西醫院, 4 décembre 1938.

[592] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête du dispensaire du centre de secours du district de Shifang 什邡縣救濟院施醫所, 9 janvier 1938.

[593] Sur ces établissements et leur rôle dans l'assistance médicale, voir chapitre 1. A. 2.

occidentaux » pour le traitement des troubles externes. Le praticien de la médecine chinoise quant à lui délivre à ses patients une prescription permettant de retirer les médicaments dans une pharmacie. Ces informations indiquent que, comme dans l'hôpital de la Croix rouge, le praticien de la médecine occidentale est principalement occupé à des opérations chirurgicales, tandis que le praticien de la médecine chinoise soigne les maladies internes.

Ce partage des tâches entre la médecine occidentale et la médecine chinoise s'explique sans doute par le fait qu'il s'agit d'établissements humanitaires qui cherchent à fournir une assistance médicale relativement efficace, mais aussi peu coûteuse. Ils ont donc le recours à la médecine chinoise, dont les praticiens sont bien plus nombreux et les médicaments plus accessibles que ceux de la médecine occidentale. Contrairement aux structures de santé publique relevant du gouvernement qui emploient exclusivement la médecine occidentale, les établissements de charité privés n'excluent pas d'avoir recours à la médecine chinoise. La médecine occidentale semble réservée aux pathologies qui peuvent être traitées par des actes de petite chirurgie, l'équipement des hôpitaux restant limité.

Ainsi, la distinction entre praticiens de la médecine occidentale et de la médecine chinoise ne signifie pas pour autant que les deux médecines constituent deux mondes séparés. Certains praticiens de la médecine chinoise revendiquent une connaissance de la médecine occidentale qu'ils intègrent à leur pratique, bien qu'ils ne détiennent pas de diplôme pour obtenir la reconnaissance officielle de leur compétence dans ce domaine : ils ne sont enregistrés qu'en tant que praticiens de la médecine chinoise. La frontière entre les deux professions est donc claire pour l'administration, mais elle l'est peut-être moins du point de vue des patients qui, parfois dans une même institution, ont affaire à des praticiens de la médecine occidentale, des praticiens de la médecine chinoise et des praticiens des deux médecines (dont les traitements diffèrent sans doute des deux premiers). Le cas des hôpitaux rassemblant des praticiens de la médecine chinoise et occidentale montre par ailleurs que les relations entre les deux professions ne se conçoivent pas uniquement sous l'angle de la rivalité, mais également de la complémentarité.

B - Les médecins et le marché de la santé

Si l'exercice conjoint des deux médecines par certains praticiens ou hôpitaux montre qu'elles ne sont pas nécessairement opposées, cela ne remet pas fondamentalement en cause l'importance de la distinction entre médecine chinoise et médecine occidentale. Cette différenciation est centrale pour l'administration comme pour les organisations professionnelles et les institutions d'enseignement médical. À lire les archives de l'administration sanitaire, le paysage médical chinois est profondément polarisé entre ce qui relève de la médecine chinoise et occidentale. Évaluer l'importance de ces catégories pour un public extérieur au monde de la médecine nécessite de se pencher vers d'autres sources. En effet les journaux publiés pendant la même période donnent à voir une image sensiblement différente du marché des soins. L'offre médicale qui se présente aux patients ne se limite pas à l'alternative entre médecine occidentale et médecine chinoise. Les médecins officiellement reconnus par l'État doivent toujours faire face à la concurrence des praticiens itinérants, marchands d'herbes, vendeurs de talismans, moines et shamans. Dans le même temps, les annonces que font paraître les médecins dans la presse montrent que la dualité entre médecine chinoise et occidentale fait sens au-delà des cercles spécialisés. Les informations fournies par l'annonce comme la rhétorique déployée pour attirer de nouveaux patients permettent bien souvent au lecteur d'identifier clairement le type de praticien à son origine.

1) Guérisseurs et charlatans

> En anglais, un journal s'appelle « *niu si pai bu* », ce qui signifie « page d'information ». Bien sûr, le but de la lecture d'un journal est de connaitre les affaires de la nation et la situation du monde. Cependant, si nous dépensons trois à cinq centimes pour acheter un folio ou un quadruple folio, que pouvons-nous lire ? Ici on ne parle pas nouvelles ou éditoriaux ; seulement de publicité. Elles occupent près de la moitié de la page du journal et sont principalement pour des médecins des rivières et des lacs très louches, des spécialistes des maisons closes et pour « rechercher une petite amie »[594].

Ainsi l'auteur de ce court article publié en 1938 dans le *Xinan ribao* introduit-il son propos pour déplorer, non sans exagération, la place prise par les publicités dans la presse. Il y associe aux maisons closes et aux prostituées les « médecins des rivières et des lacs », praticiens

[594] « Baozhi de guanggao » 報紙的廣告 (La publicité dans les journaux), *Xinan ribao*, 1 novembre 1938, p. 4.

itinérants volontiers accusés de charlatanisme. Ils les désignent comme les éléments les plus dérangeants de cette réclame envahissante qui détourne les journaux de leur mission première : « fournir une nourriture spirituelle pour le peuple ». Le *Xinan ribao* qui paraît à Chongqing entre 1938 et 1947 est, comme de nombreux autres titres, proche du parti au pouvoir puisqu'il dépend de la Ligue de jeunesse des trois principes du peuple (*San min zhuyi qingniantuan* 三民主義青年團), dont la période d'activité correspond d'ailleurs à celle du journal[595]. Cet article témoigne donc en partie de l'aversion des proches du parti nationaliste pour ces « médecins des rivières et des lacs », une attitude qui s'inscrit dans la ligne du Mouvement pour la vie nouvelle lancé en 1934 par Chang Kai-chek. Il vise à éradiquer la « saleté insupportable », l'« hédonisme », la « paresse » et décrépitude morale et spirituelle du peuple chinois[596]. Dans cette perspective, les prostituées comme les charlatans sont tous deux une menace à la fois pour la santé publique et la droiture morale du peuple. Pour le gouvernement nationaliste qui prend pied en 1938 dans sa capitale de guerre, Chongqing, ils sont les signes d'une ville indisciplinée qu'il s'agit de mettre en ordre[597].

De fait, à partir de 1927, l'État chinois tente d'interdire nombre de pratiques jugées superstitieuses, y compris dans le domaine médical. En 1929, le ministère de la Santé décide d'interdire « tous ceux qui, dans les temples, délivrent des élixirs et médicaments divins, des prescriptions des dieux, des charmes, etc. »[598]. Comme l'a montré Rebecca Nedostup, la notion de superstition n'est jamais définie précisément par le gouvernement nationaliste et elle est donc susceptible d'englober des groupes et des pratiques très différents. Nous regrouperons ici sous le terme volontairement général de « guérisseur » tous ces individus qui, sans exercer l'une des deux médecines officiellement reconnues par l'État chinois, sont tout de même versés dans les arts du soin et de la santé.

D'autres articles du *Xinan ribao* dénoncent les méfaits des praticiens non licenciés et des guérisseurs itinérants. Ils suscitent de vives inquiétudes pour la santé publique, mais aussi plus

---

[595] XIONG, Fu 熊复. « Xinhua ribao de lishi diwei ji qi tedian 新华日报的历史地位及其特点 (Position historique et caractéristiques du Xinhua ribao) », *Xinwen yu chuanbo yanjiu*. 1981, vol.4. p. 1-13.

[596] DIRLIK, Arif. « The Ideological Foundations of the New Life Movement: A Study in Counterrevolution », *The Journal of Asian Studies*. 1975, vol.34 nº 4. p. 945-980.

[597] BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 50.

[598] NEDOSTUP, Rebecca. *Superstitious Regimes*. *Op. cit.* p. 217.

généralement pour le maintien de l'ordre dans la ville. Un article de 1939 s'alarme de la possibilité pour des charlatans (*yongyi* 庸醫) de participer à des consultations bénévoles :

> Qu'il s'agisse de médecine chinoise ou occidentale, la plupart des praticiens qui sont maintenant sur le marché ont déjà été approuvés par l'autorité centrale de supervision, qui leur a délivré une licence et les a autorisés à exercer leur activité. Cependant, il existe de nombreux médecins ambulants (*zoufang lanzhong* 走方郎中) qui n'ont que des connaissances générales en matière d'hygiène, ou qui ont l'audace et l'imprudence de diagnostiquer des maladies[599].

L'auteur est moins préoccupé par la distinction entre médecine occidentale et médecine chinoise que celle entre praticiens licenciés et « médecins ambulants », qui non seulement exercent dans l'illégalité, mais sont en outre dangereux pour les malades. Les termes employés dans les sources pour désigner ces praticiens itinérants dénotent surtout leur appartenance au monde des colporteurs, plutôt que leur proximité avec la médecine (médecine *yi* 醫)[600]. Il s'agit d'un groupe particulièrement divers employant un large éventail de techniques thérapeutiques. Ils ont tendance à se spécialiser dans le traitement des troubles externes, recourant par exemple à l'acupuncture et la moxibustion (*zhenjiu* 針灸) ou aux massages (*anmo* 按摩). Ils peuvent également employer des talismans ou des incantations (*fuzhou* 符咒)[601]. Ces techniques tranchent avec la médecine chinoise telle qu'elle est enseignée dans les nouvelles écoles, qui se fonde sur un savoir livresque, notamment sur les classiques médicaux expurgés de certaines pratiques, et tend ainsi à se concentrer sur les prescriptions et préparations pharmaceutiques.

Ce ne sont pas seulement les méthodes thérapeutiques que ces guérisseurs emploient qui cristallisent les inquiétudes, mais surtout leur statut itinérant. Le fait que ces « médecins des rivières et des lacs » n'ont aucune adresse fixe et soignent leurs patients dans la rue est d'ailleurs

---

[599] « Yizhen yundong » 義診運動 (Campagne de consultations gratuites), *Xinan ribao*, 1er août 1939, p. 2.

[600] L'article mentionné ci-dessus parle par exemple de *zoufang langzhong* 走方郎中, dont les deux premiers caractères font référence à l'itinérance (littéralement « aller à des endroits ») et les deux derniers sont une ancienne manière de désigner ceux qui pratiquent la médecine. Plus couramment, les sources parlent de « médecins des rivières et des lacs » (*jianghu yi* 江湖醫), ou encore d'« artistes des rivières et des lacs (*jianghu shushi* 江湖術士), comme dans le Règlement provisoire sur les praticiens de la médecine chinoise de 1940 qui les interdit formellement. Cette dernière formule peut également désigner, entre autres, les saltimbanques et les comédiens ambulants.

[601] KONG, Xiangxu 孔祥序. « Jianguo qian Sichuan zhongyi leibie » 建国前四川中医类别 (Les catégories de praticiens de la médecine chinoise du Sichuan avant la fondation de la République populaire de Chine) in *Sichuan weisheng shiliao* 四川卫生史料 *(Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan)*. Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1987, vol.12, p. 21-24.

explicitement mentionné par le Règlement provisoire de 1940. Un fait divers relaté dans les pages du journal illustre la méfiance dont ils font l'objet :

> Un homme du Henan, originaire de Meng, qui n'est pas un moine, mais [un homme] itinérant faisant commerce de son art et se faisant passer pour un moine est arrivé [dans le district de Yibin] accompagné de ses disciples. [Ils sont] quatre hommes en tout et séjournent à l'hôtel Qiangji depuis plus de dix jours, pratiquant la médecine et la divination. Les autorités ont prospecté et trouvé leurs déplacements suspects, aussi ont-elles dépêché des policiers pour enquêter. Après dix jours, ils ont trouvé beaucoup de choses étranges. Avant-hier soir, ils ont procédé à une inspection et ont trouvé une lettre très suspecte qui avait été déchirée […] et trois bagues en or ainsi que plus de 270 dollars français [sic] ont été trouvés dans l'armoire à pharmacie. Ils ont été immédiatement arrêtés et interrogés[602].

Il n'est pas question ici d'hygiène, mais plutôt du trouble à l'ordre public que peuvent causer ces voyageurs. Le métier de ces quatre personnes n'est d'ailleurs pas clairement identifié : ils ne sont pas décrits comme des médecins, mais comme « faisant commerce de leur art » (*maiyi* 賣藝), un terme très général qui peut s'appliquer à toutes sortes de colporteurs ou de comédiens qui vont dans les villes et les villages vendre leurs marchandises ou donner des représentations. On sait seulement que les individus dont il est question dans cet article pratiquent la « médecine » (*yiyao* 醫藥, terme qui désigne aussi bien les soins médicaux que les médicaments) et la « divination » (*zhanke* 占課). On peut supposer que ces deux activités sont liées. L'activité divinatoire permet de déterminer la prescription appropriée pour traiter le malade, d'une manière similaire à la médecine oraculaire employée dans les temples bouddhistes[603]. Les médicaments sont probablement directement vendus au malade, ce qui expliquerait la présence d'une armoire à pharmacie (*yaoxiang* 藥箱) au domicile de ces individus.

Les alertes à l'encontre des praticiens itinérants montrent *a minima* que ces derniers n'ont pas entièrement disparu du paysage médical. Certains continuent de proposer leurs services de guérisseur à la population et sont alors perçus par les autorités et une partie de la presse comme une menace à éradiquer. Mais malgré les efforts déployés par le gouvernement nationaliste pour combattre les superstitions, ces pratiques médicales ne sont pas toujours dépeintes sous un mauvais jour. En 1948, un journal de Canton évoque dans un article intitulé « Les miracles de

---

[602] « Gedi tongxin : yibin » 各地通信：宜宾 (Correspondance locale : Yibin), *Xinan ribao*, 14 novembre 1938, p. 2.

[603] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 150.

l'hypnose » l'existence de certains « sorciers des rivières et des lacs » (江湖术士) soignant les malades à l'aide de talismans :

> Parmi les sorciers des rivières et des lacs, il existe un petit groupe de personnes qui utilisent des talismans de Chenzhou 辰州 pour guérir des maladies. En fait, ils utilisent également l'hypnose pour guérir les maladies des gens. […] Une personne sachant utiliser les talismans a collé un talisman sur la jambe cassée d'une personne de 78 ans et la jambe a immédiatement retrouvé sa forme d'origine. Ces choses paraissent inimaginables[604].

Contrairement aux articles évoqués plus haut, celui-ci ne condamne pas de telles pratiques et compare plutôt l'usage des talismans à l'« hypnose occidentale » (*xi yang de cuimian shu* 西洋的催眠術). À Shanghai en 1945, un autre enjoint les scientifiques chinois à étudier l'efficacité des soins talismaniques en les comparant à l'hypnose[605]. En effet, dans cette ville, les « médecins talismaniques » (qui soignent par l'usage de talismans), les vendeurs de talismans prêts à l'emploi, ou l'offre de manuels d'arts occultes alimentée par l'explosion de l'imprimé, forment un véritable marché des talismans.

Le recours à ce type de techniques thérapeutiques ne se limite donc pas aux campagnes ou aux milieux populaires. Au Sichuan, des shamans (*wu* 巫) « soignant par l'exorcisme ou mobilisant des forces surnaturelles pour guérir la maladie » sont présents dans toute la province pendant la période républicaine. Ils exercent dans des milieux citadins et dans les districts centraux, bien qu'ils y soient sensiblement moins nombreux que dans les espaces périphériques[606]. Selon les souvenirs de Chen Zhiqian sur la situation du district de Ding, situé 300 kilomètres au sud de Pékin, la santé dans les villages chinois est encore dans les années 1930 entre les mains de praticiens populaires : « À quelques exceptions près, c'étaient des paysans ordinaires qui vendent des herbes comme activité secondaire. Ils n'avaient reçu aucune formation médicale particulière et ne savaient même pas prendre le pouls. Beaucoup étaient analphabètes »[607].

---

[604] « Cuimianshu de qiji » 催眠術的奇跡 (Les miracles de l'hypnose), *Qianfeng bao*, 30 juillet 1948, p. 2.

[605] BERNARDI JUNQUEIRA, Luis Fernando. « Revealing Secrets: Talismans, Healthcare and the Market of the Occult in Early Twentieth-Century China », *Social History of Medicine*. 8 décembre 2021, vol.34 nº 4. p. 1068-1093.

[606] SUTTON, Donald. « Pilot Surveys of Chinese Shamans, 1875-1945: A Spatial Approach to Social History », *Journal of Social History*. septembre 1981, vol.15 nº 1. p. 39-50.

[607] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 75.

Ces techniques thérapeutiques ne sont pas non plus nécessairement des pratiques anciennes, traditionnelles, voire archaïques : tout comme les formes de religiosité auxquelles elles sont parfois attachées, elles prennent des formes nouvelles au début du XXe siècle. À l'image de la médecine chinoise ou occidentale, ces médecines occultes ou religieuses s'institutionnalisent. À Shanghai, des instituts et académies d'arts occultes ouvrent leurs portes dans les années 1920, proposant par exemple des cours par correspondance, forgeant ainsi un occultisme « moderne » et se distinguant des « colporteurs traditionnels aux pratiques superstitieuses »[608]. La perception d'une technique de soin dépend ainsi en partie de l'identité de celui qui l'exerce. Le développement des sociétés rédemptrices pendant la période républicaine témoigne également de l'évolution et de la vitalité des pratiques médicales religieuses. Ces sociétés sont souvent fondées par un guide charismatique détenant entre autres des dons de guérison, tel Xiao Changming 蕭昌明 (1895-1943), un prêcheur et guérisseur itinérant qui fonde une société nommée Enseignements de la vertu céleste au début des années 1920 à Changsha. Dans les années 1930, la société attire une vaste audience, y compris parmi les membres de l'élite des grandes villes de Chine.

Le marché des soins ne se réduit donc pas à l'alternative entre médecine occidentale et médecine chinoise, bien qu'il s'agisse de catégories essentielles pour l'administration sanitaire et pour les médecins eux-mêmes. Il existe également une distinction non moins structurante entre les pratiques thérapeutiques légitimes aux yeux de l'État et celles reléguées au rang de superstitions, qui sont alors combattues. En dépit des alertes et des mesures prises par les autorités contre eux, les praticiens itinérants, les guérisseurs religieux, les vendeurs de talismans ou les shamans continuent de pratiquer leur art au Sichuan et dans le reste du pays. Ils sont présents dans les campagnes comme dans les villes, et l'attrait pour ces techniques de soin est loin de se limiter aux milieux populaires. Ce ne sont donc pas seulement des considérations économiques qui dictent les choix des patients. Si certaines pratiques thérapeutiques sont inaccessibles pour une partie de la population (en particulier la médecine occidentale), cela ne signifie pas pour autant que ceux qui y ont accès se désintéressent de celles alors qualifiées de « superstitieuses ».

[608] BERNARDI JUNQUEIRA, Luis Fernando. « Revealing Secrets ». *Op. cit.*

2) Médecins et stratégies promotionnelles

Au vu de ce foisonnement de praticiens en tous genres, on peut se demander quelle valeur le public extérieur au monde médical accorde aux catégories définies par l'administration sanitaire. En d'autres termes, les distinctions entre praticiens enregistrés ou non et entre médecine chinoise et occidentale font-elles également sens pour les malades et leurs proches ? Si nous n'avons pas directement accès au discours des patients, les annonces qui paraissent dans la presse pour faire la publicité de tel ou tel praticien nous donnent une idée de la manière dont ils veulent se présenter pour attirer le public, et donc des valeurs qu'ils estiment importantes et attendues par ce dernier. Ces sources ont une portée bien différente des archives de l'administration sanitaire dans la mesure où elles ne s'adressent pas seulement à des individus familiers des professions médicales. On peut supposer que le vocabulaire employé dans ces annonces est largement compris et fait appel à des représentations communément partagées, au moins par ceux qui savent lire et qui ont les moyens matériels d'acheter le journal, ce qui n'est pas le cas d'une grande partie de la population, notamment dans les campagnes. Cependant, elles ne sont pas un miroir fidèle de la profession : elles sont certes publiées par les médecins eux-mêmes, mais seul un petit nombre d'entre eux a les moyens de recourir à cette publicité. Les auteurs ne se présentent bien évidemment pas de manière objective, puisqu'ils cherchent à attirer de nouveaux patients. Les informations qu'ils donnent sont succinctes, sélectives et hiérarchisées, par exemple en faisant varier la taille des caractères. Elles remplissent principalement deux objectifs : permettre l'identification du praticien et des services médicaux qu'il propose, mais aussi convaincre le lecteur de leur qualité.

Toutes les annonces sur lesquelles nous appuyons notre analyse font la promotion de médecins (*yishi* 醫師, parfois *yisheng* 醫生), mais il est ardu de définir précisément les contours de ce groupe. Ils mentionnent tous l'adresse de leur clinique (*zhensuo* 診所), généralement les horaires d'ouverture et parfois les tarifs qu'ils pratiquent. Ils semblent donc tous installés à une adresse fixe, ce qui exclut de fait les guérisseurs itinérants. Par contre ils ne précisent que très rarement si l'administration leur a délivré une licence. Un certain Duan Baiyang 段佰陽 dit avoir été enregistré auprès de l'Institut de médecine nationale, de la province du Hubei, de la municipalité de Nanjing et de celle de Hankou, mais il s'agit d'une exception. Peut-être que le fait de détenir une licence délivrée par l'administration locale est déjà suffisamment banal pour que les médecins ne jugent pas nécessaire de le mentionner dans leurs annonces. Cela

expliquerait que Duan Baiyang n'évoque que des autorités administratives extérieures à la ville de Chongqing et la province du Sichuan, auprès desquelles il est de toute façon censé être enregistré.

La publicité n'est pas l'apanage d'un seul groupe de médecins, les praticiens de la médecine occidentale comme ceux de la médecine chinoise y ont recours. Il est souvent possible de distinguer quel type de médecin est derrière une annonce. Une partie de ces annonces mentionnent explicitement qu'il s'agit d'un praticien de la médecine chinoise (*zhongyishi* 中醫師), parfois désigné comme praticien de la médecine nationale (*guoyishi* 國醫師, ou seulement *zhongyi* 中醫). On observe par contre qu'aucun médecin ne se présente comme un « praticien de la médecine occidentale » (*xiyishi* 西醫師), même lorsqu'il est évident que l'auteur de l'annonce en est un. Souvent, aucun terme n'apparaît dans leur annonce pour expliciter leur statut de médecin : l'exposé de leur pédigrée suffit pour comprendre de qui il s'agit, notamment lorsqu'ils ont un doctorat de médecine (*yixue boshi* 醫學博士) d'une université étrangère. Par exemple, un certain Xiao Jingchu 蕭敬初 dit seulement qu'il a obtenu un doctorat de l'université de Berlin, liste ses spécialités (médecine interne, pédiatrie, dermatologie et traitement de la syphilis) et donne l'adresse et l'horaire d'ouverture de sa clinique[609]. Au vu des études qu'il a suivies, il ne peut y avoir aucun doute sur le fait que Xiao pratique la médecine occidentale. Cette absence de mention ou de précision est sûrement intentionnelle : dans les documents produits par l'administration provinciale et dans les textes règlementaires, il est déjà fréquent de désigner les praticiens de la médecine occidentale par le seul terme de « médecin » (*yishi* 醫師). Dans les pages des journaux comme dans les documents d'archives, ce sont les méthodes et les savoirs scientifiques occidentaux qui constituent la médecine au sens général et seule la médecine « chinoise » nécessite une épithète indiquant son caractère particulier. Afin de clarifier notre propos, nous appellerons « praticiens de la médecine occidentale » tous les médecins qui, sans se présenter explicitement comme tels, donnent suffisamment d'informations pour lever toute ambiguïté sur le type de médecine qu'ils pratiquent.

Une partie de l'offre médicale étant polarisée entre médecine chinoise et médecine occidentale, comment les praticiens des deux médecines se dépeignent-ils dans les annonces ? Emploie-t-on le même type d'argumentaire selon que l'on cherche à promouvoir différents

[609] *Peidu wanbao*, 12 octobre 1946, p. 2

types de services médicaux ? Les praticiens de la médecine occidentale se contentent généralement de quelques informations concises et factuelles sur leur formation et leur parcours professionnel. Beaucoup précisent avoir étudié à l'étranger, notamment au Japon et en Allemagne, où ils ont parfois obtenu un doctorat. En octobre 1928, sur la première page du *Xinan Ribao*, on compte ainsi trois docteurs, dont un de l'université de Berlin et un de l'université de Nagasaki (il n'est pas précisé pour le troisième où il a obtenu son diplôme), ainsi que trois autres médecins ayant également étudié au Japon[610]. Le fait d'avoir exercé dans un grand hôpital ou d'avoir enseigné la médecine sont d'autres éléments fréquemment mis en avant par les médecins. Par exemple, un certain Xu Weixin 許煒昕 mentionne son doctorat, puis son poste de « directeur du département spécialisé dans les yeux, oreilles, nez et gorge à l'hôpital Gulou de Nanjing », un des grands hôpitaux de la capitale fondé en 1892 et rattaché au début du XXe siècle à l'université Jinling[611]. En 1946, cinq médecins de l'hôpital central de l'université nationale de Shanghai « en séjour à Chongqing » font paraître ensemble une annonce, précisant la spécialité de chacun ainsi que l'adresse et les horaires de la clinique[612]. Un certain Liu Shaoming 鄧昭明, détenteur d'un doctorat, précise dans son annonce avoir enseigné les soins dentaires à la faculté de médecine du Guangxi[613]. SI la plupart des annonces ne contiennent que ces deux types d'informations (étude médicale et fonctions prestigieuses), celle d'un certain Hu Zhenhua fait exception : il ne se contente pas de dire qu'il a été directeur de l'hôpital public de Ganyu 贛榆 (district du Jiangsu), il insiste également sur le fait qu'il « explore les plus récentes techniques médicales scientifiques[614] ».

Le passage par de grandes institutions médicales (facultés, hôpitaux) et l'évocation éventuelle d'un séjour à l'étranger suffisent ainsi à attester de la qualité professionnelle de ces praticiens de la médecine occidentale. Nous retrouvons dans les pages des journaux les principaux traits qui, dans les formulaires de demande de licence faisaient déjà la spécificité de cette médecine occidentale académique : fonctions prestigieuses, y compris en tant que professeurs, et grande mobilité tant nationale qu'internationale (Chapitre 4. B). Ce sont les

[610] *Xinan ribao*, 11 octobre 1938, p. 1.

[611] *Dagong wanbao*, 14 octobre 1944, p. 2. Le passage en italique est imprimé en gros caractères.

[612] *Peidu wanbao*, 10 octobre 1946, p.2.

[613] *Dagong wanbao*, 12 avril 1945, p. 2.

[614] *Xinan ribao*, 4 décembre 1938, p. 1.

mêmes arguments qui sont employés par ces médecins pour démontrer leurs aptitudes, pour attirer des patients et sans doute justifier leurs honoraires qui, comme nous l'avons vu, sont sensiblement plus élevés.

Les réclames publiées par les praticiens de la médecine chinoise sont beaucoup plus diverses dans leur forme comme dans la nature et la quantité de détails qu'elles fournissent. L'argumentaire qu'ils déploient renvoie notamment aux savoirs qui leur ont été transmis par leur famille, parfois secrètement. L'un d'eux se présente par exemple comme un « médecin héréditaire du Jiangsu » (*Jiangsu shiyi* 江蘇世醫), c'est-à-dire qu'il descend d'une lignée de médecins. Le fait de mettre en avant cette attache géographique n'a rien d'anodin, puisque la région du Jiangnan, située au sud du cours inférieur du Yangtze, tient à la fin de l'empire une place de choix dans l'histoire de la culture médicale chinoise[615]. Un autre se présente comme « praticien de la médecine chinoise [au savoir] transmis de génération en génération » (*lidai zuchuan zhongyishi* 歷代祖傳中醫師)[616]. Certains disent également détenir des « recettes secrètes transmises par leurs ancêtres » (*zhuchuan mifang* 祖传秘方), une formule fixe qui revient dans plusieurs annonces, par exemple celle d'un spécialiste d'ophtalmologie qui promet ainsi un rétablissement immédiat[617]. Bon nombre de praticiens de la médecine chinoise insistent donc sur ce qu'ils sont les seuls à maîtriser, mais aussi sur le fait qu'il s'agit de savoirs et de techniques expérimentées et validées par plusieurs générations. Ils ont tendance à donner des détails assez précis sur les soins qu'ils prodiguent et les techniques qu'ils emploient. Un médecin originaire de Hongkong déclare par exemple soigner les blessures à l'aide de « techniques anciennes d'acupuncture » (*gufa jinzhen* 古法金針), puis liste les différentes affections qu'il est en mesure de guérir. Un autre expose longuement les avantages de ses services sur ses concurrents :

> Spécialisé dans le traitement des longues [maladies] qui n'ont pas été guéries par les injections, les médicaments, les piqûres, l'électrothérapie et d'autres traitements proposés par des praticiens renommés de la médecine chinoise et occidentale : turbidité blanche (*baizhuo* 白濁), urines chaudes et douloureuses, « bouche de poisson » (*yukou* 魚口), « pêche tombante » (*zhuitao* 墜桃), syphilis, chancre, spermatorrhée, éjaculation précoce (*zaoxie* 早泄),

[615] BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Is the Lower Yangzi River Region the Only Seat of Medical Knowledge in Late Imperial China? ». *Op. cit.*

[616] *Dagong wanbao*, 14 octobre 1944, p. 2. *Peidu wanbao*, 1 mars 1947, p. 2.

[617] *Dagong wanbao*, 12 août 1945, p. 2.

> impuissance, éjaculation précoce (*jianse liujing* 見色流精), infertilité, dépression, vertiges, pertes de mémoire, insomnies, troubles du rythme, etc. Traitement médical spécialisé et prescription de médicaments spéciaux en fonction de la maladie, avec la garantie d'une guérison complète dans un délai donné. [Nous] ne cessons pas [le traitement] avant d'avoir obtenu la guérison. Si les frais sont trop élevés, il est possible de chercher un commerçant se portant garant [pour le patient] et ne payer qu'une fois guéri, ce qui est sans précédent dans le monde de la médecine chinoise et occidentale. Ce n'est pas quelque chose qu'oseraient faire les médecins roublards qui se vantent de leur efficacité sans en assumer la responsabilité[618].

Si le fait d'attaquer de manière aussi directe la concurrence est plutôt inhabituel, prétendre pouvoir guérir les maladies qui ont résisté à tous les autres médecins ou garantir la guérison en une durée courte, parfois même fixe, sont des éléments relativement courant dans ce genre de réclame.

D'une manière générale les praticiens de la médecine chinoise tendent à insister sur leurs aptitudes personnelles, sur ce qui fait la singularité de leur pratique, là où les praticiens de la médecine occidentale évoquent surtout les institutions (facultés, hôpitaux) qui ont validé leurs compétences. Quelques praticiens de la médecine chinoise soulignent néanmoins dans leurs annonces qu'ils ont exercé à l'hôpital de premiers secours de médecine chinoise qui a un statut très particulier parmi les établissements de soins pratiquant la médecine chinoise, puisqu'il dépend de l'Institut de médecine nationale et est en partie financé par le ministère de la Guerre[619]. Nous n'avons néanmoins relevé aucun exemple de médecin se présentant comme ancien élève d'une école de médecine chinoise, ce qui montre qu'à leurs yeux la transmission personnelle du savoir médicale, surtout à l'intérieur d'une famille ou d'un lignage, a plus de valeur que les enseignements institutionnalisés.

Dans les pages des journaux, certains malades une fois guéris font également paraître des billets pour remercier leur médecin. Ces billets sont une forme de réclame à part entière pour les médecins mentionnés. Des remerciements sont par exemple adressés dans les pages du *Xinan Ribao* au praticien de la médecine chinoise Hu Zemin 胡澤民, au moment où ce dernier fait lui-même paraître ses propres réclames :

> J'ai souffert de dysenterie blanche et rouge (*chibai liji* 赤白痢疾) pendant plusieurs mois. Après que les médecins chinois et occidentaux aient échoué à me soigner, mon ami M. Jiang

[618] *Dagong wanbao*, 10 avril 1946, p. 2.

[619] *Xinan ribao*, 6 septembre 1938, p. 1.

> Xingcheng m'a adressé au médecin Hu Zemin et j'ai été guéri en une semaine. Je voudrais donc le remercier pour son aide dans ce journal[620].

S'ensuivent en plus gros caractères l'adresse de sa clinique, puis le nom de l'auteur de cette annonce. Certains patients multiplient les annonces de remerciement au point que ces dernières constituent une véritable campagne publicitaire, faisant publier plusieurs dizaines de fois leur message de gratitude dans les pages d'un journal. Pendant plus d'un an, un certain Cai Difan 曹滌凡 publie plus d'une soixantaine d'annonces identiques pour remercier un médecin nommé Jiang Longbai 江龍柏. Difficile de savoir si ces remerciements sont l'initiative du patient ou plutôt une stratégie du médecin pour conforter sa notoriété, mais il est certain qu'ils ont un objectif promotionnel. Certains remerciements reprennent l'argumentaire employé par les médecins dans leur réclame, qu'il s'agisse de praticiens de la médecine chinoise ou de la médecine occidentale. Par exemple, une série d'annonces de remerciements consacrée au médecin Zhou Songlu 周嵩祿 expose son parcours professionnel en détail :

> Le Dr Zhou a étudié la médecine interne, la gynécologie et la pédiatrie à l'université de Berlin dans ses jeunes années. Il a été nommé directeur de l'hôpital Fangzi après son retour en Chine. Au cours de l'été de la 26e année, il a ouvert sa pratique à Jinling (Nankin). Depuis lors, il a pu guérir toutes les maladies. Cet enfant était malade du foie et tous les médecins étaient impuissants. Ce médecin l'a traité et il était remis en moins de 20 jours. En raison de la tragédie nationale [l'invasion du Japon], ce médecin est venu à Chongqing, il a ouvert sa clinique au numéro 12 de la rue Chaijia[621].

La précision des informations que contiennent ces remerciements laisse penser qu'elles proviennent des médecins à qui ils sont destinés, ce qui explique que leur contenu soit proche de celui des annonces publiées par les médecins eux-mêmes.

À la manière dont les médecins se présentent (ou sont présentés par leurs patients) et selon les arguments mis en avant pour faire leur promotion, il est donc généralement possible pour le lecteur de déterminer quelle médecine pratique l'individu à l'origine de l'annonce, même quand cette information n'est pas donnée explicitement. Par exemple un médecin (*yishi*) énumère dans sa réclame les différentes maladies qu'il est capable de soigner, parmi lesquelles les « attaques du froid des quatre saisons » (*sishi shanghan* 四時傷寒), une catégorie

[620] *Xinan ribao*, 29 septembre 1946, p. 1.

[621] *Xinan ribao*, 21 octobre 1938, p. 1.

nosologique de la médecine chinoise[622]. Cependant, il n'est pas toujours possible de trancher avec certitude, en particulier pour les annonces qui ne donnent aucun autre détail que le nom du médecin et l'adresse de sa clinique.

En général, il semble tout de même important pour les médecins de se positionner plus ou moins explicitement du côté de la médecine occidentale ou de la médecine chinoise dans leur annonce, ce qui laisse penser que ce type d'information fait sens pour les malades. Le fait que ces deux groupes de professionnels emploient un argumentaire très différent montre que sur le marché de la médecine, il n'y a pas véritablement d'opposition directe entre praticiens de la médecine occidentale et de la médecine chinoise. Les premiers, en présentant leurs diplômes et leur état de service, visent à se démarquer de leurs confrères plus qu'ils ne se comparent aux praticiens médecine chinoise, qui mettent plutôt en avant leur expérience, celle de leur famille ou insistent sur le fait que les méthodes qu'ils emploient ont été éprouvées par le temps. La concurrence se jouerait ainsi principalement à l'intérieur de chaque groupe de praticiens plutôt qu'entre les deux médecines.

Conclusion

S'il existe une forme de concurrence entre médecine occidentale et médecine chinoise, il est nécessaire de la replacer dans son contexte : comme le suggère Sean Lei Hsiang-lin, il s'agit d'une compétition pour gagner la confiance de l'État chinois et la légitimité qui en découle. Elle ne démarre selon lui qu'à partir de la peste de Mandchourie en 1910-1911, mais ce cadre chronologique s'applique surtout à la médecine occidentale. Ce n'est sans doute qu'à partir des années 1920 et surtout avec l'attaque de 1929 que les praticiens de la médecine chinoise, notamment via l'Institut de médecine nationale, s'engagent véritablement dans la lutte de légitimité arbitrée par l'administration sanitaire. L'histoire de la médecine, voire des médecines, en Chine sous la République ne se résume pourtant pas à ce conflit, si important soit-il. Tout d'abord, il existe continuellement des espaces de dialogue et d'échange, ainsi que des individus et des établissements qui combinent médecine chinoise et occidentale. Comme nous l'avons montré à propos des quelques cas que donnent à voir les archives du Département

[622] *Peidu wanbao*, 1 juillet 1946, p. 3.

de santé publique du Sichuan, il s'agit généralement d'associer les deux médecines, non de les fondre en un seul ensemble.

Par ailleurs, on peut supposer qu'il existe en réalité différents marchés pour les différentes médecines : la compétition pour attirer des patients ne se joue pas tant entre les deux groupes professionnels, mais plutôt à l'intérieur de chaque groupe. Certes, nous n'avons jamais accès aux raisons précises qui poussent les malades à consulter tel ou tel type de praticiens. On peut néanmoins supposer que la médecine occidentale s'adresse essentiellement à un public urbain et plutôt aisé eu égard à l'implantation des médecins et aux prix de leurs services. Par conséquent, les médecins formés aux techniques modernes ont avant tout comme concurrents les autres praticiens de la médecine occidentale. De la même manière, les praticiens de la médecine chinoise sont sûrement d'abord en concurrence entre eux. Le fait que la rhétorique promotionnelle employée dans les annonces diffère clairement selon le type de praticien qui en est l'auteur semble corroborer cette hypothèse. Les praticiens de la médecine occidentale mettent en avant les institutions prestigieuses où ils ont étudié et exercé ; ceux de la médecine chinoise insistent sur la spécificité de leur pratique, sur leur talent personnel ou le savoir-faire transmis dans leur famille. En somme, les deux types de praticiens ne s'affrontent pas sur le même terrain et sans doute ne se disputent-ils pas la même patientèle.

Ces annonces montrent aussi que la distinction entre médecine chinoise et occidentale fait sens non seulement pour l'administration sanitaire et pour les médecins, mais aussi pour leurs patients. Difficile pour autant de parler d'un véritable dualisme médical, dans la mesure où nombre de guérisseurs en tous genres continuent d'exercer leur art. Même s'ils ne sont pas reconnus par l'État, qui les interdit, ce dernier n'est pas en mesure de les empêcher de pratiquer. Médecines chinoise et occidentale ont donc une place particulière aux yeux de l'administration et gagnent en importance aux yeux des patients, au sein d'un marché médical qui reste fondamentalement pluriel.

Partie III :
Nouveaux lieux et nouveaux acteurs de la médecine professionnalisée

Chapitre 7 : Les femmes dans la profession médicale

Si les sources chinoises donnent le plus souvent à voir des hommes pratiquant la médecine, ces derniers n'en ont jamais le monopole, comme le montre l'exemple de Zeng Yi qui achève en 1906 son *Traité de médecine* (*Yixue pian* 醫學篇). Elle y discute des « maladies chaudes » et « attaques du froid », des « maladies diverses » (*zabing* 雜病), de la médecine des femmes, des enfants et de la médecine externe, témoignant ainsi de connaissances approfondies dans les différents domaines qui composent alors le savoir médical chinois[623]. Zeng Yi est née vers 1852 dans une famille prestigieuse. Son père, fonctionnaire posté dans la province du Jiangxi, meurt lorsqu'elle est encore jeune. Sa mère Zuo Xijia s'installe avec ses enfants à Huayang, non loin de Chengdu, ville d'origine de son mari. Zuo Xijia descend elle-même d'une famille de fonctionnaires et a acquis une certaine reconnaissance pour ses talents artistiques ainsi que sa droiture morale, consacrée par une biographie inscrite dans la chronique du district de Huayang[624]. Éduquée par sa mère à la peinture, la poésie et la calligraphie, la jeune Zeng Yi apprend également la médecine par elle-même en parcourant les ouvrages médicaux de la bibliothèque familiale et accumule au cours de sa vie une grande expérience pratique[625].

Si les femmes ne sont pas exclues de l'art du soin, y compris dans ses dimensions les plus intellectuelles, des figures telles que celle de Zeng Yi sont cependant rares. Les textes qu'elles ont composés et qui nous sont parvenus le sont encore plus. Selon un décompte de Yi-Li Wu, sur plus de 12 000 titres de livres médicaux anciens inventoriés dans l'un des catalogues de référence, seulement trois ouvrages écrits par des femmes sont conservés dans les bibliothèques chinoises[626]. En dehors de quelques cas de praticiennes suffisamment instruites et bénéficiant de la reconnaissance nécessaire pour que leurs travaux soient publiés et conservés au fil des générations, l'histoire de la médecine chinoise a retenu peu de noms féminins. La plupart des femmes versées dans l'art du soin restent anonymes et les sources qui nous renseignent sur leur origine, la manière dont elles ont appris la médecine ou dont elles l'exercent sont bien plus

[623] ZENG, Yi 曾懿. *Guhuanshi ji yixue pian* 古歡室集醫學篇 (Traité de médecine de la collection du cabinet des plaisirs antiques). Changsha, 1907.

[624] WU, Yi-Li. *Reproducing Women: Medicine, Metaphor, and Childbirth in Late Imperial China*. Berkeley : University of California Press, 2010. p. 244.

[625] *Ibid.* p. 20 ; ZENG, Yi 曾懿. *Guhuanshi ji yixue pian*. *Op. cit.* p. Préface.

[626] WU, Yi-Li. *Reproducing Women*. *Op. cit.* p. 19.

parcellaires que celles portant sur les médecins. Surtout, leur existence nous est essentiellement connue au travers de ce qu'en disent les hommes. Or, entre le XIIe et le XIVe siècle, le discours des auteurs masculins devient particulièrement méfiant, voire hostile, à l'égard de ces praticiennes, volontiers dépeintes comme ignorantes et dangereuses. Leurs services sont pourtant indispensables, notamment pour traiter les femmes, dans un contexte de ségrégation des sexes, mais aussi les enfants du foyer. Comme le montre Angela Ki Che Leung, sous les Ming et les Qing « certaines femmes médecins étaient extrêmement compétitives, au moins dans la région du Bas Yangtze. Les familles leur confiaient non seulement leurs membres féminins, mais aussi, à l'occasion, leurs membres masculins[627]. » Leung explique cette tendance par le fait que ce sont souvent les femmes du foyer qui prennent soin du malade et que leur avis est donc important dans le choix du médecin.

Des guérisseuses et chamans aux « femmes médecins » (*nüyi* 女醫) qui appartiennent parfois à de prestigieux lignages médicaux, on trouve des praticiennes dans toutes les strates de la société. Elles manient une grande diversité de techniques thérapeutiques et remplissent différentes fonctions médicales. Sous la dynastie Ming, la Loge des rituels et des cérémonies (*liyifang* 禮義房), également appelée Bureau d'allaitement des enfants (*naizifu* 奶子府), rassemble des nourrices, des sages-femmes, mais aussi des « femmes médecins » (*yipo* 醫婆) au service de la cour impériale[628]. Ces exemples montrent bien que le champ de la « médecine » (*yi* 醫) n'est pas l'apanage des hommes. Mais les mots désignant « femmes médecins » (*nüyi*, *yipo*) signalent qu'elles ont, en vertu de leur sexe, un statut bien distinct des praticiens masculins. Elles sont en général moins bien considérées que ces derniers, même si certaines femmes brillantes peuvent faire exception à cette règle.

À partir de la fin du XIXe siècle, des femmes chinoises étudient la médecine occidentale et deviennent parfois des praticiennes renommées. Connie Shemo a ainsi retracé le parcours de Kang Cheng 康成 (aussi connue sous le nom de Kang Aide 康愛德, 1873-1931) et Shi Meiyu 石美玉 (1873-1954), deux grandes praticiennes de la médecine occidentale, également connues

[627] LEUNG, Angela Ki Che. « Women Practicing Medicine in Pre-modern China » in Harriet Thelma ZURNDORFER (dir.) *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*. Leiden : Brill, 1999, p. 101-134.

[628] CASS, Victoria B. « Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony », *Journal of the American Oriental Society*. janvier 1986, vol.106 n° 1. p. 233.

aux États-Unis, respectivement sous le nom d'Ida Kahn et Mary Stone[629]. L'historiographie a également souligné le rôle joué par certaines institutions missionnaires dans la formation de praticiennes de la médecine occidentale en Chine[630]. Ces travaux permettent de mieux comprendre comment certaines femmes entrent dans une profession qui reste, au moins jusqu'à la moitié du XXe siècle, très majoritairement masculine. Mais les sources des écoles et hôpitaux missionnaires n'éclairent qu'une partie des femmes médecins et fournissent souvent peu d'informations sur leur carrière une fois diplômée, surtout pour celles qui quittent le giron de leur institution d'origine. D'autres sources ont pu être mobilisées pour étudier les femmes médecins dans leur ensemble, au moins à une échelle géographique restreinte, sans présumer de leur lieu de formation ou d'exercice. À Shanghai, l'abondance de journaux et de publications médicales permet d'élargir le périmètre de recherche et de montrer ainsi non seulement la diversité des formations, mais également une tendance à la spécialisation dans la gynécologie et l'obstétrique[631]. Or, comme dans le cas de la médecine chinoise, on peut supposer que l'accès à la notoriété professionnelle, l'occasion de s'exprimer dans un quotidien généraliste ou dans une revue spécialisée, voire plus largement la possibilité de publier sont plus limités pour les femmes, d'où un biais de genre dans les sources publiées. Ces considérations compliquent l'exercice de comparaison entre femmes et hommes médecins. Les différences, spécificités, voire inégalités que donnent à voir les sources relèvent-elles du discours porté sur la place des femmes dans la médecine, ou bien de celles qu'elles y tiennent effectivement ?

Sans résoudre définitivement ces problèmes méthodologiques, les sources archivistiques sur lesquelles se fonde notre analyse permettent d'apporter certaines réponses concernant la situation des femmes dans la médecine chinoise et occidentale vers le milieu du XXe siècle. Les dossiers de demande de licence sont particulièrement utiles pour envisager les femmes médecins en tant que groupe. Les informations qu'ils fournissent, relativement standardisées, sont fondées sur la parole des femmes elles-mêmes, ce qui tranche avec les sources

[629] SHEMO, Connie Anne. *The Chinese Medical Ministries of Kang Cheng and Shi Meiyu, 1872–1937: On a Cross-Cultural Frontier of Gender, Race, and Nation*. Bethlehem : Lehigh University Press, 2011. 290 p.

[630] LIN, Shing-Ting. *The Female Hand: The Making of Western Medicine for Women in China, 1880s–1920s*. *Op. cit.* ; SHEMO, Connie. « "Wants Learn Cut, Finish People": American Missionary Medical Education for Chinese Women and Cultural Imperialism in the Missionary Enterprise, 1890s–1920s », *The Chinese Historical Review*. mai 2013, vol.20 n° 1. p. 54-69.

[631] XU, Silin 徐斯琳. *Minguo shiji Shanghai nüxiyi yanjiu*. *Op. cit.*

essentiellement masculines dont nous disposons pour les périodes antérieures, en particulier concernant la médecine chinoise. S'ils ne donnent qu'un niveau de détail sommaire, ces dossiers permettent cependant d'envisager la population de médecins hommes et femmes selon des critères similaires, facilitant la comparaison entre ces deux populations. Il est ainsi possible de mettre en lumière les disparités de parcours liées au genre, mais également les différences dans la manière dont femmes et hommes se présentent au moment de demander leur licence. Toutefois, ces sources ne nous renseignent pas sur toutes les femmes pratiquant la médecine, mais seulement sur celles qui peuvent prétendre être officiellement reconnues en tant que médecins.

La première moitié du XXe siècle est marquée par la professionnalisation des médecins, matérialisée par le système de licence, mais aussi par l'évolution de la condition des femmes, phénomène d'une tout autre ampleur sociale. À partir de la fin des Qing et pendant la période républicaine, elles accèdent de plus en plus à l'espace public et à une nouvelle visibilité sociale. Comme l'a montré Wang Di dans son étude centrée sur la capitale du Sichuan, « au début du XXe siècle, les femmes de Chengdu sont de plus en plus présentes dans des lieux traditionnellement réservés aux hommes, tels que les salons de thé et les théâtres »[632]. Bien sûr, ces évolutions sont surtout perceptibles dans les villes et elles sont loin d'être généralisables à l'ensemble de la population. Elles se ressentent également dans l'accès à l'enseignement et à certains emplois. La scolarisation des filles progresse à partir de la seconde moitié du XIXe siècle et s'accélère sous la République : en 1936, les filles constituent 19 % des élèves du primaire, contre seulement 2 % 30 ans plus tôt[633]. Au Sichuan, comme ailleurs en Chine, les étrangers, notamment les missionnaires, jouent un rôle important dans ce mouvement[634]. En 1919, les écoles primaires affiliées à l'Église méthodiste canadienne comptent 1245 filles pour 2911 garçons, alors que le rapport est d'une fille pour 20 garçons dans l'ensemble de

[632] WANG, Di. *Street Culture in Chengdu*. *Op. cit.* p. 180.

[633] LEE, Wong. « Women's Education in Traditional and Modern China », *Women's History Review*. septembre 1995, vol.4 n° 3. p. 345-367.

[634] DRUCKER, Alison R. « The Role of the YWCA in the Development of the Chinese Women's Movement, 1890-1927 », *Social Service Review*. 1979, vol.53 n° 3. p. 421-440 ; KWOK, Pui-lan. *Chinese Women and Christianity: 1860-1927*. Atlanta : Scholar Press, 1992. p. 184-194 ; CHIN, Carol C. « Beneficent Imperialists: American Women Missionaries in China at the Turn of the Twentieth Century », *Diplomatic History*. 2003, vol.27 n° 3. p. 327-352.

l'enseignement primaire[635]. Beaucoup des missionnaires ont cependant une vision modérée et relativement conservatrice à propos de l'éducation des filles, dont l'objectif principal est de « placer au cœur du foyer des femmes chinoises chrétiennes éduquées et capables »[636]. De telles conceptions ne sont alors pas si éloignées de celles des réformistes chinois, comme Liang Qichao qui déclare au tournant du siècle vouloir produire « des mères sages et de bonnes épouses »[637]. Le mariage constitue toujours le principal horizon pour l'accomplissement social des femmes chinoises. Néanmoins, leur entrée dans des métiers tels que celui d'enseignante, vendeuse ou infirmière, pour ne citer que les plus emblématiques, s'accompagne d'une forme d'indépendance financière. Enfin, après le Mouvement du 4 mai 1919, l'enseignement supérieur accueille de plus en plus d'étudiantes, qui représentent environ 15 % des effectifs en 1936, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles carrières[638]. L'histoire des femmes dans la médecine s'inscrit dans ce contexte général de féminisation de l'éducation et de l'économie, plus ou moins rapide selon les secteurs.

A - Les femmes dans la médecine chinoise

> La culture de l'imprimé qui a facilité la transmission textuelle des connaissances médicales a contribué à établir l'idéal culturel du médecin lettré tel qu'il est apparu sous les Song. Au début des Ming, ces médecins prenaient place au sommet d'une hiérarchie plus stratifiée de praticiens appartenant ou non à des lignées médicales, sans pour autant éliminer le pluralisme médical au-dessous […] Néanmoins, l'hégémonie culturelle de l'imprimerie a encore réduit le prestige de la guérison religieuse, et de nombreux types de guérisseuses, ainsi que les sages-femmes, ont été laissées encore plus en marge qu'ils ne l'avaient été auparavant. Les hiérarchies de classe et de genre se sont renforcées mutuellement, les technologies médicales pratiques telles que l'acupuncture, la médecine externe et la moxibustion étant de plus en plus associées aux classes inférieures et aux praticiennes[639].

---

[635] *Our West China Mission*. *Op. cit.* p. 463 ; BAILEY, Paul John. *Gender and Education in China: Gender Discourses and Women's Schooling in the Early Twentieth Century*. New York : Routledge, 2007. p. 85.

[636] DAVIN, Delia. « British Women Missionaries in Nineteenth-Century China », *Women's History Review*. juin 1992, vol.1 n° 2. p. 257-271.

[637] HERSHATTER, Gail. *Women in China's Long Twentieth Century*. Berkeley : University of California Press, 2007. p. 81.

[638] LEE, Wong. « Women's Education in Traditional and Modern China ». *Op. cit.*

[639] FURTH, Charlotte. *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665*. Berkeley : University of California Press, 1999. p. 305.

Comme l'explique Charlotte Furth, la restructuration des hiérarchies médicales qui accompagne la diffusion de l'imprimé à partir de la dynastie Song (Xe-XIIIe siècle) marginalise les femmes, dans la mesure où elles ont moins accès à la médecine lettrée. La professionnalisation de la médecine chinoise telle qu'elle s'opère au XXe siècle renforce l'exclusion de certains praticiens (ou praticiennes), comme les guérisseurs religieux. Dans le même temps, d'autres pratiques jusqu'alors décriées, à l'image de l'acupuncture, bénéficient d'une nouvelle reconnaissance avec la création d'écoles spécialisées dont le diplôme donne accès au statut de médecin. Quels sont alors les effets de la professionnalisation sur la place des femmes dans la médecine chinoise ? À première vue, le système de licence entérine la marginalisation des praticiennes, comme l'indiquent les chiffres des demandes de licence : sur près de 2000 dossiers de demande conservés dans les fonds du Département de santé provincial, moins d'une trentaine sont déposés par des femmes. La présence de ce petit groupe de praticiennes au sein d'une profession d'hommes indique néanmoins la possibilité pour ces dernières d'accéder à un statut équivalent à celui de leurs homologues masculins. Contrairement aux termes évoquant les « femmes médecins » (*nüyi*, *yipo*) employées dans d'autres sources, le système de licence attribue le même titre de médecin (*yishi*) aux femmes et aux hommes. Mais cette égalité de droit n'empêche pas de fortes disparités dans la carrière des médecins selon leur genre.

1) Des « vieilles femmes » aux jeunes « médecins »

Dans les années 1930, la société de recherche en médecine chinoise de Suzhou (*Suzhou guoyi xueshe* 蘇州國醫學社) réédite le *Traité de médecine* de Zeng Yi sous le nom *Livres de médecine complets de Mme Zeng*[640]. La société publie plusieurs autres ouvrages, en particulier ceux de son fondateur Wang Shenxuan 王慎軒, et fonctionne également comme une école de médecine chinoise. Quelques années plus tard, en 1936, un autre ouvrage médical écrit de la main d'une femme, Gu Dehua 顧德華, qui a vécu au XIXe siècle, est publié par Qiu Qingyuan 裘慶元 au sein d'une collection de 90 textes médicaux[641]. Par son travail d'auteur et d'éditeur, Qiu entend réformer la médecine chinoise et faire valoir son utilité face à la médecine

[640] *Zeng nüshi yixue quanshu* 曾女士醫學全書.

[641] WU, Yi-Li. *Reproducing Women*. *Op. cit.* p. 22.

occidentale. On peut voir dans ces deux exemples le signe que la transformation de la médecine chinoise ouvre une plus grande place pour les femmes. Autre signe d'ouverture, l'académie de médecine nationale du Sichuan, qui dépend de l'Institut de médecine nationale, cherche à recruter des « étudiants et étudiantes » (*nannüsheng* 男女生), comme l'indiquent les affiches qu'elle diffuse à cet effet[642]. Le fait d'adresser explicitement sa campagne de recrutement aux hommes (*nan* 男) comme aux femmes (*nü* 女), plutôt qu'employer un terme neutre (comme le mot « étudiant, élève » *xuesheng* 學生), laisse penser que l'académie accorde une certaine attention à ce point.

La petite minorité de praticiennes de la médecine chinoise qui dépose une demande de licence dans les années 1930-1940 est sensiblement plus jeune que le reste de la profession. Parmi les quelques 2000 dossiers de demande de licence de praticiens de la médecine chinoise collectés dans les archives provinciales du Sichuan, seulement 28 ont été déposés par des femmes (Annexe IV. 7. Tableau 1). L'année de naissance moyenne de ces 28 femmes se situe vers 1903, contre 1898 pour leurs homologues masculins[643]. Plus précisément, les femmes âgées sont particulièrement sous-représentées : une seule praticienne est née avant 1891, ce qui est pourtant le cas d'environ un quart des praticiens (Annexe IV. 7. Tableau 2). Née en 1874 dans le district de Peng 彭, elle a étudié la médecine 12 ans auprès d'un membre de sa famille (elle ne précise pas quel est leur lien de parenté) et déclare avoir exercé à son compte plus de 40 ans à Chengdu au moment où elle dépose sa demande de licence au début des années 1940[644]. Elle a au préalable obtenu un certificat de l'Institut de médecine nationale. Hormis son sexe, rien ne la distingue visiblement des hommes médecins nés dans les mêmes années. Difficile de penser qu'elle est la seule femme parmi les plus anciennes générations à pratiquer la médecine. Cependant, celles qui ont les connaissances et les relations pour obtenir l'appui de leurs

[642] ADS, 42-01-364, Affiche de l'Académie de médecine nationale, 1938.

[643] Ces résultats comme ceux qui suivent s'appuient sur l'analyse quantitative de deux populations distinctes : d'une part, la totalité des demandes d'enregistrement déposées par des praticiennes de la médecine chinoise (28) ; d'autre part, notre échantillon aléatoire de 300 dossiers de demande de licence déposés par des hommes, duquel nous avons retiré les demandes déposées par des femmes.

[644] APS, 113-02-0323, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Shiru 张世儒, non daté (1942). Comme dans beaucoup de formulaires remplis par des médecins assez âgés, celui-ci donne dans l'ensemble peu d'informations sur le parcours professionnel de cette praticienne.

homologues masculins, *a fortiori* d'une instance professionnelle comme l'Institut de médecine nationale, sont sans doute plutôt rares.

En l'absence de diplôme, l'obtention d'une reconnaissance institutionnelle de leurs compétences médicales repose en effet sur les examens organisés par les autorités locales, ou sur leur expérience pratique, éventuellement attestée par les pairs. Les sources dont nous disposons indiquent que les examens auxquels se soumettent les prétendants au titre de médecin requièrent une bonne connaissance des classiques et de la médecine interne, fondée sur les prescriptions pharmaceutiques. Cela exclut les praticiens versés dans d'autres techniques de soin, c'est-à-dire un nombre important de praticiennes. Une autre condition pour obtenir une licence est d'avoir exercé pendant au moins cinq ans. La reconnaissance de cette expérience nécessite de pouvoir fournir un certificat des autorités des autorités locales, selon le règlement de 1936. Mais la loi de 1943 ajoute à la condition des cinq années d'exercice le fait d'être « éminemment renommé » (*zhuozhu shengwang* 卓著聲望). Or, les praticiennes ont longtemps été mal considérées par l'élite lettrée. De plus, jusqu'au début du XXe siècle, les femmes chinoises « restent associées au domaine 'intérieur' de la famille et du foyer » et elles sont donc moins bien intégrées aux réseaux professionnels et cercles sociaux qui pourraient faciliter la validation de leur compétence médicale [645]. Ces multiples facteurs expliquent que la professionnalisation de la médecine chinoise, matérialisée par le système de licence, tend à exclure les praticiennes les plus âgées. Outre cet écart générationnel, les praticiennes qui demandent une licence se distinguent également de leurs homologues masculins par leur ancrage essentiellement urbain : plus des trois quarts d'entre elles sont établies à Chengdu ou à Chongqing, contre un peu plus de la moitié des hommes, alors qu'elles sont comme ces derniers majoritairement originaires des districts de la province. S'il n'est pas possible de conclure de ces données qu'il n'y aurait pas de praticiennes dans le reste du Sichuan, il semble que l'intégration des femmes dans les réseaux professionnels médicaux et l'obtention d'une licence sont plus aisées, et peut-être davantage nécessaires, dans les plus grandes villes.

La féminisation de la fonction de praticien de la médecine chinoise, si limitée soit-elle, découle donc surtout de l'accès des jeunes femmes citadines à une forme de reconnaissance sociale publique par leur travail. Aucun mode de transmission des savoirs médicaux ne se démarque comme particulièrement ouvert ou fermé aux femmes et, d'une manière générale, les

[645] HERSHATTER, Gail. *Women in China's Long Twentieth Century*. *Op. cit.* p. 51.

parcours de formation de ces dernières sont très proches de ceux des hommes. L'analyse des dossiers d'enregistrement ne révèle par exemple aucune corrélation entre l'enseignement scolaire de la médecine chinoise et le genre des praticiens[646]. Les établissements dont elles sont diplômées sont les mêmes que pour les hommes et elles y ont passé le même nombre d'années que ces derniers[647]. Au-delà du cas de l'académie de médecine nationale du Sichuan, il n'est donc pas rare pour des établissements d'enseignement de la médecine chinoise d'accueillir sur leurs bancs des femmes, même si ces dernières restent vraisemblablement peu nombreuses. L'apprentissage auprès d'un maître apparaît un peu moins souvent dans les dossiers des praticiennes, mais les effectifs dont nous disposons ne permettent pas de vérifier s'il s'agit d'une tendance fiable. Les informations fournies par les praticiennes ne nous renseignent que rarement sur le genre du parent ou du maître qui leur a enseigné la médecine. Une seule praticienne née en 1906 dans le Jiangsu précise avoir été formée à la médecine par son père[648]. Enfin, comme pour les médecins hommes, certaines femmes cumulent transmission personnelle du savoir médical et enseignement institutionnel, comme une praticienne (née en 1900) qui a appris cinq ans la médecine avec un maître, puis a fréquenté pendant trois ans l'école de He Longju, successivement dénommée école Renshu et école de médecine chinoise[649]. En somme, l'institutionnalisation de l'enseignement de la médecine chinoise n'a pas un poids déterminant, semble-t-il, dans l'ouverture de la profession aux femmes, qui apparaît surtout comme un phénomène générationnel.

[646] Les femmes sont dans l'ensemble plus souvent diplômées d'une école de médecine chinoise. Mais cette différence légère disparaît complètement dès lors qu'on exclut les médecins nés avant 1891, presque exclusivement des hommes et qui sont rarement passés par une école.

[647] Notons qu'une analyse approfondie des parcours d'étude féminins se heurte à la faiblesse des effectifs : seules neuf femmes demandant leur enregistrement disent avoir étudié dans une école. Leurs profils sont donc nécessairement moins divers et le nombre d'établissements fréquentés plus restreint que dans le cas des praticiens. Aucun ne semble manifestement surreprésenté et les durées d'études déclarées varient dans un intervalle similaire (entre une et quatre années).

[648] APS, 113-01-0719, Curriculum vitae pour demande de certificat : Mao Jialing 毛嘉伶, 1er août 1942.

[649] APS, 113-01-0361, Curriculum vitae pour demande de certificat : Chen Zhiping 陳治平, non daté (1942).

2) La médecine comme activité complémentaire

Malgré une formation similaire, si l'on observe l'ensemble du parcours des médecins, des différences entre hommes et femmes apparaissent de manière manifeste. Ces dernières apparaissent en effet moins professionnalisées : d'une part la médecine semble tenir une place moins centrale dans leur parcours scolaire et leur carrière, d'autre part elles sont moins bien intégrées aux institutions qui encadrent la profession. Tout d'abord, la médecine constitue pour certaines praticiennes une activité secondaire ou une nouvelle carrière, après avoir étudié ou travaillé dans un autre domaine. Les formulaires de demande de licence ne contiennent que peu d'informations sur ce qui n'a pas directement trait aux qualifications médicales du demandeur, mais ils suffisent à mettre en évidence certaines disparités liées au genre sur ce point. Ainsi, l'administration interroge généralement les médecins sur les études qu'ils ont pu suivre en dehors de l'apprentissage de la médecine. Dans la section dédiée à ce type d'informations, qui figure dans la plupart des formulaires, les praticiens, hommes comme femmes, expliquent où ils ont effectué leur cursus scolaire jusqu'à l'école secondaire (*zhongxue* 中學). En dehors de la scolarité générale, certains mentionnent aussi des formations qui les préparent à d'autres métiers que celui de médecin, ce qui est relativement fréquent pour les profils féminins (Annexe IV. 7. Tableau 3). Sur une vingtaine de femmes médecins ayant complété cette section du formulaire, six sont passées par une école normale (*shifan xuexiao* 師範學校), deux par une école spéciale de droit et d'administration (*fazheng zhuanmen xuexiao* 法政專門學校) et une dernière a étudié dans une école supérieure de commerce pour filles (*nüzi gaodeng shiye xuexiao* 女子高等實業學校). Ce type de parcours n'est pas entièrement spécifique aux femmes, certains hommes ayant eux aussi suivi un cursus dans une école normale, une école de droit et politique, de langues étrangères ou encore d'agriculture, mais ils sont proportionnellement beaucoup moins nombreux.

Trois femmes ont non seulement étudié dans d'autres domaines, mais déclarent également exercer (ou avoir exercé) des métiers sans rapport avec la médecine. Une certaine Qian Jun, née en 1909 dans le Zhejiang, vient tout juste de se reconvertir dans la médecine chinoise au moment de son enregistrement[650]. Elle déclare n'avoir jamais exercé d'une quelconque façon et avoir terminé sa formation à l'école de médecine dirigée par He Longju il

[650] APS, 113-01-0341, Curriculum vitae pour demande de certificat : Qian Jun 錢俊, 15 août 1938.

y a seulement quelques mois. Auparavant, elle a étudié dans une école de droit et d'administration. Elle a ensuite enseigné les langues étrangères dans une école primaire du Sichuan et été « surveillante d'étude » (*xuejian* 學監) dans une autre école de la province. Deux autres déclarent qu'au moment où elles déposent leur demande de licence elles occupent encore des fonctions sans lien avec la médecine, qu'elles pratiquent donc comme activité secondaire. Luo Yunshan, diplômée de l'école spéciale de droit et d'administration du Sichuan, est par exemple greffière à la haute cour de justice de la province[651]. Elle n'est pour autant pas totalement étrangère au champ médical : elle précise avoir été médecin (*yishi* 医士) dans une prison et avoir étudié dans une école de médecine chinoise de Chengdu pendant trois ans. Mais elle précise explicitement qu'elle n'a jamais exercé à son compte. Pour ces femmes, l'exercice de la médecine apparaît ainsi comme une occupation alternative, qu'elles poursuivent peut-être en parallèle de leur métier principal, voire une solution si leur emploi devenait incertain. Leur entrée dans la profession semble ainsi relativement tardive comme l'indiquent les quelques éléments chronologiques présents dans leurs déclarations ou encore le fait qu'elles n'ont pas été enregistrées par le passé, ni auprès d'une administration ni auprès d'une association ou d'une branche de l'Institut de médecine nationale.

Cette position périphérique au sein de la profession, même si elle ne concerne qu'un petit nombre d'individus, semble spécifique aux femmes. Bien que les hommes médecins soient bien plus nombreux, aucun ne présente une situation similaire à celles précédemment évoquées. Parmi les 300 médecins dont nous avons analysé le formulaire de demande de licence, beaucoup disent avoir enseigné la médecine, exercé des responsabilités dans une association ou une revue médicale, ou d'autres types d'activités qui ont généralement un lien manifeste avec le monde médical. Seuls quatre formulaires présentent des informations qui pourraient laisser penser qu'un praticien a pu avoir des activités n'ayant pas de rapport avec la médecine au cours de sa carrière. Ces cas sont particuliers et la nature exacte de l'emploi évoqué reste imprécise. Par exemple, l'un d'eux déclare avoir été « employé » (*keyuan* 科員) par le bureau de police de Yibin, un autre est également « employé » par la municipalité de Chengdu au moment où il demande son enregistrement. Il est néanmoins impossible de déterminer s'ils sont recrutés en

[651] APS, 113-01-0348, Curriculum vitae pour demande de certificat : Luo Yunshan 羅蘊山, décembre 1940.

raison de leurs qualifications médicales ou pour un au type de travail[652]. De la même manière, un praticien de Peng 彭 dit avoir appartenu à l'« équipe d'entraînement militaire » de cette localité, sans préciser si l'entraînement en question a une dimension médicale ou non[653]. D'autres éléments rendent les profils de ces quatre hommes très différents de ceux des trois femmes présentées plus haut. Ils ont tous été formés à l'art du soin pendant une dizaine d'années dans leur famille ou auprès d'un maître, contrairement aux trois praticiennes qui sont passées par une école de médecine où elles ont étudié trois à quatre années. À en croire leurs curriculum vitae, aucun des quatre hommes n'a étudié autre chose que la médecine, en dehors de son cursus scolaire normal. Enfin, ils se sont tous installés à leur compte, l'un d'eux depuis 20 ans au moment de demander sa licence, un autre depuis 16 ans, et deux d'entre eux ont déjà été enregistrés par le passé. En somme, même si ces praticiens ont exercé une activité sans lien avec la médecine au cours de leur vie, ce qui n'est pas certain, il ne s'agit que d'un élément marginal dans un curriculum vitae qui reste très similaire aux autres médecins. Avoir exercé un métier sans lien avec la médecine et *a fortiori* en faire mention dans son formulaire de demande de licence sont des pratiques peu courantes, apparemment réservées à quelques praticiennes.

Les praticiennes de la médecine chinoise sont par ailleurs peu intégrées dans les institutions qui structurent la vie de la profession médicale. Parmi les 28 demandeuses de licence étudiées, aucune ne déclare avoir occupé des fonctions dans une association de médecins, un organe de l'Institut de médecine nationale ou une autre forme d'organisation de représentation professionnelle. Elles ne disent pas non plus avoir exercé des responsabilités dans la publication de revues médicales. Enfin, aucune n'a enseigné dans une école de médecine chinoise[654]. L'analyse des dossiers d'enregistrement dessine ainsi une image de la profession médicale où les fonctions d'encadrement (représentation, enseignement, publication) sont occupées par des hommes seulement (Annexe VI. 7. Tableau 4). Notons que le fait que les femmes sont en moyenne plus jeunes ne saurait expliquer cette disparité, puisque cette

[652] APS, 113-01-038, Curriculum vitae pour demande de certificat : Chen Jianshuang 陳建雙, décembre 1941 ; APS, 113-01-0715, Curriculum vitae pour demande de certificat : Liu Deren 劉德仁, janvier 1942.

[653] APS, 113-01-1470, Curriculum vitae pour demande de certificat : Huang Changling 黃昌齡, non daté (1942).

[654] Il n'y a également aucune femme à la direction d'un établissement ou d'une équipe de soin en médecine chinoise, mais il est difficile de tirer des conclusions certaines de ce constat, étant donné le faible nombre d'établissements de ce type et ainsi que de praticiennes de la médecine chinoise.

différence persiste même lorsque l'on ne prend en compte que les médecins nés après 1890. De plus, comme nous l'avons montré, les femmes demandant une licence ont appris la médecine chinoise par les mêmes voies que leurs homologues masculins. Un jeune praticien né à Shanghai en 1911 déclare ainsi avoir étudié quatre années dans une école de médecine et pratiqué un an au moment de son enregistrement, mais sa courte expérience ne l'empêche pas d'être rédacteur au *Mensuel de médecine nationale de Chongqing* (*Chongqing guoyi yuekan* 重慶國醫月刊)[655]. En d'autres termes, des hommes qui débutent leur carrière se trouvent à des postes qu'aucune demandeuse de licence ne déclare avoir occupés même après plus de dix années d'expérience et bien qu'elles aient suivi le même type de formation médicale. L'absence des femmes peut alors résulter d'une moindre intégration dans certains réseaux professionnels, d'une réticence de leurs confrères à les placer à des postes de responsabilité, ou encore d'une forme d'autocensure des praticiennes elles-mêmes. Il s'agit sans doute de fonctions relativement prestigieuses, car les écoles de médecine, les associations de praticiens ou les publications sont les outils institutionnels privilégiés de la défense de la médecine chinoise et la légitimation de ses praticiens. Elles jouent un rôle de premier plan dans l'édiction de nouvelles normes, déterminant notamment les savoirs qui fondent la compétence des médecins, mais aussi dans la gestion des affaires internes de la profession. Rappelons par exemple que les associations de praticiens participent à l'élaboration des examens qui conditionnent l'obtention de la licence[656].

En somme, si les femmes peuvent obtenir le statut de « praticien de la médecine chinoise » (*zhong yishi* 中醫師) au même titre que les hommes et si elles sont bien présentes dans cette médecine chinoise officiellement reconnue par l'État, elles restent très peu nombreuses au milieu du XXe siècle à déposer une demande de licence. Leur profil est quelque peu différent de celui des hommes. La professionnalisation de la médecine chinoise semble entériner la marginalisation de certaines femmes, notamment les praticiennes plus âgées. D'autres, plus jeunes, effectuent des études similaires à celles de leurs homologues masculins, mais conservent une position périphérique : elles sont absentes des fonctions d'encadrement et

[655] APS, 113-01-0758, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhao Xueyuan 趙學淵, 18 août 1939.

[656] Sur les liens entre associations de médecins et examens, voir chapitre 3. B, sur le contenu des examens, voir chapitre 5. C.

ce sont les hommes qui tendent à monopoliser les assises institutionnelles de la profession. Pour certaines, la médecine n'est qu'une activité secondaire qu'elles pratiquent en plus de leur occupation principale. On peut ainsi supposer que même si la médecine chinoise tend à s'ouvrir aux praticiennes, elle reste moins attractive ou plus difficile d'accès que d'autres métiers, tels que l'enseignement.

B - Les praticiennes de la médecine occidentale

Dès le début du XXe siècle, les femmes occupent une place non négligeable dans la médecine occidentale, encore fortement attachée à la présence missionnaire. Les hôpitaux missionnaires ont recours à un personnel infirmier qui se compose en grande partie de femmes étrangères, les premiers infirmiers chinois étant quant à eux plus souvent des hommes. Mais surtout, une partie des médecins-missionnaires sont eux-mêmes des femmes, comme Ailie Gale, qui s'installe dès la fin des années 1900 dans la ville de Nanchang[657]. Alors que l'accès des femmes européennes et américaines au marché médical domestique reste difficile, la Chine ou encore l'Inde constituent des espaces qui ouvrent de nouvelles possibilités professionnelles[658]. Retta Giford, première femme médecin au Sichuan, joue un rôle important dans le développement de la *Woman's Missionary Society* dès son arrivée dans la province en 1893[659]. Diplômée du *Women's Medical College* de Toronto, elle fonde en 1896 un hôpital pour femmes et enfants à Chengdu et participe à l'organisation de la WCUU. L'hôpital qu'elle a fondé et qu'elle dirige jusqu'à sa retraite en 1932 devient, avec celui qu'a ouvert son mari Omar Kilborn (1867-1920), une institution essentielle pour l'entraînement clinique des étudiants de la faculté de médecine de l'université missionnaire. Elle n'est pas la seule femme parmi les médecins-missionnaires du Sichuan : la mission canadienne compte, en 1920,

[657] ZACCARINI, M. Cristina. « Modern Medicine in Twentieth-Century Jiangxi, Anhui, Fujian and Sichuan: Competition, Negotiation and Cooperation », *Social History of Medicine*. 13 décembre 2009, vol.23 n° 2. p. 338-355.

[658] FITZGERALD, Rosemary. « A "Peculiar and Exceptional Measure": the Call for Women Medical Missionaries for Indian in the Later Nineteenth Century » in Robert A. BICKERS et Rosemary E. SETON (dir.) *Missionary Encounters: Sources and Issues*. Londres : Curzon, 1996, p. 174-196.

[659] HENSMAN, Bertha. « The Kilborn Family: A Record of a Canadian Family's Service to Medical Work and education in China and Hong Kong », *Canadian Medical Association Journal*. 26 août 1967 n° 97. p. 471-483.

21 médecins, dont six femmes[660]. L'exemple de ces femmes exerçant la médecine a pu pousser certaines jeunes filles chinoises vers ce type de carrière, comme le suggère l'exemple de Shi Meiyu. Née dans une famille chrétienne de Jiujiang (province du Jiangxi), elle étudie dans une école missionnaire tenue par Gertrude Howe. C'est après avoir vu le dispensaire tenu par Kate Bushnell, une autre missionnaire, que le père de Shi Meiyu demande à Howe de donner à sa fille l'éducation nécessaire pour poursuivre une carrière médicale. Cette requête pousse Howe à ouvrir des cours d'anglais et de sciences auxquels assiste également sa fille adoptive Aide, connue plus tard sous le nom de Kang Cheng (ou Ida Kahn)[661].

Les missionnaires sont également les premiers à établir des établissements d'enseignement supérieur pour femmes. À Canton, Mary H. Fulton (1854-1927) fonde en 1899 le *Hackett Woman's Medical College*, le premier établissement formant des femmes chinoises à la médecine occidentale. Mais ce n'est que dans les années 1920, après le Mouvement du 4 mai, que les femmes font véritablement leur entrée dans les facultés de médecine du pays, notamment à Shanghai[662]. La première étudiante en médecine de la WCUU, Yue Yicheng, entre à la faculté en 1924 et obtient son diplôme en 1932, devenant ainsi la première femme médecin du Sichuan formée dans la province[663]. Parmi les membres de l'association d'alumni de cette faculté de médecine, elle est la seule femme à avoir été diplômée avant 1935. 27 autres femmes membres de l'association ont terminé leurs études entre 1935 et 1940 et 38 entre 1941 et 1945. Au total, un quart des diplômés de la faculté de médecine qui rejoignent le réseau des anciens étudiants entre 1935 et 1945 sont des femmes[664].

---

[660] *Our West China Mission*. *Op. cit.* p. 31.

[661] SHEMO, Connie Anne. *The Chinese Medical Ministries of Kang Cheng and Shi Meiyu, 1872-1937*. *Op. cit.* p. 29.

[662] XU, Silin 徐斯琳. *Minguo shiji Shanghai nüxiyi yanjiu*. *Op. cit.*

[663] APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour demande d'inscription Yue Yicheng 樂以成, 27 septembre 1942.

[664] WCUU, 11-279-4404, *Alumnis of the West China Union University*, novembre 1945. Il ne s'agit pas de la totalité des anciens étudiants de cette université qui ne rejoignent pas tous l'association des alumni.

1) Une féminisation rapide et récente

Dans les années 1940, la part de femmes dans la médecine occidentale est donc loin d'être négligeable. Sur 347 dossiers de demande de licence de praticiens de la médecine occidentale, 30 ont été déposés par des femmes. Ces dernières représentent environ un dixième des praticiens de la médecine occidentale, alors qu'elles apparaissent proportionnellement dix fois moins nombreuses dans la médecine chinoise (Annexe IV. 7. Tableau 1). La comparaison entre ces deux populations appelle néanmoins certaines précautions. Il est difficile de tirer des conclusions certaines quant à la proportion de femmes dans la médecine chinoise dans la mesure où, comme nous l'avons montré plus haut, le fait que certaines ne demandent pas de licence ne signifie certainement pas qu'elles n'exercent pas la médecine par ailleurs. De la même manière, nous ne disposons des demandes d'enregistrement des praticiens de la médecine occidentale qu'entre 1937 et 1947, et même sur cette période, il très probable que les archives à notre disposition présentent certaines lacunes. Malgré tout, les chiffres obtenus à partir de ces sources peuvent être mis en regard du nombre de femmes inscrites parmi les membres des associations de médecins enregistrées dans la province dans les années 1940[665]. Les 99 associations de praticiens de la médecine chinoise recensées totalisent plus de 14 000 membres, dont seulement une cinquantaine de femmes, soit trois pour mille. Bien que moins nombreuses, les 29 associations de praticiens de la médecine occidentale comptent près de 130 femmes parmi leurs quelques 1700 membres, soit une pour treize. Pour la médecine chinoise comme pour la médecine occidentale, la part de praticiennes parmi les adhérents aux associations professionnelles est sensiblement plus faible que parmi les demandeurs de licence. Pour les praticiennes de la médecine chinoise en particulier, l'adhésion à une association de médecins, théoriquement obligatoire à partir de 1943, peut constituer une barrière supplémentaire à leur intégration dans la profession. Ces chiffres confirment surtout que les femmes sont mieux intégrées dans le tissu professionnel de la médecine occidentale.

Les archives ne donnent qu'un ordre d'idée assez général quant à la part de femmes parmi les praticiens de la médecine chinoise ; on peut supputer qu'elle se trouve quelque part entre une pour cent et une pour mille. Les sources disponibles pour la médecine occidentale sont quant à elles plus nombreuses, puisque ce domaine a fait l'objet d'une attention soutenue de la

[665] APS, 118-02-3131, 3132 et 3135, *renmin tuanti zhucebu*. Sur les associations publiques de praticiens, voir Chapitre 3. B.

part des autorités dès le début du XXe siècle. Elles permettent de recouper différents décomptes et donnent donc une idée bien plus précise du degré de féminisation de la profession. De plus, le fait même que des documents ou productions statistiques s'attardent sur le genre des praticiens montre que les membres de l'administration sanitaire ont à l'esprit la présence des femmes dans la médecine occidentale. L'enquête sur les hôpitaux et cliniques menée en 1938-1939 par l'administration provinciale dans les districts précise en effet le genre des membres de leur personnel, ainsi que de leur directeur (Annexe II. 2). La majorité des établissements recensés ne comptent comme seul médecin que le directeur de l'établissement. Au total, l'enquête recense 288 médecins pour 219 établissements, répartis dans 41 districts[666]. Là encore, environ un dixième des praticiens de la médecine occidentale recensés au cours de cette enquête sont des femmes. Selon les sources employées pour quantifier la présence des femmes dans la profession au Sichuan pendant la période de guerre, on obtient donc des résultats qui varient entre environ une pour dix et une pour quinze praticiens. Par comparaison, le décompte officiel des médecins enregistrés à travers le pays entre 1929 et 1934 ne recensait que cinq femmes et 134 hommes dans cette province[667]. Le pays compte alors un total de près de 6500 médecins licenciés, dont environ 9 % sont des femmes. La province du Guangdong, dont la capitale accueille le *Hackett Women's Medical College*, a la population de médecin la plus féminisée, avec plus de 150 praticiennes pour un millier de médecins. Le Zhejiang et le Jiangsu, les deux autres provinces qui recensent plus de mille médecins comptent parmi eux respectivement 7 % et 9 % de femmes. La proportion de femmes médecins dans ces provinces est alors comparable à celle que l'on retrouve au même moment aux États-Unis (4,4 % des praticiens dans ce pays en 1930), y compris dans les plus grandes villes américaines : New York (5,5 %), Boston (8,7 %), Chicago (7,5 %) ou encore Los Angeles (9,5 %)[668].

Le nombre de praticiennes installées au Sichuan augmente rapidement à la fin des années 1930, plus vite que le nombre total de médecins. Au niveau national, les femmes médecins sont légèrement plus jeunes que leurs homologues masculins (Annexe IV. 7.

[666] APS, 113-01-0023 (3 districts), 113-01-0296 (15 districts), 113-01-0511 (64 districts), 113-01-1730 (11 districts).

[667] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G134-135.

[668] WALSH, Mary Roth. *« Doctors Wanted, No Women Need Apply »: Sexual Barriers in the Medical Profession, 1835-1975*. New Haven : Yale University Press, 1977. p. 185-186. Notons cependant que la comparaison ne tient qu'en valeurs relatives, en valeur absolue chacune des villes évoquées compte à elle seule plus de femmes médecins que la Chine entière.

Tableau 5). Cette tendance semble encore plus marquée au Sichuan pendant la guerre, surtout en raison de l'absence de femmes parmi les plus anciennes générations de médecins (Annexe IV. 7. Tableau 6). La date moyenne d'obtention du dernier diplôme pour les 30 praticiennes demandant leur enregistrement au Sichuan se situe autour de 1932, et même 1934 si l'on ne retient que celles qui sont nées au Sichuan, contre 1929 pour les hommes (qu'ils soient nés au Sichuan ou dans une autre province). Il y a donc un effet de rattrapage à la fin des années 1930 qui s'explique en partie par la présence croissante de femmes sur les bancs de la faculté de médecine de la WCUU, mais aussi à l'école spéciale de médecine du Sichuan, dont au moins cinq femmes sortent diplômées dans le courant des années 1930, selon les demandes de licence que nous avons pu consulter.

La période de guerre voit aussi un afflux vers le Sichuan de praticiens et de praticiennes depuis d'autres régions, ce qui contribue sans doute à rapprocher la part des femmes de la moyenne nationale. Au même moment, le déplacement des institutions d'enseignement de l'est du pays vers Chongqing ouvre de nouvelles possibilités pour les étudiantes sichuanaises[669]. Un tiers des demandeuses de licence sont nées hors du Sichuan ; elles viennent généralement des provinces occupées par le Japon, soit entièrement (Jiangsu, Zhejiang, Liaoning, Shandong, Anhui, Hebei), soit partiellement (Guangdong, Fujian). Lorsque les informations fournies dans leurs dossiers permettent de savoir quand elles sont arrivées au Sichuan, c'est bien la guerre qui semble avoir motivé leur déplacement. Certaines femmes nées au Sichuan sont quant à elles parties étudier la médecine hors de leur province d'origine, généralement à Shanghai, voire à l'étranger, et reviennent une fois leur diplôme obtenu ou au début du conflit. C'est le cas de Deng Xiaoli qui est diplômée de l'université Dongnan de Shanghai en 1935 et entre comme interne à l'hôpital de la Croix rouge de Shanghai[670]. Elle part en 1937 pour Chongqing où elle prend un poste à l'hôpital municipal.

[669] LI, Danke. *Echoes of Chongqing: Women in Wartime China*. Urbana : University of Illinois Press, 2010. p. 34.

[670] APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Deng Xiaoli 鄧曉麗, 6 mars 1943.

2) Des formations d'excellence

Dans son travail sur les sages-femmes, Tina Johnson note que « les femmes chinoises sont entrées dans le domaine médical, souvent en tant que techniciennes de base entraînées par les médecins-missionnaires […]. Ces femmes ont ouvert la voie pour les sages-femmes professionnelles qui leur succèderaient[671]. » Le métier de sage-femme ou celui d'infirmière apparaissent ainsi comme des voies privilégiées de la présence des femmes dans le champ de la médecine moderne en Chine. Au début du XXe siècle et surtout pendant la guerre, l'infirmière devient peu à peu une figure emblématique de l'émancipation des femmes chinoises dans une partie de l'imaginaire collectif[672]. La présence et l'acceptation des femmes dans les hôpitaux passent d'abord par l'accès à des voies moins qualifiées que celle de médecin. Pourtant, l'analyse des formulaires des dossiers de demande de licence indique que lorsqu'elles deviennent médecins, c'est au terme d'une formation tout aussi exigeante et prestigieuse que les hommes.

Les femmes médecins sont proportionnellement aussi nombreuses que les hommes à avoir étudié dans une université étrangère. Sur 34 femmes, deux ont étudié en Allemagne et une au Japon. Le fait de fréquenter une école dirigée par les missionnaires, où les filles semblent bien représentées en comparaison de la moyenne nationale, peut faciliter les mobilités à l'internationale, comme nous l'avons vu dans le cas de Shi Meiyu. L'une des femmes médecins du Sichuan, Liu Yunbo, offre un autre exemple de ce lien. Née dans le district de Suining 遂寧 en 1905, elle achève sa scolarité dans une école chrétienne de Shanghai. Vers 1920, elle part étudier la médecine en Allemagne, notamment à l'université de Iéna où elle obtient son doctorat en 1934[673]. Ces femmes médecins sont également issues des facultés de médecine du pays et il arrive, apparemment aussi souvent que pour les hommes, qu'elles aillent poursuivre leurs études médicales en dehors de leur province natale. Elles sont également présentes dans les écoles techniques, en particulier l'école spéciale de médecine du Sichuan.

---

[671] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. 80.

[672] JUDGE, Joan. *The Precious Raft of History: the past, the West, and the woman question in China*. Stanford : Stanford University Press, 2008. p. 65-66 ; BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 4.

[673] APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Liu Yunbo 劉雲波, 1942.

Selon leurs déclarations dans les curriculum vitae, les praticiennes ont même tendance à effectuer des études de médecine plus longues que les hommes : six années en moyenne contre cinq pour ces derniers (Annexe IV. 7. Tableau 7). Cependant, le genre du praticien ne semble avoir aucun lien avec le fait d'avoir réalisé des études particulièrement longues. L'écart dans la durée moyenne est surtout dû au fait que, contrairement aux hommes, les praticiennes ne sont jamais issues de formations courtes (trois années ou moins). Les hommes sont les seuls à avoir appris la médecine dans des établissements à caractère militaire, qui semblent proposer des cursus plus courts que d'autres types d'institution[674]. En d'autres termes, pour devenir médecins, les 30 femmes dont nous avons pu analyser le parcours ont toutes dû réaliser des études relativement longues, exigeantes et très certainement coûteuses, là où la voie des armes permet à certains hommes d'accéder plus rapidement au statut de médecin. Paradoxalement, bien que l'enseignement médical supérieur soit encore relativement difficile d'accès pour les femmes à la fin de la période républicaine, il leur semble toujours plus ouvert que les formations médicales militaires. C'est peut-être aussi ce qui explique que celles qui n'ont pas la possibilité, notamment les moyens financiers, de suivre des études longues, parfois loin de leur famille, entrent plutôt dans le domaine médical par le biais de métiers auxiliaires, comme celui d'infirmière ou de sage-femme.

L'enseignement de la médecine occidentale en Chine, comme le reste de l'enseignement supérieur, s'ouvre à un public féminin surtout à partir des années 1920-1930, mais celles qui en sortent ont un niveau de diplôme comparable, voire supérieur à celui des médecins hommes. De plus, même si la profession de praticien de la médecine occidentale ne compte encore qu'une minorité de femmes dans les années 1940, elle apparaît bien plus féminisée que celle de praticiens de la médecine chinoise, et même peut-être que d'autres « professions libérales » comme celle de journaliste ou d'avocat. 20 associations de journalistes et huit associations d'avocats sont enregistrées dans la province. Ces organisations professionnelles totalisent respectivement 900 et 240 membres, dont seulement 2 % sont des femmes, soit trois fois moins que dans les associations de praticiens de la médecine occidentale[675].

[674] Sur ces établissements d'enseignement militaire, voir Chapitre 4. A. 3.

[675] APS, 118-02-3131, 3132 et 3135, *renmin tuanti zhucebu*.

C - Une profession vertueuse

L'irruption des femmes dans la sphère publique suscite inquiétudes, critiques et débats autour de la place qu'elles peuvent occuper dans la société chinoise sans risquer de compromettre leur respectabilité ou celle de leur entourage. Face au comportement transgressif de certaines, les figures de femmes professeures (dans une école de filles) ou médecins (traitant des femmes) rassurent, dans la mesure où ces activités respectent le principe de ségrégation des sexes et sont censées préserver la moralité de celles qui les exercent[676]. La définition même de ce qui constitue une conduite morale pour une femme chinoise évolue profondément à partir du XIXe siècle. L'influence de modèles européens, tels que celui de Florence Nightingale, ouvre un nouvel espace d'expression à la vertu féminine, non plus exclusivement dirigée vers la sphère familiale, mais aussi vers la société. Zeng Yi, dans son *Essai sur l'éducation des femmes* (*Nüxue pian* 女學篇) publié en 1907, prône une forme d'éducation pratique « qui préparerait les femmes à élever leurs enfants, prendre soin des plus âgés et assurer l'hygiène domestique » dans le but ultime de renforcer la nation[677]. Dans le discours de Zeng Yi ou de Liang Qichao, comme d'autres auteurs et réformateurs qui se penchent sur la question de l'éducation féminine, l'activité domestique des femmes prend une dimension politique[678]. D'autre part, à mesure que de nouveaux métiers deviennent accessibles aux femmes, les rôles qui leur sont traditionnellement dévolus, comme le soin et l'éducation des enfants, peuvent désormais être exercés en dehors de la sphère privée. Comme le montre Hu Ying à travers la figure de Kang Cheng, la femme ayant reçu une éducation moderne, par exemple en ayant étudié la médecine occidentale, tend à remplacer, pour les réformistes, l'idéal de la « femme de talent » (*cainü* 才女) versée dans un raffinement littéraire et artistique désormais jugé inutile et désuet[679].

La vertu féminine est prise dans une tension permanente entre attachement à la sphère privée (ou méfiance à l'égard de l'espace public) et participation au renforcement de la nation.

---

[676] SHI, Xia. *At Home in the World: Women and Charity in Late Qing and Early Republican China*. New York : Columbia University Press, 2018. p. 4-5.

[677] JUDGE, Joan. *The Precious Raft of History*. *Op. cit.* p. 89-90.

[678] Sur ce sujet, voir également SCHNEIDER, Helen M. *Keeping the Nation's House : Domestic Management and the Making of Modern China*. Vancouver : University of British Columbia Press, 2011. 321 p.

[679] YING, Hu. « Naming the First Women », *Nan Nü*. janvier 2001, vol.3 n° 2. p. 196-231 ; JUDGE, Joan. *The Precious Raft of History*. *Op. cit.* p. 90.

On peut ainsi lire la place des femmes dans la médecine chinoise comme le résultat de ce mouvement contradictoire : leur accès au statut de médecin manifeste la possibilité d'obtenir une position publiquement reconnue, mais elles sont écartées des postes de représentation professionnelle. Il semble ainsi y avoir une limite au niveau de visibilité publique qu'une femme peut acquérir. Cette tension est peut-être plus manifeste encore dans le cas de la médecine occidentale. Bien que la présence des femmes dans la profession soit essentielle à la réalisation des projets du gouvernement en matière de santé publique, elles ont tendance à y occuper une position périphérique et leur activité reste fortement attachée aux rôles identifiés comme féminins. Cette tendance n'est pas spécifique à la Chine, au même moment en Europe les femmes médecins « occupent de préférence des disciplines en lien avec leur supposée « nature », au plus près des femmes, des mères et des enfants, comme gynécologue, pédiatres et au plus loin des difficiles spécialisations, exerçant comme généralistes, ou dans la dépendance salariée, comme médecin du travail ou des écoles »[680].

1) Un accès limité aux postes de responsabilité

Comme dans la médecine chinoise, les femmes qui s'engagent dans la médecine occidentale semblent rarement accéder aux fonctions les plus hautes, dans l'administration sanitaire ou les établissements de santé. Le cas de Chen Weixi offre même l'exemple, certes exceptionnel, mais néanmoins éclairant, d'une femme médecin prenant un poste inférieur à son niveau de qualification. Si l'on en croit son dossier de demande de licence, elle sort diplômée de l'école spéciale de médecine du Sichuan en 1934 à l'âge de 21 ans (elle est entrée dans cette école à 15 ans seulement) et exerce pendant un an l'obstétrique et la gynécologie à l'hôpital local du district de Chongqing 崇慶 [681]. L'année suivante, elle entre à l'hôpital de désintoxication du district de Neijiang 内江 en tant que médecin-assistant (*zhuli yishi* 助理醫師), avant de devenir sage-femme dans le centre de santé de Fushun 富順. Il est très surprenant de trouver à ce type de poste un individu non seulement diplômé d'une école de médecine, mais

[680] SCHWEITZER, Sylvie. « Du vent dans le ciel de plomb ? L'accès des femmes aux professions supérieures, XIXe–XXe siècles », *Sociologie du travail*. mai 2009, vol.51 nº 2. p. 183-198.

[681] APS, 113-01-2303, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Chen Weixi 陳薏茜, 15 avril 1942.

qui a par ailleurs déjà exercé dans un hôpital au titre de médecin. Lorsque d'autres praticiens évoquent avoir exercé à des postes auxiliaires, c'est plutôt au début de leur carrière et avant d'obtenir un diplôme leur permettant de prétendre au statut de médecin. Certes, Chen est particulièrement jeune lorsqu'elle commence à exercer, mais ce n'est pas la plus jeune diplômée de l'école. Un certain Zhang Yiwei sort de cette même institution alors qu'il a à peine 20 ans, après seulement trois années d'étude, et poursuit alors une carrière de médecin militaire (*junyi* 軍醫) à des postes qui semblent cohérents avec son niveau de formation[682]. Trois autres élèves de cette école, diplômés en 1933 et 1934, sont recrutés dans un hôpital de désintoxication ou un centre de santé, mais au poste de médecin, voire comme directeur de l'établissement.

Dans le Sichuan des années de guerre, alors que les femmes médecins sont aussi bien formées que les hommes, elles accèdent plus difficilement à des postes de responsabilité. Les dossiers de demande de licence montrent ainsi que les praticiennes occupent beaucoup plus rarement que leurs collègues masculins la fonction de directeur d'hôpital (Annexe IV. 7. Tableau 8). Jiang Liangying, née en 1909 dans le district de Mianyang, est la seule à avoir dirigé un établissement de santé[683]. Diplômée de la WCUU en 1938 au terme de neuf années d'études, elle exerce pendant quatre années comme obstétricienne dans les hôpitaux de l'université avant de prendre la tête du Deuxième centre de protection infantile ouvert à Chengdu par le Département de santé provincial, un établissement d'envergure limitée dont le personnel se compose essentiellement de sages-femmes[684]. Les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques de 1938-1939 mettent également en évidence l'existence d'un « plafond de verre » pour les femmes médecins (Annexe IV. 7. Tableau 9). Ces dernières représentent plus d'un tiers des praticiens employés dans les établissements de la province, mais moins d'un vingtième des directeurs. Cette sous-représentation des femmes aux postes de direction vaut aussi bien pour les plus petites structures, dont le directeur est aussi l'unique praticien, que pour les hôpitaux qui comptent plusieurs médecins. Dans ce dernier cas de figure, si une femme dirige l'établissement, le reste du personnel se compose exclusivement de femmes, à l'exception

[682] APS, 113-01-0329, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Yiwei 張儀威, 8 avril 1941.

[683] APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Jiang Liangying 蔣良英, août 1943.

[684] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête du Deuxième centre de protection infantile de Chengdu 成都第二保嬰所, 1944.

parfois d'un infirmier. Jamais une femme médecin ne dirige ses collègues masculins. La seule exception à cette règle est un hôpital de Yibin, sans doute affilié aux missionnaires catholiques, dirigé par une Française membre de la Croix rouge[685]. Le fait que les femmes sont moins souvent à la tête d'une clinique confirme une tendance qui transparaissait, mais de manière peu significative, dans l'analyse des dossiers d'enregistrement : elles s'installent moins souvent à leur compte que les hommes. En contraste du parcours de certains hommes médecins qui cumulent les postes de direction et de représentation, il semble beaucoup plus difficile pour les femmes d'exercer un rôle public. Ces éléments expliquent en partie qu'elles soient moins visibles dans d'autres sources : plus la documentation se limite à évoquer les figures les plus en vue, moins elle laisse de place aux praticiennes.

2) Obstétrique, gynécologie, pédiatrie

Bon nombre de praticiennes de la médecine occidentale tendent à se spécialiser au cours de leur carrière dans le traitement des femmes, et en particulier dans la médecine reproductive. Sous les Qing, et encore au début du XXe siècle, l'impératif de séparation des sexes place la médecine pour les femmes, et en particulier l'accouchement, presque exclusivement entre les mains de praticiennes[686]. Il existe certaines exceptions, comme le cas du Dr Viéron, médecin français stationné à Chongqing, qui déclare dans l'un de ses rapports au ministère des Affaires étrangères que sa patientèle se compose principalement de femmes[687]. Il insiste particulièrement sur cette situation, tout à fait particulière selon lui, qui témoigne de la bonne réputation et de la confiance dont il bénéficie auprès du public chinois. En effet, dans les postes médicaux français situés ailleurs en Chine, les médecins observent une certaine réticence des femmes à se rendre à leur consultation[688]. Cette tendance à une spécialisation des femmes dans certains domaines s'observe dans les hôpitaux missionnaires. En 1932, l'hôpital pour femmes de la WCUU emploie sept médecins, dont quatre femmes : trois dans le département de

[685] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital Gongxin 公信醫院, janvier 1938. Il s'agit par ailleurs de l'un des rares hôpitaux dont il n'est pas certain qu'il soit dirigé par un médecin.

[686] FURTH, Charlotte. « Concepts of Pregnancy, Childbirth, and Infancy in Ch'ing Dynasty China », *The Journal of Asian Studies*. 1987, vol.46 n° 1. p. 7-35.

[687] CADN, 513PO/A, n° 196, Rapport de Viéron, janvier 1928.

[688] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 175-180.

médecine interne et une obstétricienne, Gladys S. Cunningham, également en charge du soin des nouveau-nés. Parmi les trois hommes, deux sont chirurgiens et un gynécologue[689]. Ainsi, même lorsque la santé des femmes est placée entre des mains masculines, celle des parturientes et des nouveau-nés reste une affaire de femmes.

Les curriculum vitae pour demande de licence vont dans le même sens. En général, les hommes n'y précisent pas la spécialité qu'ils exercent lorsqu'ils sont recrutés comme médecin dans un établissement de santé, hormis pour certains chirurgiens. À l'inverse, lorsqu'elles détaillent les postes qu'elles ont occupés au cours de leur carrière, les femmes indiquent plus spécifiquement avoir pratiqué comme « médecin spécialisée en obstétrique et gynécologie » (*chanfuke yishi* 產婦科醫師), ce qui n'apparaît dans aucun des formulaires remplis par les hommes. Beaucoup de femmes consacrent une grande partie de leur carrière à la médecine reproductive, dans laquelle elles se spécialisent relativement tôt. Dans les années 1910, Zheng Qiyin part étudier à Tokyo, où elle se spécialise en obstétrique et gynécologie[690]. De retour dans son Zhejiang natal, elle devient, entre autres, directrice de l'école provinciale de sages-femmes et de l'hôpital qui lui est rattaché, puis cheffe du département d'obstétrique et gynécologie dans plusieurs hôpitaux du Fujian, du Guizhou et enfin du Sichuan. Le parcours de Zheng Qiyin illustre le fait que, lorsque des femmes médecins occupent des fonctions de responsabilité, elles sont presque toujours à la tête d'un service d'obstétrique ou bien d'un établissement spécialisé dans la médecine reproductive, comme Jiang Jiangying au centre de protection infantile de Chengdu. En somme, il semble que la médecine reste d'une manière générale un domaine masculin, en particulier la chirurgie, les femmes se concentrant surtout dans la médecine reproductive qui est en quelque sorte leur domaine réservé, le seul dans lequel elles accèdent régulièrement à des postes prestigieux.

Plus rarement, les praticiennes évoquent la pédiatrie, souvent pour les nourrissons (*xiaoerke* 小兒科), parmi les spécialités exercées au cours de leur carrière. Comme le montre l'exemple de Gladys Cunningham à l'hôpital pour femmes de la WCUU, le soin des jeunes enfants s'inscrit dans la continuité de la prise en charge de l'accouchement. Tian Yingzhao, diplômée du PUMC en 1925, exerce ainsi en obstétrique, en gynécologie et en pédiatrie dans

[689] WCUU, 11-279-4410, Report of the Chengdu Hospitals Board, 1932.

[690] APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Zheng Qiyin 鄭企因, mars1943.

plusieurs hôpitaux[691]. D'autres sont seulement spécialisées en pédiatrie, comme Zhang Jingfen 張靜芬 qui a étudié la pédiatrie à l'université impériale de Tokyo et exerce par la suite dans le département de pédiatrie d'un hôpital du Yunnan (sa province d'origine) et à l'hôpital provincial du Guangxi[692]. Cependant, contrairement à l'obstétrique, cette spécialité n'est pas exclusivement féminine et l'on en trouve la mention dans les formulaires de demande de licence de deux praticiens de la médecine occidentale, dont un diplômé de l'université Qilu qui consacre sa carrière à exercer et enseigner la pédiatrie[693]. Si les femmes chinoises sont de plus en plus nombreuses dans la profession de médecin à partir des années 1930, elles exercent de préférence dans des spécialités proches du rôle de mère qui leur est traditionnellement assigné.

Cette tendance n'empêche pas pour autant certaines praticiennes de se tourner vers d'autres domaines de la médecine, comme Deng Xiaoli qui se spécialise dans la radiographie (*guangke* 光科) et la médecine interne (*neike* 内科). Certaines s'engagent également dans l'effort de guerre face à l'offensive japonaise. Du Yungu, après avoir obtenu son diplôme de l'université Nanyang, à Shanghai, retourne exercer dans le nord du Sichuan, dont elle est originaire[694]. Elle est d'abord médecin scolaire dans une école pour filles où elle enseigne également la biologie, l'hygiène et les premiers secours, puis, pendant la guerre, elle enseigne dans la classe de premiers secours et de résistance du district de Nanchong (*Nanchongxian kangzhan jiuhuban* 南充縣抗戰救護班). Si les femmes sont visiblement exclues des formations médicales militaires, le cas de Guo Shiduan montre qu'elles peuvent tout de même avoir un poste dans les hôpitaux de l'armée, du moins pendant la guerre[695]. Diplômée au début du conflit à l'université Dongan, Guo Shiduan exerce d'abord dans l'hôpital de l'université, puis dans deux hôpitaux militaires, sans doute dans la province du Sichuan, où elle a le titre de médecin militaire (*junyi* 軍醫). L'analyse des demandes d'enregistrement met ainsi en évidence

[691] APS, 113-01-2304, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Tian Yingzhao 田景昭, 28 septembre 1942.

[692] APS, 113-01-2187, Suining yiyuan xianyou zhiyuan mingce 遂寧醫院現有職員名冊 (Liste du personnel de l'hôpital [du centre de santé] de Suining), août 1946.

[693] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Fan Peilu 樊培祿, 3 mars 1943.

[694] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Du Yungu 杜篔谷, 5 février 1941.

[695] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Guo Shiduan 郭史端, non daté (1941).

certaines dispositions largement partagées parmi les femmes médecins, sans négliger les trajectoires qui relèvent davantage de l'exception, mais qui montrent que la présence des femmes dans la médecine occidentale ne se limite pas à quelques spécialités féminines.

3) Des « personnes occupées »

Dans un texte paru au lendemain de la guerre, le poète et essayiste Zhu Ziqing fait l'éloge de Liu Yunbo qu'il a rencontrée au Sichuan pendant le conflit.

> Liu Yunbo est obstétricienne et gynécologue à Chengdu. Elle a pratiqué la médecine à Chengdu pendant plus de dix ans. Seule, elle a ouvert l'hôpital Hongji. Pendant la guerre, elle a aussi été directrice du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de l'académie militaire centrale à Chengdu et de celui de l'hôpital municipal de Chengdu. Après la victoire, l'hôpital de l'académie militaire a été démobilisé à Nanjing. Comme elle ne pouvait être dans deux endroits à la fois, elle n'a pas pu le suivre. L'année dernière [en 1947], elle a également pris les fonctions de directrice de l'école supérieure provinciale des professions médicales. Ayant écrit sa biographie j'ai vu que c'était une personne occupée[696].

Zhu Ziqing loue par la suite le sens du devoir, la dévotion de Liu Yunbo à l'égard des malades, tout comme sa générosité, notamment envers les pauvres « qu'elle dispensait souvent de payer les frais médicaux ». Le poète lui-même en a bénéficié, ses trois enfants ayant été soignés avec la plus grande attention par Liu Yunbo « à l'aide des médicaments les plus efficaces qu'elle avait pu conserver ». Sa vertu transparait non seulement lorsqu'elle traite ses patients avec un « cœur de mère tendre » (*cimu zhi xin* 慈母之心), mais aussi quand elle décide de mettre un terme à ses études et de rentrer en Chine, après la mort de ses parents, pour éduquer ses frères[697]. Zhu raconte encore qu'une fois ses frères adultes, Liu s'est alors occupé de leurs enfants. L'éloge de la femme médecin se mêle ainsi à celui de la mère, alors même que Liu Yunbo ne semble jamais avoir eu d'enfants : pour beaucoup de femmes chinoises, s'engager dans une carrière médicale implique de renoncer à fonder une famille[698]. Ce poème la montre

---

[696] LIN, Wenguang 林文光. *Zhu Ziqing sanwen ji* 朱自清散文集 (Collection de la prose de Zhu Ziqing). Nanjing : Nanjing chubanshe, 2018. p. 9-12.

[697] Cette affirmation de Zhu est peut-être exagérée, Liu Yunbo ayant déjà obtenu son doctorat de médecine lorsqu'elle rentre en Chine.

[698] HE, Xiaolian. « Shanghai's Female Doctors: A Discussion of the Gendered Politics of Modern Medical Professionalization » in David LUESINK, William H. SCHNEIDER et Daqing ZHANG (dir.) *China and the Globalization of Biomedicine*. Rochester : University of Rochester Press, 2019, p. 131-156.

à la fois en femme indépendante, qui se rend au milieu de la nuit à l'extérieur de la ville pour accoucher une patiente, au risque de tomber dans « un coup monté de kidnappeurs » (*piaofei de pianju* 票匪的騙局), tout en la faisant correspondre au modèle de vertu féminine, soulignant sa dévotion envers ses frères et sa famille.

Zhu Ziqing dresse un portrait de la praticienne au chevet de ses patientes et patients, mais il s'attarde moins sur les autres facettes de la carrière de Liu Yunbo. Les seules indications qu'il donne à ce propos se résument à la liste des positions qu'elle a occupées, mais elles ne donnent pas la pleine mesure du rôle joué par Liu Yunbo dans le renforcement des capacités médicales de la province. Il rappelle qu'elle a ouvert à Chengdu l'hôpital Hongji, spécialisé dans la gynécologie et l'obstétrique, mais n'évoque pas l'école de sages-femmes Hongci (*Hongci zhuchan xuexiao* 宏慈助產學校) qu'elle fonde dès son retour dans la capitale provinciale avec l'aide d'autres jeunes médecins et qui dispose de son propre hôpital. Les diplômées de cette école alimentent dans les années 1940 le personnel de l'hôpital Hongji, qui compte trois infirmières et une sage-femme, mais aussi les autres établissements de Chengdu ainsi que les centres de santé ouverts dans le reste de la province[699]. Liu Yunbo a donc déjà plusieurs années d'expérience dans la formation du personnel médical lorsqu'elle prend la direction de l'école supérieure provinciale des professions médicales. L'établissement est fondé en 1939 par Chen Zhiqian, son premier directeur, alors qu'il vient de prendre la tête du Département de santé provincial. Il vise à former les infirmières et sages-femmes qui pratiqueront dans les établissements publics nouvellement créés, notamment les centres de santé. L'école Hongci, fondée par Liu Yunbo, et l'école supérieure des professions médicales, dont elle prend la direction dans les années 1940, sont les deux premiers établissements de la province dédiés à la formation du personnel médical (infirmier ou sages-femmes) qui ne dépendent pas des missionnaires.

L'exemple de Liu Yunbo témoigne du rôle joué par les femmes médecins non seulement en tant que praticiennes, mais également comme professeures dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes, voire dans les facultés de médecine. Elles enseignent alors le plus souvent l'obstétrique et la gynécologie, comme à la WCUU à la fin des années 1940 où les trois professeures de ce département sont des femmes : la Canadienne Gladys S. Cunningham et

[699] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital Hongji 宏濟醫院, 1944.

deux Chinoises diplômées de la WCUU, Yoh Ih-chen (Yue Yichen) et Hsiung Bi-shuang. Au sein de la faculté de médecine de l'université missionnaire, seules deux autres femmes ont le titre de « professeur », Chang Fanghsiu, à la tête du département de soins infirmiers, et Chang Yu-tieh en biochimie[700]. L'enseignement dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes est sans doute moins prestigieux, mais tout aussi nécessaire au développement de la médecine occidentale et de la santé publique dans la province. D'une part, les nouveaux établissements tels que les centres de santé nécessitent un personnel médical relativement nombreux. D'autre part, la promotion de méthodes modernes pour l'accouchement et le soin porté aux nouveau-nés devient un élément essentiel de la stratégie de santé publique, en particulier pendant la guerre[701]. Le développement de l'obstétrique, la formation des sages-femmes à des gestes fondés sur la science, l'éducation des mères à l'hygiène sont autant d'éléments indispensables au renforcement de la nation chinoise, qui est de plus en plus définie en des termes biologiques[702]. Dès lors que l'obstétrique comme la formation des sages-femmes sont presque exclusivement du ressort des femmes médecins, ces dernières sont indispensables à ce grand projet national.

Bien sûr l'engagement des praticiennes pour former d'autres femmes aux techniques de soin occidentales n'est pas une spécificité du Sichuan des années de guerre. En 1929, Yang Chongrui 楊崇瑞 (1891-1983), diplômée du PUMC et de l'université John Hopkins fonde la Première école nationale de sages-femmes (*Guoli diyi zhuchan xuexiao* 國立第一助產學校) avec un financement conjoint du gouvernement chinois et de la fondation Rockefeller[703]. Elle est également membre de la commission centrale pour l'éducation des sages-femmes (*Zhongyang zhuchan jiaoyu weiyuanhui* 中央助產教育委員會, National Midwifery Board en anglais) établie en 1929 par le ministère de la Santé et celui de l'Éducation afin de fixer des standards d'enseignement communs à toute la profession. À ces postes, Yang Chongrui apporte une contribution essentielle pour faire des sages-femmes « une profession de haut niveau,

[700] WCUU, 11-279-4407, Staff list, 1949.

[701] BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 276-291

[702] JUDGE, Joan. *Republican Lens: Gender, Visuality, and Experience in the Early Chinese Periodical Press*. Oakland : University of California Press, 2015. p. 117-118.

[703] JOHNSON, Tina Phillips. « Yang Chongrui and the First National Midwifery School: Childbirth Reform in Early Twentieth-Century China », *Asian Medicine*. 2008, vol.4 nº 2. p. 280-302.

exercée par de jeunes femmes éduquées et tournées vers l'avenir »[704]. Mais au-delà de figures emblématiques comme Yang Chongrui et Liu Yunbo, beaucoup d'autres praticiennes, souvent restées anonymes, participent activement à modeler une profession de sage-femme moderne et adossée à une solide formation scientifique. Pendant la guerre, Yang œuvre surtout à l'aide aux orphelins, mais elle continue néanmoins de produire des matériaux d'enseignement pour sages-femmes[705]. Les dossiers de demande de licence du Sichuan rendent compte de ce mouvement sans doute généralisé à travers le pays, et qui est loin de se limiter à la Première école nationale de sages-femmes et à son personnel.

Un nombre conséquent de femmes exerçant la médecine occidentale au Sichuan pendant la guerre ont, à un moment de leur carrière, travaillé dans l'une des écoles de sages-femmes créées par différentes provinces au cours des années 1930 : Zheng Qiyin à l'école de sages-femmes de la province du Zhejiang, Li Shuyuan dans le Hebei, Zhang Fengtong dans le Jiangxi[706]. Selon le rapport d'activité de l'école supérieure provinciale des professions médicales pour l'année 1941, Zhang enseigne également l'obstétrique aux élèves sages-femmes de deuxième année, tandis que Jiang Liangying, celle-là même qui dirigeait le Deuxième centre de protection infantile de Chengdu assure les cours en troisième année[707]. Zhou Jixian, diplômée de l'université Dongnan de Shanghai, enseigne quant à elle la gynécologie et la pédiatrie ; elle est également employée comme technicienne (*jishi* 技士) par le Département de santé provincial[708]. Zhou, Jiang et Zhang assurent à elles trois la totalité des cours théoriques dispensés aux élèves sages-femmes, qui se spécialisent dans cette voie en deuxième et troisième année, après une première année de tronc commun où elles partagent les mêmes cours que les élèves infirmières. Wang Guoying 王國瑩, sage-femme en chef de l'école, a la charge des cours pratiques. Si ces femmes n'ont pas une position aussi visible que celle de Yang Chongrui dans

[704] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. xxxviii.

[705] BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 284.

[706] APS, 113-01-0331, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Li Shuyuan 李淑媛, 27 mars 1941 ; APS, 113-01-0327, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Zhang Fengtong 張鳳桐, 24 mai 1943.

[707] APS, 113-01-1215, *Chengdu gaoji yishi zhiye xuexiao geke jiaoyuan xingmingbiao*, 1941.

[708] APS, 113-01-2303, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Zhou Jixian 周齊賢, 12 février 1942.

les années 1930, leur travail constitue le ciment de la formation des futures sages-femmes de la province, dans une institution qui tient elle-même une place discrète, mais centrale dans la stratégie du Département de santé provincial.

La place des femmes dans la médecine occidentale à la fin de la période républicaine illustre l'articulation, parfois délicate, entre le rôle domestique et maternel qui leur est encore attribué, et l'impératif de renforcement et de défense de la nation. Leur genre semble écarter les praticiennes de certaines fonctions de direction et de représentation publique et les destiner de manière privilégiée à des spécialités « féminines » (obstétrique, gynécologie, voire pédiatrie). Au point que dans l'hommage de Zhu Ziqing, Liu Yunbo apparaît avant tout comme une praticienne dévouée, voire une « mère au grand cœur », et non comme la directrice ou professeure qu'elle a également été. Dans le même temps, la consolidation de la médecine reproductive gagne en importance aux yeux des décideurs en santé publique, en particulier pendant la guerre contre le Japon[709]. Le travail des femmes médecins, qui ont quasiment le monopole de la pratique de l'obstétrique et de la formation des sages-femmes, devient ainsi indispensable à l'avenir de la nation. D'autres femmes s'engagent également dans le traitement des blessés, comme Guo Shiduan dans les hôpitaux de l'armée. Néanmoins c'est bien le soin des patientes, des parturientes et des nouveau-nés qui reste l'activité médicale privilégiée, sans doute parce qu'elle permet aux praticiennes de répondre aux attentes sociales qui continuent d'entourer les comportements des femmes. Dans les hôpitaux, les écoles de sages-femmes, voire les facultés de médecine, ces praticiennes incarnent ainsi l'image d'une Chine saine et moderne, sans pour autant transgresser les attentes sociales en matière de vertu féminine.

Conclusion

L'accès des femmes à la profession de médecin (*yishi*) semble relativement récent, comme en témoigne le fait que les praticiennes demandant une licence sont en moyenne plus jeunes, dans la médecine chinoise comme occidentale. La féminisation s'explique donc en partie par des tendances qui traversent toute la société chinoise, avec tout de même des

[709] ZHOU, Chunyan 周春燕. *Nüti yu guozu : qiangguo qiangzhong yu jindai Zhongguo de funü weisheng* 女體與國族 : 強國強種與近代中國的婦女衛生, 1895-1949 (Le corps des femmes et la nation : renforcement de la nation, renforcement de la race et la santé des femmes dans la Chine moderne). Taipei : Guoli zhengzhi daxue lishi xuexi, 2010. 433 p.

différences marquées entre les deux médecines. Les femmes ont une place encore assez marginale dans la médecine chinoise au début des années 1940, alors que, dans la médecine occidentale, elles ont un rôle décisif dans le développement de certaines spécialités comme l'obstétrique et la gynécologie. Des disparités de genre existent également au sein des deux professions. Elles ne concernent toutefois pas la manière d'entrer dans le métier, les études réalisées par les femmes étant visiblement similaires à celles de leurs homologues masculins. Une seule exception ressort de l'analyse des dossiers d'enregistrement : les formations militaires dont les femmes sont exclues.

Les différences de genre apparaissent de manière bien plus manifeste une fois que les praticiennes et praticiens ont commencé à exercer, les premières étant sous-représentées dans aux postes de responsabilité et aux fonctions les plus en vue. Par certains aspects, le parcours professionnel de ces praticiennes se démarque de celui de leurs homologues masculins. Pour certaines exerçant la médecine chinoise, il s'agit d'une activité secondaire ou complémentaire, peut-être parce que l'exercice de la médecine chinoise est moins valorisé pour une femme que d'autres activités, comme l'enseignement. On peut également supposer que, pour certaines, la pratique de la médecine se situe entre une pratique amateur, destinée à leurs connaissances ou à leur entourage, et une pratique professionnelle, publiquement reconnue. Les praticiennes de la médecine occidentale sont quant à elles particulièrement présentes dans certaines spécialités féminines, en particulier l'obstétrique, qui est un domaine presque exclusivement féminin.

Chapitre 8 : Hôpitaux et cliniques

En 1936, le gouverneur de la province du Sichuan Liu Xiang s'inquiète dans une lettre adressée aux gouvernements districts de la fermeture simultanée des hôpitaux pendant la période estivale.

> La création d'hôpitaux était à l'origine destinée à faciliter la vie du peuple, et les médecins avaient pour mission de porter assistance au monde. En été, lorsque les épidémies se propagent facilement, partout les hôpitaux devraient augmenter leur charge de travail et renforcer leurs équipements afin de ne pas perdre cet objectif de secours sanitaire. Cependant, les hôpitaux des différentes villes et comtés de cette province sont souvent fermés pendant les mois d'été […] Afin de protéger la santé de la population, le gouvernement interdit la fermeture des hôpitaux chinois et occidentaux de la ville et du comté pendant les vacances d'été. Un médecin doit également rester prendre en charge le traitement [des malades] et [les médecins] ne peuvent pas tous quitter l'hôpital[710].

Cette préoccupation pour garantir l'accès aux hôpitaux tout au long de l'année, qui s'apparente en des termes contemporains à la problématique de continuité des soins, est la conséquence de deux processus conjoints. D'une part, il est désormais de la responsabilité de l'État et des gouvernements locaux de garantir l'accès de la population aux soins. Cette conception est largement partagée, y compris par un militariste comme Liu Xiang, l'homme fort du Sichuan à partir de 1935, date à laquelle il prend la tête du gouvernement provincial. D'autre part, l'offre de soins médicaux dépend de plus en plus d'établissements rassemblant une main-d'œuvre relativement nombreuse. Le contrôle que l'État chinois entend exercer sur la pratique de la médecine passe donc par la supervision des établissements de soins de grande et moyenne envergure. Dès 1929, le ministère de la Santé promulgue un Règlement sur les hôpitaux (*guanli yiyuan guize* 管理醫院規則) qui encadre leur fonctionnement[711]. Il donne à l'administration locale le pouvoir de les inspecter et de prendre les mesures nécessaires si l'établissement contrevient au règlement ou aux règles d'hygiène.

Si la fermeture des hôpitaux pendant l'été constitue un problème politique, c'est aussi en raison de l'essor qu'ils ont connu depuis la fondation des premiers établissements missionnaires de la province au début des années 1890. En l'espace de quatre décennies, ils sont devenus un élément essentiel du paysage médical, non seulement à Chengdu et Chongqing, mais également

[710] ADS, 42-10-522, Gouvernement du Sichuan au chef du district de Shuangliu, 21 juillet 1936.

[711] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G312-313

dans les districts. Cette évolution n'est pas seulement quantitative. L'hôpital était, dans les premières années du XXe siècle, une institution fondamentalement liée à la présence étrangère, à la médecine occidentale et souvent attachée au prosélytisme chrétien. Au cours de la période républicaine, le nombre d'hôpitaux fondés et dirigés par des Chinois augmente à mesure que de plus en plus de médecins sont formés à la médecine occidentale. Il s'agit d'établissements privés, mais aussi publics dès lors que les autorités locales cherchent à promouvoir l'accès de la population aux soins modernes. Quelques hôpitaux de médecine chinoise voient également le jour, mais ils restent relativement rares.

Le développement de ces établissements dédiés spécifiquement à la pratique médicale modifie profondément le cadre de la rencontre entre patients et soignants. Jusqu'au début du XXe siècle, il n'existe pas vraiment de lieu consacré au traitement des malades. Traditionnellement, la consultation se déroule au domicile du patient, du médecin, ou bien dans l'espace public de la rue ou du marché où exercent certains praticiens. Le traitement est généralement administré en privé, par le malade lui-même ou par ses proches, sans que le médecin soit nécessairement présent[712]. Dans la première moitié du XXe siècle, la rencontre médicale a désormais aussi lieu dans des hôpitaux ou des cliniques, notamment dans les établissements publics qui commencent à voir le jour, même si la consultation à domicile reste une pratique répandue[713]. Ce déplacement s'observe surtout dans les villes, grandes ou petites. Dans les campagnes, le déplacement de la rencontre médicale en dehors du domicile est d'autant plus lent que les établissements de santé sont peu nombreux, au moins jusque dans les années 1960[714]. L'hospitalisation du patient apparaît comme une pratique nouvelle. C'est la présence de lits permettant de garder le malade dans l'établissement qui distingue l'« hôpital » (*yiyuan* 醫院) de la clinique (*zhensuo* 診所). Cette dernière accueille seulement les patients le temps de la consultation, ou éventuellement pour de légères interventions. Ainsi, selon le

[712] GRANT, Joanna. *A Chinese Physician*. *Op. cit.* p. 73-85 ; FURTH, Charlotte. « Producing Medical Knowledge through Cases. History, Evidence, and Action » in Charlotte FURTH, Judith T. ZEITLIN et Bing Zhen XIONG (dir.) *Thinking with Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History*. Honolulu : Hawai'i University Press, 2007, p. 125-151.

[713] BAUM, Emily. « Medicine and Public Health in Twentieth-Century China: Histories of Modernization and Change », *History Compass*. juillet 2020, vol.18 nº 7.

[714] FANG, Xiaoping. « Barefoot Doctors and the Provision of Rural Health Care » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 267-282.

règlement de 1929 : « tout établissement dans lequel on installe des lits et qui reçoit des malades dans le but de les y traiter est considéré comme un hôpital »[715]. Dans les faits, ce partage sémantique n'est pas aussi net. L'hôpital est généralement un établissement de plus grande envergure qui comprend plusieurs lits, mais il arrive également que de petites structures sans possibilité d'hospitalisation prennent malgré tout le nom d'« hôpital ». De même, certaines cliniques comptent quelques lits pour l'accueil de patients.

Le développement de l'hôpital et de l'hospitalisation accompagne celui de la médecine occidentale, puis, dans un second temps, le progrès des mesures de santé publique. À partir de la fin du XIXe siècle, les hôpitaux missionnaires se multiplient en Chine et la manière dont ils sont conçus, construits et dont ils fonctionnent contribue pleinement à adapter la médecine occidentale au contexte chinois, comme l'a montré Michelle Renshaw[716]. Outil d'isolement pour certains malades[717], ou instrument essentiel de la médecine d'État, l'hôpital devient également un élément essentiel des politiques de santé publique menées notamment par le gouvernement de Nankin à partir de la fin des années 1920[718]. Comme souvent dans l'historiographie de la médecine en Chine moderne, nous connaissons surtout la situation des grandes villes, des plus grandes structures, notamment celles liées à des organisations étrangères ou à l'État chinois. Ces établissements sont les plus dotés en équipement et en personnel, précisément parce qu'ils reçoivent une attention particulière de la part des autorités et sont donc particulièrement visibles dans les sources. Il est beaucoup plus difficile de documenter l'existence de la myriade de petites structures fondées par des particuliers ou parfois par les autorités locales.

Ces établissements ont néanmoins laissé une trace dans les archives du Sichuan. À partir de 1938, alors que le gouvernement nationaliste se prépare à continuer la guerre depuis Chongqing, l'administration provinciale lance plusieurs « enquêtes sur les hôpitaux et cliniques » (*yiyuan zhensuo diaocha* 醫院診所調查). Elle demande aux autorités locales de recenser les institutions de soins locales, y compris celles d'envergure modeste, certaines étant

[715] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G312-313.

[716] RENSHAW, Michelle. *Accommodating the Chinese*. *Op. cit.*

[717] BENEDICT, Carol. *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China*. Stanford : Stanford University Press, 1996. 256 p. ; LEUNG, Angela Ki Che. *Leprosy in China*. *Op. cit.* p. 4.

[718] ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity*. *Op. cit.* p. 235 ; YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 5.

bien plus proches du cabinet médical que de l'hôpital. Les informations collectées reposent sur la déclaration du directeur de chaque établissement (Annexe II. 2). Elles sont donc potentiellement orientées pour répondre aux attentes des autorités, bien que ces enquêtes ne procèdent pas directement d'une volonté d'inspecter les établissements de la province, mais simplement d'en dresser un inventaire relativement détaillé. Ces sources offrent un aperçu plus complet du paysage médical, donnant à voir les grandes structures, mais aussi celles de taille limitée, comme les cliniques et petits hôpitaux. Ces établissements ont un rôle clef dans l'enracinement de nouvelles pratiques médicales et dans la professionnalisation de la médecine. Sans réunir l'ensemble des conditions d'exercice des hôpitaux les plus modernes, ils contribuent à inscrire la rencontre médicale dans un espace spécialisé, placé sous l'autorité du médecin.

A - L'essor des établissements de soins

À partir du milieu du XIXe siècle, les médecins étrangers, notamment ceux affiliés aux sociétés missionnaires protestantes, importent l'hôpital en Chine. Dans les premières décennies du XXe siècle, les établissements missionnaires restent les plus importants et les mieux dotés, mais ils sont concurrencés par de nouvelles institutions chinoises dont le développement s'accélère significativement dans la période nationaliste. Michelle Renshaw souligne en outre la diversité de ces hôpitaux et des acteurs qui président à leur création ou leur fonctionnement : missionnaires, gouvernement central, mais aussi gouvernements locaux, compagnies de chemins de fer, universités ou particuliers[719]. Les organisations étrangères et l'État chinois semblent avoir le premier rôle dans cette histoire : ils se partagent les plus grandes structures de soins du pays et apparaissent ainsi comme les éléments moteurs du développement de la médecine hospitalière.

Cette dynamique s'observe également au Sichuan où, à partir de 1938, la multiplication des hôpitaux est portée en partie par les efforts déployés par le gouvernement central et provincial, ainsi que par les autorités locales (villes, districts), en matière de santé publique. Mais ce sont avant tout les acteurs privés qui contribuent à renforcer l'offre de soins institutionnelle. Il s'agit pour l'essentiel de médecins qui ouvrent leur propre clinique ou petit

[719] RENSHAW, Michelle. « The Evolution of the Hospital in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

hôpital, comme le montre la première enquête menée en 1938-1939 dans les districts, hors Chengdu et Chongqing. Elle fournit des informations assez détaillées sur les établissements recensés (financement, tarifs, patientèle, personnel et équipement) et concerne au moins 83 districts (sur les quelques 140 que compte la province), dont un peu moins de la moitié déclarent avoir au moins un établissement de soins[720]. Chengdu fait l'objet d'une enquête en 1944, cette dernière comprenant surtout des informations sur le personnel des établissements[721]. Nous n'avons identifié aucune enquête portant sur Chongqing dans les archives provinciales, ce qui peut s'expliquer par son statut particulier de siège du gouvernement central. Ces documents, en particulier l'enquête menée dans les districts, rendent ainsi compte du maillage médical de la province, une question relativement peu abordée dans l'historiographie, qui se place souvent à l'échelle d'une institution spécifique ou d'une ville.

1) Les hôpitaux et cliniques privés

Les premiers hôpitaux fondés dans la province par les missionnaires protestants représentent à la fin des années 1930 une petite minorité des structures de soins de la province. À Chengdu et dans les districts, les établissements affiliés aux organisations missionnaires ne comptent que pour un vingtième des structures recensées par les enquêtes. Cependant, si l'on ne considère que les hôpitaux avec des lits, ce rapport passe à un tiers dans la capitale du Sichuan, et un cinquième dans le reste de la province. Malgré leur petit nombre, le poids des hôpitaux missionnaires dans l'offre de soins reste considérable : sur 1200 lits d'hospitalisation recensés dans les districts en 1938-1939, un peu moins de la moitié dépend des missionnaires. Leurs établissements sont généralement les plus grandes structures de soins dans les localités où ils sont implantés. À Xuanhan 宣漢 (440 000 habitants), dans le sud-est de la province, où 30 établissements sont recensés, l'hôpital de l'Église méthodiste canadienne se démarque avec

[720] APS, 113-01-0023 (3 districts), 113-01-0296 (15 districts), 113-01-0511 (64 districts), 113-01-1730 (11 districts). Deux districts, Huayang 華陽 et Shuangliu 雙流, comptent bien des établissements de soins, mais n'en déclarent aucun. En effet, les hôpitaux ou cliniques qui sont implantés dans ces deux localités se situent sur la zone relevant de la municipalité de Chengdu, qui s'étend sur une partie des deux districts. Par ailleurs, ces enquêtes sont sans doute moins fiables concernant les petits établissements, dans la mesure où certains districts ne semblent recenser que ceux qui peuvent hospitaliser des patients.

[721] APS, 113-01-0730.

un personnel et une capacité d'accueil largement supérieurs à ses concurrents[722]. Ainsi, ces institutions missionnaires occupent toujours une place importante dans le paysage médical, même si elles sont progressivement concurrencées par les hôpitaux et cliniques chinois.

Une offre de soins privée chinoise se développe en effet dans la province dès le début du xxe siècle et sa croissance s'accélère dans les années 1930. Qu'il s'agisse d'hôpitaux (avec des lits) ou de cliniques (sans possibilité d'hospitalisation), la grande majorité des établissements recensés dans les districts ont été fondés pendant cette décennie (Annexe IV. 8). Notons que n'apparaissent pas dans cet inventaire les structures qui ont fermé leurs portes avant le début des enquêtes, aussi leur essor pourrait être plus précoce que ne le donnent à voir ces archives. Cette tendance générale est néanmoins corroborée par divers témoignages, comme celui d'un médecin français stationné à Chongqing qui s'agace des nouveaux concurrents chinois :

> Je n'ose citer un chiffre, ceux qu'on m'a donnés varient beaucoup, mais il semble acquis que leur nombre dépasse 200 enregistrés à la police. Ils ont fondé des cliniques, des hôpitaux, des cabinets de consultation et attirent le monde par une réclame assez tapageuse. Certains ne valent pas cher, mais il faut reconnaître que les fantaisies d'autrefois se raréfient et que beaucoup de ces messieurs savent leur métier[723].

L'âpreté qui transparaît dans ses propos s'explique sans doute par la situation de plus en plus marginale dans laquelle se situe le médecin militaire, posté dans la ville sur ordre du ministère des Affaires étrangères afin d'y faire rayonner le talent médical français. Comme il le reconnaît lui-même, il est de plus en plus difficile pour les médecins étrangers de se distinguer des praticiens chinois de plus en plus nombreux et de mieux en mieux formés.

Ainsi, à partir des informations fournies par les enquêtes, nous avons pu estimer le nombre de structures privées chinoises à 200, soit neuf établissements recensés sur dix, dont l'envergure varie du petit cabinet médical à l'hôpital de plusieurs dizaines de lits. Près des trois quarts sont des cliniques, parfois nommées « société médicale » (*yishe* 醫社), tenues par un ou plusieurs médecins éventuellement aidés d'un infirmier, sans lits d'hospitalisation. Parmi le quart restant, on trouve des établissements de toutes les tailles, comprenant entre un et 40 lits. L'hôpital Tongji du district de Rong 榮 atteint une capacité exceptionnelle de plus de 80 lits, ce qui en fait la deuxième plus grande structure recensée dans les districts en termes de capacité d'hospitalisation, derrière l'hôpital de l'Église méthodiste canadienne située dans le district de

[722] APS, 113-01-0296, Fiche d'enquête de l'hôpital Renji 仁濟醫院, 1939.

[723] CADN, 513PO/A/196. Rapport du Dr. Viéron. 20 juillet 1934.

Mianzhu 綿竹 (plus d'une centaine de lits)[724]. À Chengdu, la pratique médicale privée est surtout composée de petites institutions : beaucoup de cliniques et une poignée d'hôpitaux de taille moyenne (entre dix et 50 lits). Pour les cliniques qui n'ont que quelques lits, ces derniers sont sans doute destinés à accueillir des patients quelques heures pendant la journée et non à une véritable hospitalisation. Si l'on en croit les deux séries d'enquêtes menées en 1938-1939 et en 1944, la province compte autour de 2000 lits d'hôpitaux pour presque 400 établissements (hors Chongqing).

Y travaillent au total 650 médecins dont les enquêtes n'indiquent pas explicitement s'il s'agit de praticiens de la médecine chinoise ou occidentale. Elles comportent néanmoins un résumé du parcours du directeur de chaque structure et, pour l'enquête de 1944 sur Chengdu, de ses différents employés, ce qui permet souvent, mais pas systématiquement, de déterminer quelle médecine ils pratiquent. Les praticiens de la médecine occidentale apparaissent ainsi majoritaires dans les établissements de la province et constituent même la totalité du personnel médecin exerçant dans ceux qui ont des lits. La présence de praticiens de la médecine chinoise se limite ainsi à des cliniques sans capacité d'hospitalisation. Certains de ces établissements rassemblent plusieurs praticiens, comme l'hôpital commun de Dayi 大邑, fondé en 1938 où travaillent quatre médecins, et qui malgré son nom d'« hôpital » ne déclare aucun lit[725]. On trouve également des cliniques d'acupuncture et de moxibustion à Hechuan 合川, Da 達 ainsi qu'à Chengdu[726]. La pratique médicale institutionnelle n'est donc pas l'apanage de la médecine occidentale, quand bien même les cliniques de médecine chinoise semblent peu nombreuses au regard du nombre de ses praticiens dans la province.

[724] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital Tongji 同濟醫院, 1938. Cet hôpital n'a visiblement aucun lien avec l'université Tongji, bien qu'il porte le même nom. APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital Renze 仁澤醫院, 8 janvier 1938.

[725] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital commun 普通醫院, 1938.

[726] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital d'acupuncture et de moxibustion de Hechuan 合川針灸醫院, janvier 1938 ; 113-01-0296, Fiche d'enquête de la société d'acupunture et de moxibustion du district de Da 達縣古法針灸醫社, 31 janvier 1938. Plusieurs praticiens de la médecine chinoise déclarent avoir étudié à l'hôpital d'acupuncture Tongshang 同善針灸醫院 à Chengdu dans les années 1930 ; APS, 113-01-0356, Curriculum vitae pour demande de certificat : Zhang Zhihe 張致和, 1938 ; 113-01-0345, Curriculum vitae pour demande de certificat : Liu Junzhang 劉俊章, 1941.

Ce sont principalement ces hôpitaux et cliniques privés qui assurent dans les années 1930 le maillage médical de la province. Ils se répartissent essentiellement dans le cœur densément peuplé de la province, autour du quadrilatère Chongqing, Yibin 宜賓, Chengdu, Nanchong (Annexe I. 6). Dans cette zone, il est fréquent que le chef-lieu du district dispose d'au moins d'un établissement de soins et souvent de quelques lits, et parfois de véritables hôpitaux, même si d'une manière générale les moyens médicaux restent faibles en comparaison de la population de chaque localité. Ils sont en revanche quasiment inexistants dans les périphéries, en particulier dans l'ouest du Sichuan faiblement peuplé. Il y a par ailleurs une forme de complémentarité géographique entre hôpitaux privés et publics, qui ne sont jamais en concurrence dans la même localité[727]. Si Chengdu, capitale provinciale, et Chongqing, siège du gouvernement national, sont particulièrement riches en structures de santé, ces dernières sont également disséminées dans le centre de gravité démographique de la province.

L'institutionnalisation de la médecine s'étend ainsi à partir des années 1930 dans les plus grandes villes et dans les districts. L'hospitalisation progresse lentement dans certaines villes moyennes et la pratique de l'examen dans la clinique ou au cabinet du médecin prend peu à peu le pas sur la consultation à domicile. Un praticien de la médecine chinoise qui tient un cabinet à Yibin y fait par exemple visiblement toutes ses consultations[728]. Dans beaucoup d'établissements, il est néanmoins possible d'obtenir qu'un médecin se déplace chez le malade. Cette pratique concerne aussi les hôpitaux d'une certaine envergure : dans le district de Rong, l'hôpital Tongji effectue chaque mois environ 400 consultations extérieures, contre environ 1000 dans l'enceinte de l'établissement. Mais cette permanence de la pratique médicale à domicile n'est pas une spécificité chinoise. En France, elle apparaît longtemps préférable à l'hospitalisation et elle s'observe également aux États-Unis où, encore au début du XXe siècle, certains chirurgiens opèrent chez leur patient[729].

[727] Le district de Hechuan 合川 est le seul à comporter à la fois des lits dans un hôpital public et un unique lit dans une clinique privée, la concurrence y reste donc limitée.

[728] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de la clinique Shoushi 壽世診所, 7 janvier 1938.

[729] ROSEN, George et ROSENBERG, Charles E. *The Structure of American Medical Practice, 1875-1941*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 2016. p. 23 ; BARILLE, Claire. « Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIXe siècle », *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2011, vol.4 nº 1. p. 77-99 ; FAURE, Olivier. « Naissance et premiers développements des cliniques et hôpitaux privés en France (XIXe-début XXe siècle) » in Élisabeth BELMAS et Serenella NONNIS-

2) Les établissements de soins publics

À mesure que la santé de la population devient une préoccupation du gouvernement national et des autorités locales, l'hôpital apparaît comme un outil essentiel pour améliorer la santé de la population. Dans les années 1930-1940, outre les hôpitaux missionnaires, les plus grands établissements de la province sont généralement des hôpitaux publics. Comme les structures privées, ils se concentrent particulièrement dans les plus grandes villes. À Chengdu, des structures de soins publiques existent bien depuis le début du XXe siècle, même si les hôpitaux recensés par l'enquête de 1944 sont tous des créations récentes. En effet, si dans les années 1900 le bureau de police de la ville de Chengdu crée plusieurs institutions afin de prendre en charge certaines populations marginales, ces structures ne semblent pas avoir survécu à la révolution de 1911[730]. De la même manière, les établissements fondés au début des années 1930 par la ville de Chengdu ont visiblement tous disparu, à l'exception de la Maison de soins psychiatriques (*shili jingsheng zhenliao yangyuan* 市立精神病療養院)[731]. Chen Zhiqian affirme ainsi qu'au moment de son arrivée à Chengdu, en 1939, « il n'existe aucun hôpital gouvernemental »[732].

La majeure partie des établissements de santé de Chengdu recensés pendant la guerre ont été créés après 1938, résultant d'une part de l'afflux de moyens médicaux vers la province suite à l'invasion japonaise, d'autre part de l'effort réalisé par les autorités locales en matière de santé. L'une des plus grandes structures médicales de Chengdu, l'hôpital public (*gongli yiyuan* 公立醫院), illustre ces deux tendances. Il est fondé conjointement en 1941 par le gouvernement provincial et par la faculté de médecine de l'université centrale (*zhongyang daxue* 中央大學),

---

VIGILANTE (dir.) *La santé des populations civiles et militaires*. Lille : Presses universitaires du Septentrion, 2010, p. 261-275.

[730] STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu: Chinese Urban Reform, 1895-1937*. Cambridge : Harvard University Press, 2000. p. 126 ; *Chengdu shizhi : weisheng zhi* 成都市志 : 卫生志 *(Monographie de la ville de Chengdu : Santé).* Beijing : Fangzhi chubanshe, 1997. p. 202.

[731] Plusieurs établissements sont mentionnés dans « Qingmo ji minguo shiqi Chengdu de xiyi gaikuang » 清末及民国时期成都的西医概况 (Aperçu de la médecine occidentale à Chengdu à la fin de la période Qing et pendant la période républicaine) in *Sichuan weisheng shiliao* 四川卫生史料 (Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan). Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1986, vol.10, p. 20-22. Nous avons identifié l'un d'eux, l'hôpital municipal de Chengdu (*Chengdu shimin yiyuan* 成都市民醫院), dans le dossier d'enregistrement d'un médecin qui dit y avoir exercé dans les années 1930.

[732] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 110.

qui a été déplacée dans la capitale du Sichuan. L'enquête de 1944 ne donne pas d'information précise sur le nombre de lits ou de patients accueillis, mais dresse une liste impressionnante de son impressionnant personnel. L'hôpital compte une soixantaine de médecins et près de 40 infirmiers répartis dans dix services : médecine interne, pédiatrie, neurologie (*shenjing ke* 神經科), dermatologie, examens cliniques (*linzhen jianyan ke* 臨診檢驗科), chirurgie, obstétrique, radiologie, ophtalmologie et otorhinolaryngologie (*er bi hou ke* 耳鼻喉科). Par comparaison, l'hôpital de l'université Qilu compte une trentaine de médecins, l'hôpital pour homme de la WCUU un peu plus de 15.

La capitale provinciale accueille non seulement des établissements généralistes, tels que l'hôpital public ou l'hôpital municipal (*shili yiyuan* 市立醫院), ouvert en 1942, mais également des structures spécialisées dans la prise en charge des maladies infectieuses et la santé reproductive. En 1940, le Département de santé de la province du Sichuan crée un hôpital provincial des maladies contagieuses (*shengli chuanran bingyuan* 省立傳染病院) qui compte en 1944 une quarantaine de lits et un personnel d'environ 20 personnes, dont six médecins[733]. Dans les années qui suivent, un centre provincial de santé maternelle et infantile (*shengli fuyin baojian yiyuan* 省立婦嬰保健院) et plusieurs centres de protections infantiles (*baoyin shiwusuo* 保嬰事務所) ouvrent leurs portes afin de promouvoir des techniques d'accouchement modernes et hygiéniques. Le premier dispose d'une soixantaine de lits, les seconds d'une vingtaine, leur personnel se composant de surtout de sages-femmes placées sous la supervision d'un ou plusieurs médecins[734]. À Chongqing, le Département de santé publique municipale crée dès le début de la guerre un hôpital pour les maladies infectieuses et plusieurs cliniques de santé maternelle et infantile, parmi de nombreuses autres institutions. Dans ces deux métropoles, les administrations sanitaires locales qui ont vu le jour au début de la guerre (Département de santé provincial pour Chengdu, municipal pour Chongqing) jouent un rôle majeur dans la création de nouvelles institutions médicales et sont désormais en mesure de peser sur l'orientation de l'offre médicale[735]. Les données fournies par l'enquête de 1944 attestent de la poussée de la médecine

[733] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital provincial des maladies contagieuses, 7 août 1944.

[734]APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête du centre provincial de santé maternelle et infantile, 21 août 1944 ; Fiches d'enquête du premier et du Deuxième centre de protection infantile, août 1944.

[735] BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 84.

d'État à Chengdu. À cette date, plus d'un quart des 800 lits recensés dans la ville sont dans des établissements publics.

Les déclarations des médecins demandant une licence permettent également d'identifier plusieurs établissements publics de désintoxication à l'opium à Chengdu et dans plusieurs districts. Ces derniers sont parfois qualifiés d'« hôpitaux de désintoxication » (*jieyan yiyan* 戒煙醫院), parfois de « centres de désintoxication » (*jieyansuo* 戒煙所). Bien que certains médecins disent y avoir pratiqué vers la fin des années 1930, les institutions de ce type ne sont jamais mentionnées dans les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques[736]. Bien que ces établissements, contrairement à ceux recensés dans les enquêtes, s'adressent seulement à un public très spécifique, ils constituent une première forme de maillage sanitaire, quoique spécialisé, du territoire provincial.

Le développement d'institutions publiques d'envergure ne se limite donc pas aux deux métropoles puisque, dès les années 1930, certains districts du Sichuan ouvrent un hôpital ou une clinique publique. En 1929, un document élaboré par le ministère de la Santé et transmis dans les provinces et districts demande à chaque localité d'organiser des établissements de soins[737]. Au Sichuan, seul un petit nombre de districts s'exécute, comme celui de Fushun 富顺 (environ un million d'habitants[738]) qui décide en 1933 de créer un dispensaire, sur ordre du gouvernement national[739]. Il ressort de l'enquête de 1938-1939 que six districts au moins ont fondé un établissement de santé. Parfois, les autorités locales peuvent compter sur le soutien financier de la notabilité du district (*tushen* 土紳) qui s'inscrit dans une pratique ancienne de

[736] Un praticien de la médecine occidentale du district de Jiangjin 江津 affirme par exemple avoir travaillé comme médecin en chef dans l'hôpital de désintoxication de Chongqing et du district de Ba janvier 1937 et janvier 1939, mais aucun établissement de cette sorte ne figure parmi les 16 recensés dans le district. APS, 113-01-2303, Curriculum vitae pour demande d'inscription : Wu Zuojie 邬作楷, 30 novembre 1942.

[737] SDA, 42-10-672, *Difang weisheng xingzheng chuqi shishi fang'an*, janvier 1929. Cette demande est appuyée en 1930 par le gouvernement du Sichuan qui écrit aux chefs de districts pour les inciter à créer des hôpitaux publics.

[738] LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence*. *Op. cit.* p. 60-61.

[739] SPA, 113-01-0511, Fiche d'enquête du dispensaire 施醫所 [de Fushun], janvier 1938.

gouvernement : de longue date, les magistrats mènent certaines actions charitables, comme le secours en temps de famine, en concertation avec les membres de l'élite locale[740].

L'envergure de ces établissements varie d'un district à l'autre, sans doute davantage en fonction des moyens et du volontarisme des autorités que de la démographie. La clinique de Fushun est de taille modeste : elle n'a pas de lits d'hospitalisation et son personnel se limite à trois ou quatre personnes, dont un seul praticien de la médecine occidentale. Les services sont entièrement gratuits et se concentrent sur les soins élémentaires et la prévention. Les cinq autres districts possèdent chacun un véritable hôpital de plusieurs dizaines de lits et employant deux à quatre médecins ainsi qu'un personnel paramédical relativement nombreux. Le plus ancien est celui de Guanghan 廣漢 (environ 270 000 habitants), ouvert en 1929 grâce à une dotation du gouvernement du district s'élevant à 5000 yuans[741]. Il offre des consultations gratuites pour environ 800 personnes par mois, mais il accueille également une patientèle payante. Cet établissement propose une gamme tarifaire relativement élaborée, avec la possibilité de payer 2000 sapèques (deux yuans) pour une consultation « prioritaire » (*kuaihao* 快號) contre 600 sapèques pour une consultation « normale » (*changhao* 常號), ou d'être hospitalisé dans une chambre « spéciale » de deux lits, contre trois dans les chambres normales. Le personnel se compose de deux médecins, un pharmacien, une infirmière sage-femme et huit infirmiers et l'hôpital est équipé d'un laboratoire, d'une grande pharmacie, d'un nécessaire de chirurgie, d'obstétrique et d'otorhinolaryngologie, ainsi que d'une chambre d'isolement pour les patients atteints de maladie infectieuse. Notons qu'il s'agit du seul établissement recensé dans le district en 1938 et que l'action des autorités locales pèse donc lourdement sur l'offre de soin dans cette localité.

Pendant la guerre, le Département de santé provincial renforce considérablement l'offre médicale publique dans la province en créant un réseau de centres de santé (*weishengyuan* 衛生院), qui s'étend au milieu des années 1940 à la quasi-totalité des districts du Sichuan[742]. Ce

[740] SMITH, Joanna Handlin. *The Art of Doing Good*. *Op. cit.* p. 167-170.

[741] APS, 113-01-0296, Fiche d'enquête de l'hôpital du district du Guanghan 廣漢縣地方醫院, 1938.

[742] Des centres de santé voient également le jour dans d'autres provinces contrôlées par le gouvernement de Chongqing, comme le Yunnan et le Guizhou, où leur multiplication est également très rapide. BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 344.

sont à la fois des établissements de soins, de prévention et d'éducation, comptant normalement plusieurs médecins assistés par environ une dizaine de personnels auxiliaires. Leur financement est assuré par le gouvernement du district et complété, si nécessaire, par le Département de santé. Ce dernier fournit par ailleurs les médicaments et le matériel médical. Selon le plan d'organisation des centres de santé établi en 1939, ils doivent tous comprendre un service d'assistance médicale (*yiyao jiuji* 醫藥救濟) afin de permettre « aux gens ordinaires d'accéder, comme ils en ont le droit, à une médecine moderne, et pour le gouvernement, de remplir sa responsabilité de protection envers la population »[743]. Chaque centre doit en outre accueillir les services suivants : hygiène scolaire et maternelle (*fuying weisheng* 婦嬰衛生), hygiène environnementale (*huanjing weisheng* 環境衛生), lutte contre les épidémies (notamment par la vaccination) et éducation à l'hygiène. Le rapport d'activité du centre de santé du district de Ba 巴 contient en outre une catégorie « sevrage » (*jieyan* 戒煙), laissée vide, suggérant que la désintoxication à l'opium pouvait faire partie de l'activité de ces centres[744]. Pendant le mois de janvier 1942, cet établissement reçoit plus de 1100 patients (dont les trois quarts sont des hommes), contre un peu moins de 1000 le mois précédent. Il fonctionne comme un dispensaire, fournissant des soins élémentaires sans hospitaliser les patients : 600 reçoivent des médicaments (*jiaoyao* 繳藥), à peu près autant un bandage (*baoza* 包紮), le reste des actes se composant notamment de soins aux yeux et aux oreilles (*zhi'yan* 治眼, *zhi'er* 治耳), ainsi que de quelques opérations chirurgicales (*shoushu* 手術). Lorsque le district de Pi 郫縣 est touché en 1945 par une épidémie de choléra, son centre de santé prend en charge des malades en les plaçant à l'isolement et en les traitant par des injections de sérum (*yanshui zhushe* 鹽水注射)[745]. Les patients de ce centre sont aussi bien des hommes que des femmes, leur âge allant de cinq à 70 ans. Leur profession, renseignée seulement pour les hommes, indique qu'il s'agit bien de « gens ordinaires », aux moyens limités : la majorité sont des coolies (*kuli* 苦力), mais quelques marchands, paysans et étudiants sont également traités dans cet établissement.

[743] APS, 113-01-0766, Sichuansheng gexian weishengyuan zuzhi jihua, 1939.

[744] APS, 113-01-0644, *yiwugong baogao* 醫務工報告 (Rapport sur l'activité médicale), janvier 1942.

[745] APS, 113-01-4408, *Pixian weishengyuan fangzhi huoluan xunbao* 郫縣衛生院防治霍亂旬報 (Rapport décadaire sur la prévention et le traitement du choléra au centre de santé du district de Pi), août 1945.

3) Vers des hôpitaux publics de médecine chinoise

Jusqu'à la fin de la guerre, il n'est quasiment jamais question de médecine chinoise dans les établissements de soins publics. L'État chinois semble en général peu enclin à financer le développement de structures de soins reposant sur la médecine chinoise et semble ainsi favoriser le développement d'institutions de médecine occidentale. Cette attitude est le produit d'une multitude de facteurs et ne saurait se résumer à une hostilité générale à l'encontre de la « vieille médecine ». Bien sûr, l'attractivité de la médecine occidentale réside dans sa promesse de modernité. Comme l'explique Chen Zhiqian dans ses mémoires, « il s'agissait de vouloir faire bénéficier à notre population de l'application des connaissances médicales scientifiques, comme l'a fait le Japon »[746]. Dans les années 1930-1940, son travail en santé publique est principalement guidé par la lutte contre les maladies infectieuses et la mortalité infantile, deux fléaux contre lesquels les praticiens de la médecine chinoise apparaissent impuissants. L'idée que la médecine chinoise présente peu d'utilité pour la santé publique semble partagée, avec des nuances, par la plupart des experts qui, comme Chen Zhiqian, tentent d'améliorer les conditions sanitaires dans le pays. Certains voient dans ce qu'ils qualifient de « vieille médecine » un obstacle majeur à leur objectif. Cette position est notamment incarnée par Yu Yan qui, dans sa proposition d'abolition de la médecine chinoise adoptée en 1929, souligne l'incapacité de ses praticiens à « certifier la cause de la mort, classer les maladies, ou combattre les épidémies, sans parler de l'eugénisme et l'amélioration de la race »[747]. Une seconde attitude, qui semble finalement la plus courante, consiste simplement à ignorer la médecine chinoise. Elle n'est, par exemple, jamais évoquée dans le long article par lequel Robert Kho-Seng Lim (林可勝, 1897–1969) et Chen Zhiqian détaillent, à la veille de la guerre contre le Japon, ce que devrait être la médecine d'État en Chine[748].

De plus, lorsque les pouvoirs publics cherchent à faire sortir de terre de nouveaux hôpitaux de médecine occidentale, ils peuvent compter sur le soutien de puissantes organisations qui cherchent à promouvoir la médecine occidentale en Chine. Dans les années 1930, l'administration sanitaire chinoise et l'AMC promeuvent la collaboration entre les organisations missionnaires et les administrations sanitaires locales pour établir de nouveaux

[746] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 50.

[747] Cité dans LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 112-113.

[748] LIM, R. K. S. et C. C. CHEN. « State Medicine », *CMJ*. janvier 1937, vol.51. p. 781-796.

établissements de soins ou utiliser les hôpitaux missionnaires pour faire office de centres de santé de province ou de district[749]. Le programme expérimental de santé publique mené par Chen Zhiqian dans le district de Ding, dans le nord de la Chine, repose, lui-aussi, sur l'aide d'organismes étrangers. Ce programme ne dépend pas du gouvernement chinois, mais s'inscrit dans le Mouvement d'Éducation de Masse, initiative indépendante lancée par James Yen en 1926 et bénéficiant de l'aide de plusieurs fondations philanthropiques américaines[750]. En plus du soutien financier du *Milbank Memorial Fund*, le programme de santé de Chen Zhiqian peut compter sur l'appui du PUMC, dont il est lui-même diplômé et qui lui envoie des experts et des étudiants pour fournir conseils et personnels à l'expérimentation[751]. Le cas du district de Ding montre que le développement d'une santé publique adossée aux connaissances médicales occidentales est accompagné par le travail d'organisations étrangères, voire de mouvements réformistes comme celui de James Yen. De la même manière, en pleine guerre contre le Japon, la WCUU s'investit, via son département de sociologie, dans une initiative de reconstruction rurale dans un village de la périphérie de Chengdu. Dans le cadre de cette initiative, elle ouvre une clinique et conduit des programmes d'éducation médicale, ce qui lui vaut la visite et les compliments du Département de santé du Sichuan[752]. La médecine chinoise est quant à elle beaucoup moins structurée et il faut attendre la fin des années 1930 pour que l'Institut de médecine nationale encourage la création d'établissements publics de médecine chinoise.

Pendant la guerre, l'attitude des autorités s'infléchit sensiblement et plusieurs hôpitaux ou dispensaires publics pratiquant la médecine chinoise voient le jour au Sichuan. L'État chinois, les gouvernements locaux et l'armée doivent prendre en charge de nombreux blessés dans une situation d'urgence et de pénurie. Comme le note Pi Kuoli, dans les années 1920, certains médecins militaires emploient des techniques de soin occidentales, mais souscrivent

[749] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 53-54.

[750] LIN, Yi-Tang. « D'un village à l'État : les laboratoires de la reconstruction rurale de James Yen en Chine et ses soutiens américains (1926-1950) », *Histoire Politique*. juin 2020 nº 41.

[751] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 77 ; CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 96.

[752] KYONG-MCCLAIN, Jeff. « Making Chengdu "The Kingdom of God as Jesus Conceived It": The Urban Work of West China Union University's Sociology Department », *Social Sciences and Missions*. 2010, vol.23 nº 2. p. 162-186.

également à celles issues de la médecine chinoise[753]. De la même manière, parmi les praticiens de la médecine chinoise qui déposent une demande de licence au début de la guerre, un certain nombre déclarent avoir servi comme médecin militaire (*junyi* 軍醫). Pour les armées dont le personnel soignant formé à la médecine occidentale reste limité, le recours à la médecine chinoise n'est donc pas exclu. En outre, l'Institut de médecine nationale permet désormais une forme de mobilisation institutionnelle des praticiens de la médecine chinoise afin de mettre cette dernière au service de l'État. L'Institut participe ainsi à créer plusieurs structures de soins au Sichuan pendant la guerre. En 1937, il ouvre à Nankin un hôpital de premiers secours de médecine chinoise, déplacé à Chongqing, avant de fermer vers 1939[754]. Cet hôpital reçoit notamment l'appui financier du ministère de la Guerre qui y envoie beaucoup de soldats blessés au combat. L'Institut de médecine nationale collabore également avec le Bureau de santé publique de la ville de Chongqing pour ouvrir des cliniques de médecine chinoise, dont il sélectionne la totalité du personnel médical[755]. La ville est alors confrontée à la fois aux bombardements japonais et à l'afflux de réfugiés. Notons de ces quelques cas, relativement rares, qu'ils ne sont jamais le fait des seules autorités chinoises et que c'est l'Institut de médecine nationale qui est généralement l'initiateur et un support indispensable de ces établissements. La collaboration de l'Institut avec les autorités devient possible parce que ces dernières ont des besoins médicaux auxquels peut répondre la médecine chinoise, puisqu'elle permet d'apporter des soins aux blessés et aux démunis à un moment où le manque de moyens en médecine occidentale est particulièrement criant.

De manière général, l'armée ou les autorités locales semblent davantage favorables à de telles collaborations avec les praticiens de la médecine chinoise, ce qui témoigne du fait que les différentes composantes de l'État n'entretiennent pas le même rapport aux questions de santé. Déjà lors du conflit déclenché par la proposition d'abolition de la médecine chinoise en 1929, il est possible de mesurer l'écart entre les positions des spécialistes formés à la médecine occidentale qui peuplent les hautes instances de l'administration sanitaire et les dirigeants du Guomindang, y compris le ministre de la Santé Xue Dubi 薛篤弼 (1892-1973). Lorsqu'une

[753] PI, Guoli 皮國立. « Zhanzheng de qishi : Zhongguo yixue waishang xueke de zhizhi zhuanxing ». *Op. cit.*

[754] *Ibid.*

[755] BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. *Op. cit.* p. 321.

délégation de praticiens se rend à Nankin en mars, Xue assure qu'il n'approuvera jamais le texte polémique, de même que les autres membres du gouvernement affichent publiquement leur sympathie pour la médecine chinoise[756].

Au Sichuan également, les représentants politiques locaux semblent relativement favorables à la médecine chinoise. En 1946, l'Assemblée provinciale du Sichuan (*Sichuansheng canyi hui* w 省參議會) soutient ainsi la création d'un hôpital provincial de médecine chinoise à la demande de l'association provinciale de praticiens de la médecine chinoise[757]. La même année les assemblées de district (*xian canyi hui* 縣參議會) de Meishan 眉山 et de Bishan 璧山 transmettent au gouvernement de leur district une résolution similaire pour créer un hôpital public de médecine chinoise dans leurs localités respectives[758]. Ces assemblées, qui voient le jour dans l'immédiat après-guerre (l'Assemblée provinciale du Sichuan ayant été créée en 1945), s'inscrivent dans un mouvement lancé par le Guomindang à l'échelle du pays. À la fin de la guerre, le gouvernement central promulgue plusieurs textes qui requièrent l'organisation de nouvelles assemblées dans les provinces du pays et fixent les conditions d'éligibilité de leurs membres. Comme le montre l'exemple de l'Assemblée du Guangdong, ces nouvelles instances se composent en majorité d'éléments proches du Guomindang et nombre de ceux qui y siègent ont par le passé occupé des fonctions dans le parti, l'administration ou l'armée[759]. Elles ont un droit de regard sur l'action du gouvernement provincial, peuvent lui adresser certaines propositions et être pétitionnées par la population. Les assemblées de districts ont des pouvoirs limités, qui leur permettent néanmoins de se faire le relais de certaines demandes auprès des gouvernements locaux[760]. Elles semblent ainsi plus perméables aux appels des praticiens de la médecine chinoise et de leurs associations.

---

[756] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 111-113.

[757] APS, 113-01-4577, Assemblée provinciale au gouvernement du Sichuan, 11 février 1946.

[758] APS, 113-01-4577, Gouvernement du district de Meishan au gouvernement du Sichuan, 25 mars 1946 ; Gouvernement du district de Bishan au gouvernement du Sichuan, 22 avril 1946.

[759] LIU, Yuqiang 刘裕强. « Zhanhou Guangdongsheng canyihui shulun » 战后广东省参议会述论 (Sur l'Assemblée provinciale du Guangdong dans l'arpès-guerre), *Guangzhou guangbo dianshi daxue xuebao*. 2014, vol.14 nº 4. p. 47-52.

[760] ZHOU, Quansheng 周泉胜. « Minguo houqi xian canyihui yu difang zhengzhi » 民国后期县参议会与地方政, 1946-1949 (Assemblées de district et politique locale à la fin de la période républicaine, 1946-1949), *Ningbo daxue xuebao*. 2018, vol.31 nº 4. p. 15-20.

Le gouvernement du district de Meishan accepte la création de l'hôpital public de médecine chinoise souhaité et lui octroie même des fonds en puisant sur la dotation attribuée au grenier public du district[761]. Le plan d'organisation de l'hôpital, voté par l'assemblée du district, prévoit que les médecins ne recevront dans un premier temps aucun salaire. Ils devront se payer en facturant des honoraires à une partie des patients, notamment ceux qui seront hospitalisés, tout en offrant des consultations gratuites aux plus pauvres. Ce même document envisage d'obtenir, via une proposition votée par l'assemblée, un financement du centre de santé local qui permettrait de salarier les médecins de l'hôpital et donc de rendre toutes les consultations gratuites. Ce dernier point reste hypothétique, mais il témoigne du soutien dont bénéficie la médecine chinoise de la part de cette assemblée politique locale. De son côté, l'Assemblée provinciale demande à ce que le Département de santé de la province collabore avec l'association des praticiens de la médecine chinoise pour organiser le nouvel hôpital[762]. Chen Zhiqian, relayant ces demandes auprès du gouvernement provincial, propose et obtient plutôt que l'Assemblée « mobilise elle-même les forces sociales pour collecter des fonds » afin de financer la création de l'hôpital de médecine chinoise.

Les documents dont nous disposons ne permettent pas de savoir si ces hôpitaux voient finalement le jour. Ils montrent néanmoins que les représentants politiques locaux sont prêts à soutenir la création d'établissements publics de médecine chinoise. De plus, l'exemple de Meishan semble indiquer que les gouvernements de districts sont davantage susceptibles de soutenir financièrement ce type d'initiative, contrairement à l'administration sanitaire provinciale.

Dans la première moitié du XXe siècle et surtout à partir des années 1930, hôpitaux et cliniques deviennent peu à peu des éléments communs du paysage médical sichuanais. Leur multiplication résulte de l'activité des autorités provinciales et locales, ainsi que du gouvernement central, notamment à Chongqing à partir de 1939. Elle résulte également de l'essor de la pratique privée de la médecine occidentale. Enfin, certains établissements de médecine chinoise voient le jour, même si leur envergure reste visiblement limitée. Ce

[761] APS, 113-01-4577, District de Meishan au gouvernement du Sichuan, 10 juillet 1946.

[762] APS, 113-01-4577, Directeur du département de santé provincial au représentant du gouvernement provincial, 17 octobre 1946.

mouvement d'ensemble qui s'étend à une grande partie de la province témoigne d'une transformation des pratiques de soins et du cadre matériel et social de la pratique médicale.

B - Nouveaux lieux de la rencontre médicale

> Le domaine hospitalier est celui où le fait pathologique apparaît dans sa singularité d'évènement et dans la série qui l'entoure. Naguère encore, la famille formait le lieu naturel où la vérité affleurait sans altération ; maintenant, on lui a découvert un double pouvoir d'illusion : la maladie risque d'y être masquée par des soins, un régime, une tactique qui la perturbent ; et elle est prise dans la singularité de conditions physiques qui la rendent incomparable aux autres[763].

Dans la *Naissance de la clinique*, Michel Foucault considère l'hôpital comme l'une des conditions essentielles à l'émergence de l'observation clinique, qui ne peut s'opérer sans déplacer le patient en dehors du milieu familial. Il s'agit de contrôler les conditions d'observation et de traitement du malade pour considérer la pathologie « toutes choses égales par ailleurs ». Ce faisant, le lieu de la rencontre médicale se déplace sur le terrain du médecin, dans un environnement organisé par ce dernier de manière à neutraliser certaines interférences : la médiation de la famille lors de la consultation, la modification des symptômes par les traitements qu'elle peut apporter.

Il est bien sûr difficile de documenter systématiquement le cadre matériel et social de la relation entre médecin et patient, les informations apparaissant le plus souvent par bribes dans les textes qui traitent de l'exercice de la médecine. Les recueils de cas médicaux (*yi'an* 醫案), un genre de littérature médicale qui gagne en notoriété entre les Song (Xe-XIIIe siècles) et les Ming (XIVe-XVIIe siècles), constituent sur ce point des sources particulièrement riches[764]. Difficile également de savoir dans quelles conditions matérielles se déroulent les consultations dans les établissements fondés par les médecins étrangers ou chinois aux XIXe et XXe siècles. Les écrits de ces derniers se concentrent souvent sur les symptômes et le traitement, ou bien sur le fonctionnement général de l'hôpital et de la clinique. Par exemple, dans les rapports qu'ils

[763] FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : Quadrige, 2007 (1ere édition en 1963). p. 109.

[764] GOLDSCHMIDT, Asaf. « Reasoning with Cases – The Transmission of Clinical Medical Knowledge in Twelfth-Century Song China » in Benjamin A. ELMAN (dir.) *Antiquarianism, Language, and Medical Philology: from Early Modern to Modern Sino-Japanese Medical Discourses*. Leiden : Brill, 2015, p. 19-51.

transmettent régulièrement au ministère des Affaires étrangères qui les emploie, les médecins français en poste à Chengdu et Chongqing ne reviennent que très rarement sur les conditions précises dans lesquelles ils reçoivent leurs patients. Ces informations sont encore plus rares pour les établissements chinois, surtout s'ils sont privés, pour lesquels on ne dispose le plus souvent que d'un formulaire d'enquête. Ces sources éparses permettent néanmoins d'envisager la manière dont les établissements de soins, hôpitaux ou cliniques, transforment le rapport entre médecin et malade.

1) De la salle d'attente à la chambre d'hôpital

L'enceinte des hôpitaux et cliniques délimitent un espace spécifiquement dédié aux soins qui se situe entre le cadre privé du foyer du malade et les lieux publics que sont la rue ou le marché. Il tend également à se distinguer du domicile du médecin, même s'il est probable que beaucoup d'entre eux pratiquent chez eux. En effet, dans les formulaires de demande de licence, l'adresse postale du praticien et son lieu d'exercice sont souvent les mêmes. On peut en conclure que le médecin exerce à son domicile, ou qu'il donne comme adresse son lieu de travail (certains indiquent par exemple l'hôpital qui les emploie). Mais la pratique professionnelle de la médecine requiert de plus en plus l'aménagement d'un lieu dédié, lui-même divisé en différents espaces ayant chacun une fonction définie.

Cette segmentation de l'espace concerne bien sûr les plus grandes structures, mais également les cliniques, comme le montrent quelques plans conservés dans les archives du Département de santé du Sichuan. À l'occasion de l'enregistrement de leur établissement en 1946, une poignée médecins fournissent aux autorités de la ville de Chengdu un schéma indiquant la disposition des pièces, leur fonction et parfois leur équipement[765]. Il s'agit toujours de cliniques de médecine occidentale. Certaines présentent un plan relativement complexe, comme la clinique des frères Xiao qui se compose d'une entrée, faisant sans doute fonction de salle d'attente, et deux autres bâtiments. Dans ces derniers sont réparties neuf chambres, une salle de consultation (*zhenduanshi* 診斷室), donnant sur la cour d'entrée, puis une salle

[765] Seule une petite minorité des médecins enregistrés produisent ce type de document : sur un carton comprenant les documents d'enregistrement d'une centaine d'établissements, seuls six joignent un plan de leur clinique, sans que nous puissions déterminer les raisons qui les y poussent ; APS, 113-01-0322.

d'examen derrière et, au fond du plus grand bâtiment, une salle de chirurgie (Annexe II. 3). Le fait d'avoir une salle pour chaque étape de la visite du patient (consultation, examen, opération) permet sans doute aux deux médecins d'augmenter le nombre de malades traités. Cette spécialisation de l'espace semble en effet de mise pour les cliniques disposant d'un personnel suffisamment nombreux pour pouvoir recevoir plusieurs patients simultanément. Celles où ne pratique qu'un seul médecin se composent au moins de deux pièces, permettant *a minima* de séparer l'espace de la rencontre et de la pratique médicale de ceux destinés à recevoir les patients avant ou après la consultation. La clinique d'un certain Chen Ziyuan 陳子元 est celle présentant la configuration la plus élémentaire : une salle d'attente avec quelques chaises ainsi qu'une salle d'examen (*jianchashi* 檢查室) avec un bureau, une table d'examen et table d'opération[766]. Celle de Zhou Liangcheng 周亮成 se compose quant à elle d'une salle d'attente, d'une salle de consultation et d'un dortoir, disposés en enfilade. Cette nécessité d'une séparation entre salle d'attente et salle d'examen est entérinée par les premiers règlements promulgués par les communistes, qui imposent ce standard aux cliniques de médecine occidentale[767].

En dehors de la consultation et du traitement, le patient se trouve le plus souvent dans des espaces collectifs, parfois très fréquentés. Avant d'être pris en charge par le médecin, tous les patients sont rassemblés dans la salle d'attente, avec parfois une salle spéciale pour les urgences, comme à la clinique Deru[768]. Le docteur Viéron, médecin français en poste à Chongqing, s'enorgueillit dans un de ses rapports de l'afflux des patients devant sa clinique, tout en craignant que la file d'attente qui s'allonge jusqu'à la rue ne le lui donne « l'allure dangereuse d'un rebouteux à la mode »[769]. Après les traitements, si les patients sont hospitalisés, c'est généralement dans une chambre collective. L'enquête de 1938-1939 montre que certains dortoirs contiennent jusqu'à une dizaine de lits. Il est très fréquent que, dès qu'un établissement dispose de plusieurs lits, il propose différents types de chambres, avec, pour ceux qui en ont les moyens, la possibilité d'obtenir plus de confort ou d'intimité. Pour autant, la majorité des

[766] APS, 113-01-0332, Croquis de la clinique du médecin Chen Ziyuan, 1946.

[767] TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963*. *Op. cit.* p. 37.

[768] APS, 113-01-0322, Croquis de la clinique Deru 德儒診所, 1946.

[769] CADN, 513PO/A, n° 196, Rapport de Viéron, 13 janvier 1923.

hôpitaux ou cliniques ne proposent pas de chambre individuelle, même ces chambres haut de gamme ont souvent deux lits ou plus.

La pièce dans laquelle le médecin reçoit le patient permet quant à elle une certaine confidentialité. Dans les années 1920, Viéron déclare recevoir tous ses patients en « seul à seul », ce qui explique d'ailleurs selon lui en partie son succès auprès des patientes qui font appel à ses services de gynécologie. Pour les médecins chinois, le respect des secrets du patient imposé par le gouvernement chinois avec la Loi sur les médecins de 1943 rend d'autant plus nécessaire d'éloigner de la salle de consultation un public extérieur. Il n'est cependant pas exclu que d'autres personnes soient présentes pendant la consultation ou le traitement. Il peut s'agir du personnel médical auxiliaire, mais aussi des proches ou des amis du malade qui peuvent l'accompagner lors de sa visite chez le médecin, comme le montre la présence de plusieurs chaises dans la salle de consultation de Chen Ziyuan. On sait par ailleurs que certains patients se font entourer lorsqu'ils se rendent à l'hôpital, notamment pour prendre soin d'eux pendant qu'ils sont alités[770].

En effet, l'idée de laisser le malade seul face au médecin est loin d'aller de soi. Au début du XXe siècle, certains médecins missionnaires s'assurent par exemple que le malade est toujours visible pendant la consultation, soit par ceux qui l'accompagnent, soit par les autres patients présents dans l'établissement, afin de contrecarrer la méfiance dont ils sont l'objet[771]. La manière dont Viéron mène sa consultation est en effet profondément différente des pratiques en vigueur en Chine pendant les siècles précédents. Sous les Song, la consultation se déroule, pour les familles qui en ont les moyens, au domicile du patient en présence d'un large public, et c'est à ce dernier que s'adresse le médecin, le patient restant muet. Ainsi, Xu Shuwei (1079-1154) relate un de ses nombreux cas, dans lequel il se déplace dans une autre ville sur la requête d'un officier malade[772]. Pendant la consultation, il n'échange jamais directement avec le patient, mais seulement avec la personne qui s'en occupe. Encore au début du XXe siècle, lorsque le

[770] RENSHAW, Michelle. *Accommodating the Chinese*. *Op. cit.* p. 119.

[771] *Ibid.* p. 181-182.

[772] SIVIN, Nathan. *Health Care in Eleventh-Century China*. Cham : Springer, 2015. p. 79-80.

médecin Xiao Bozhang 蕭伯章 se rend chez un malade, toutes les discussions qu'il rapporte sont entre lui et le chef de famille[773].

Si, pour la Chine impériale comme celle du XXe siècle, on ne connaît les modalités de la rencontre entre médecin et patient que par bribe, il semble néanmoins que le cadre de l'hôpital et de la clinique lui confère une forme de confidentialité et donne un poids plus important aux patients.

2) Scalpel et désinfectants : équipement de la médecine institutionnelle

La construction d'un espace médical professionnel correspond également à une spécialisation de l'équipement nécessaire au diagnostic et au traitement de la maladie. Même les petites structures qui sont loin d'être aussi bien équipées que les grands hôpitaux disposent d'un arsenal bien spécifique. L'enquête de 1938-1939 fait apparaître sommairement l'équipement dont disposent les établissements recensés, même si leurs déclarations ne permettent pas nécessairement d'identifier précisément de quoi il se compose. Beaucoup de petites cliniques déclarent ainsi disposer d'un équipement « simple » (*jiandan* 簡單) ou « commun » (*putong* 普通), quand certains disent qu'il n'est « pas complet » (*bu wanshan* 不完善). Il y aurait donc un équipement médical basique, suffisamment habituel pour qu'il ne soit pas nécessaire de préciser son contenu, dont nous ignorons donc le détail. Vient s'y ajouter le matériel nécessaire à l'exercice de différentes spécialités, parmi lesquelles la chirurgie est de loin la plus fréquemment évoquée, un grand nombre de cliniques ayant au moins un ensemble de couteaux (*daobao* 刀包). C'est également le cas l'hôpital commun de Dayi, pratiquant la médecine chinoise, qui détient un équipement de petite chirurgie[774]. Il est souvent assorti d'une table ou d'un lit de chirurgie, Chen Ziyuan indiquant par exemple l'emplacement de ce dernier dans le croquis de son cabinet. Les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques montrent ainsi que la médecine, en particulier la médecine occidentale, se pratique désormais dans un cadre matériel

[773] CULLEN, Christopher. « Yi'an 醫案 (case statements): the Origins of a Genre of Chinese Medical Literature » in Elisabeth HSU (dir.) *Innovation in Chinese medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 297-323.

[774] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital commun 普通醫院, 1938.

professionnel et spécialisé. Le médecin et ses assistants n'examinent pas, n'opèrent pas, ne préparent pas les traitements sur n'importe quelle table. Les établissements de soins qui dépendent du centre de santé de Pi ont systématiquement un meuble spécialisé pour chacune de ces tâches, ainsi que quelques berceaux médicaux (*yinger bingchuang* 嬰兒病床), une chaise de chirurgie dentaire et une autre pour la chirurgie ophtalmique dans l'hôpital du centre de santé[775]. L'inventaire de leur matériel énumère une collection de couteaux, pinces, aiguilles et tubes en tout genre, ainsi que près de 200 substances pharmaceutiques. Un équipement médical technique élémentaire, mais spécialisé se généralise donc dans les lieux de soins.

L'outillage et le mobilier de la clinique et *a fortiori* de l'hôpital ont une autre caractéristique essentielle : la propreté. La lutte contre les germes et les microbes est un point d'attention centrale pour les autorités. Le règlement sur les hôpitaux de 1929 insiste particulièrement sur ce point[776]. Chaque lieu d'hospitalisation, s'il veut pouvoir recevoir des patients atteints de maladie contagieuse, doit disposer de chambres d'isolement (article 10) dotées de tout l'équipement nécessaire, ce dernier servant seulement au malade en question (article 11). Tous les objets potentiellement contaminés doivent être désinfectés avant d'être utilisés ou déplacés, y compris le mobilier (articles 12 et 13) et les ordures provenant des chambres d'isolement (article 14). Quand un patient atteint de maladie contagieuse quitte sa chambre, elle doit être désinfectée (article 15). Cette attention se retrouve dans les questionnaires de l'enquête de 1938-1939 qui interroge systématiquement les établissements sur la présence de chambres d'isolement et d'équipement de prévention des maladies contagieuses. Dans les districts, une trentaine d'établissements ont au moins une chambre d'isolement et une quarantaine donnent quelques précisions sur la manière dont ils luttent contre les maladies contagieuses. Le fait que certains ne fournissent aucune information spécifique sur ce dernier point n'indique pas pour autant qu'il n'y a absolument aucune mesure de propreté ou de prévention. Un petit hôpital du district de Pi déclare ainsi « n'avoir aucun équipement particulier [pour prévenir les maladies infectieuses], seulement des produits désinfectants classiques et des vaccins »[777]. On peut donc supposer que ce genre de matériel est suffisamment

[775] APS, 113-01-4408, *Pixian weishengyuan jianshe jihua* 郫縣衛生院建設計劃 (Plan de création du centre de santé du district de Pi), juin 1945.

[776] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G312 - 313.

[777] APS, 113-01-1730, Fiche d'enquête de l'hôpital Boheng 伯衡醫院, novembre 1938.

courant pour ne pas mériter d'être mentionné. En effet, d'une manière générale, peu de structures s'embarrassent de détails concernant le nettoyage et la désinfection de leur matériel. L'équipement de prévention des maladies contagieuses se compose le plus souvent de diverses injections préventives (*yufang zhushe* 預防注射). L'hôpital de médecine chinoise et occidentale de Guan, où travaillent principalement des praticiens de la médecine chinoise, est un des rares à entrer dans des considérations relativement triviales en expliquant qu'il « nettoie constamment en répandant du désinfectant (*fangyishui* 防疫水) »[778]. Le plan d'une des cliniques de Chengdu indique également la présence d'une petite salle de désinfection (*qingdushi* 清毒室) attenante à la salle de chirurgie[779]. Ces quelques indications, si elles ne permettent pas de mesurer avec précision les usages de nettoyage dans les établissements de la province, laissent penser que nombre d'entre eux portent une certaine attention à la propreté et à la stérilité de l'équipement médical.

Les patients chinois qui entrent dans une clinique s'attendent ainsi à y trouver un certain environnement technique. Dans les 1920, le docteur Viéron note que la présence d'un équipement adéquat est essentielle à sa crédibilité :

> Je suis arrivé à monter ma consultation d'une façon tout à fait moderne, et suis pourvu de tout le matériel clinique et chirurgical nécessaire. Appareillage électrique pour les examens des cavités naturelles, y compris la cystoscopie, oscillomètre pour l'examen du pouls, et de la tension artérielle, microscope, sérodiagnostics, etc. Toute question d'intérêt et de conscience professionnelle à part, il faut que le malade chinois qui se fait examiner par un médecin français à Tchongking, reconnaisse chez celui-ci ce qu'il a pu voir chez un médecin étranger de Shanghai ou de Pékin. D'autre part, leur finesse et leur méfiance les empêchent d'être longtemps dupes d'une instrumentation insuffisante, et enfin ils sont puérilement épris de notre appareillage scientifique, auquel ils attribuent plus de ressources qu'il n'en possède[780].

Une dizaine d'années plus tard, il aménage une nouvelle salle dans sa clinique pour pratiquer l'électrothérapie et note la curiosité du public chinois pour ces nouveaux instruments[781]. Bien que le médecin français aime présenter ses services comme largement supérieurs à ceux qui sont proposés par les praticiens de la médecine occidentale chinois, ces

[778] APS, 113-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital de médecine chinoise et occidentale 中西醫院, 4 décembre 1938.

[779] APS, 113-01-0322, Croquis de la clinique Daoqing 島晴診所, 1946.

[780] CADN, 513PO/A, n° 196, Rapport de Viéron, 13 janvier 1923.

[781] CADN, 513PO/A, n° 196, Rapport de Viéron, mars 1931.

derniers semblent avoir de plus en plus accès au même matériel thérapeutique, au plus tard dans la seconde moitié des années 1930. De petites structures, qui semblent assez similaires à celle de Viéron ou de son collègue le docteur Béchamp, qui tient le poste médical français de Chengdu dans les années 1930, disposent de quelques équipements qui sortent de l'ordinaire, en plus de l'arsenal médical classique. Un petit hôpital privé du district de Jianwei 鍵為 est équipé de « toute sorte d'instruments de chirurgie, d'équipement d'obstétrique et d'équipement d'électrothérapie » et un autre, située dans le district de Wushan 巫山, a une petite unité d'électrothérapie[782]. L'hôpital civil de Hechuan ouvert en 1935 par un médecin privé dispose selon son directeur d'un matériel complet de chirurgie, d'obstétrique, ainsi que deux appareils de « thérapie par la lumière violette » (*ziguangliao* 紫光療)[783]. L'accès à des technologies médicales modernes devient ainsi une manière de se distinguer des autres praticiens.

C'est aussi un argument en faveur des établissements de plus grande taille, qui sont les plus à même de rassembler un équipement complet et avancé, comme l'hôpital local de Fengdu 豐都 fondé en 1935 par le gouvernement de ce district avec l'aide financière d'un groupe de notables, ce qui lui permet de bénéficier de ressources considérables. Il a une capacité de 40 lits et un équipement qui semble rivaliser avec celui de certains hôpitaux missionnaires, qui sont jusqu'alors les mieux dotés : « un ensemble complet de lampes à rayon X, un ensemble de lampes solaires (*taiyangdeng* 太陽燈), un ensemble de lampes à quartz (*shiyingdeng* 石英燈), un set complet de désintoxication, un équipement de laboratoire complet avec microscope, 30 instruments chirurgicaux, dix instruments d'obstétrique, 15 d'ophtalmologie, 40 autres instruments médicaux »[784]. L'établissement déclare également disposer de suffisamment de médicaments courants pour tenir un à deux ans. La présence d'un poste de rayons X est particulièrement notable, puisque ce type d'équipement se limite jusqu'alors aux hôpitaux étrangers des grandes villes, comme les hôpitaux affiliés à la WCUU et l'hôpital catholique français de Chengdu dans le courant des années 1920[785]. Leur présence reste rare dans les districts et même un hôpital missionnaire comme celui de Santai 三台 déclare en 1939 que dans

[782] APS, 113-01-0296, Fiche d'enquête de l'hôpital Yusheng 裕生醫院, 1939 ; 113-01-0511, Fiche d'enquête (nom de l'établissement effacé), 15 janvier 1938.

[783] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital civil 平民醫院, janvier 1938.

[784] 113-01-0023, Fiche d'enquête de l'hôpital local de Fengdu, 10 octobre 1939.

[785] CADN, 513PO/A, n° 559, Rapport de Jouvelet, 15 janvier 1922

son équipement « rien ne manque, à part les rayons X »[786]. L'enquête sur les hôpitaux et cliniques de Chengdu ne précise pas le type d'équipement dont disposent les établissements recensés dans cette ville en 1944, cela ne permet donc pas de savoir combien des grands hôpitaux chinois que compte la ville disposent de cet équipement. Les centres de santé quant à eux ne semblent pas en avoir, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils se concentrent sur une thérapeutique simple et sur des actions de prévention.

3) Construire l'autorité du médecin

Les hôpitaux et cliniques ainsi que leur équipement altèrent les modalités de la rencontre médicale renforçant l'autorité du médecin-professionnel sur le patient-profane. L'équipement de plus en plus complexe dont disposent certains établissements, en particulier dans le cas de la médecine occidentale, matérialise ainsi le savoir-faire et la spécialisation des praticiens. De plus en plus, il semble que la compréhension de la maladie et de son traitement suppose une connaissance théorique et technique dont seul dispose le professionnel de santé. Le diagnostic posé sur la maladie est désormais le fruit d'une médiation technique, qui crée une distance entre la manière dont la maladie est perçue par le patient ou par le médecin. Comme l'explique Canguilhem, « le clinicien moderne adopte plus volontiers le point de vue du physiologiste que celui de malade[787] » parce que l'expérience qu'à ce dernier de son trouble coïncide rarement avec la manière dont le médecin en conçoit les symptômes. Ce décalage est rendu particulièrement manifeste par l'éloignement du processus diagnostic en dehors de la salle de consultation, notamment dans le laboratoire (*shiyanshi* 實驗室), dont se dotent plusieurs établissements de médecine occidentale de la province. À l'observation clinique s'ajoute l'analyse expérimentale qui, elle, se passe de la présence du patient et peut même se situer bien loin du lieu de la rencontre médicale. Le laboratoire de l'hôpital pour hommes de la WCUU travaille ainsi pour tous les services de cet établissement, mais aussi pour les autres hôpitaux affiliés à la WCUU ainsi que certains hôpitaux et « stations médicales » ailleurs au Sichuan[788]. L'image produite par le poste de rayons X déplace également le regard du médecin depuis le

[786] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpitan Renci de Santai 三台仁慈醫院, 15 janvier 1939.

[787] CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1972. p. 50-51.

[788] WCUU, 11-279-4410, Report of the Chengdu Hospitals Board, 1931.

corps du patient vers sa représentation radiographique[789]. Elles contribuent à l'asymétrie de la relation entre patient et médecin, dans la mesure où l'identification de la pathologie se fonde désormais en partie sur ce qui reste invisible pour le profane, ce dernier n'ayant ni de l'appareillage adéquat, ni la maîtrise de leur fonctionnement. Et l'interprétation des analyses médicales passe nécessairement par un professionnel, tout comme la lecture de l'image radiographique nécessite un regard spécialiste, informé par la connaissance anatomique.

L'idée que les conditions matérielles d'exercice de la médecine, en particulier l'hospitalisation, sont intimement liées à l'autorité du médecin sur le patient transparaît également dans la médecine chinoise. En 1946, He Tielong, membre de l'Assemblée du district de Meishan, fait adopter une proposition visant à créer un nouvel hôpital de médecine chinoise. L'argumentaire qu'il déploie pour justifier cette initiative insiste particulièrement sur la nécessité de placer le patient entre les mains du médecin plutôt que de sa famille.

> La vie des hommes est extrêmement importante. Si l'on ne protège pas la vie, aucune œuvre glorieuse ne peut être accomplie. Si l'on ne s'appuie pas sur un traitement médical (*yizhi* 醫治), aucun secours n'est possible. L'art médical de notre pays a été inventé il y a plus de 4000 ans. Ses méthodes nécessitent une grande préparation et, correctement utilisées, elles peuvent ramener les morts à la vie. Mais les familles des malades n'ont qu'une connaissance superficielle de la matière médicale. Elles ne savent pas détailler les phénomènes de la maladie. Elles ne savent pas si une métamorphose de la maladie est une amélioration ou un changement positif temporaire, alors qu'en réalité la maladie s'aggrave (…) Nous désirons établir un hôpital de médecine chinoise, recrutant nombre de médecins brillants. Comme il n'aura qu'une petite envergure, nous recruterons aussi des élèves comme internes. Les avantages de cet hôpital sont les suivants :
>
> 1) Regarder, sentir, interroger et prendre le pouls (*wang wen wen qie* 望聞問切) ; s'il manque l'une de ces techniques de diagnostic, il est impossible de guérir. Lorsque le patient est à l'hôpital, le médecin peut à tout moment examiner le patient, ce qui est plus précis que les dire de la famille.
>
> 2) Si le médicament ne fait pas son effet, la maladie peut s'étendre. Éviter les médicaments inappropriés ou administrer les remèdes est difficile. Une amélioration temporaire peut en réalité se transformer immédiatement en aggravation de la maladie. C'est donc que les médicaments utilisés ne sont pas appropriés et qu'il faut changer en urgence la prescription. Si en prenant les médicaments la maladie s'aggrave, si elle est exacerbée par le vent ou le froid, il faut également modifier le traitement. Ce genre de métamorphoses de la maladie, la famille du malade ne peut pas les examiner, c'est pourquoi il convient d'hospitaliser le malade.

[789] MASQUELET, Alain-Charles. « Mutations du regard médical », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 2007, vol.1 nº 1. p. 57.

> 3) Prendre les médicaments plus tôt ou plus tard, de quelle manière les préparer, distinguer les bons et mauvais médicaments, [pour toutes ces choses] l'hospitalisation est certainement appropriée[790].

L'hôpital permettrait ainsi de construire l'autorité du médecin en lui donnant la maîtrise de la totalité du traitement, de l'examen diagnostic à l'administration des médicaments. Du même coup, He Tielong dessine trois éléments qui fondent l'aptitude du praticien professionnel et, à l'inverse, l'inaptitude de la famille du malade. Tout d'abord, l'identification du trouble repose sur un savoir-faire, résumé dans les quatre aspects essentiels du diagnostic dans la médecine chinoise (« regarder [le teint du malade], sentir, interroger et prendre le pouls »). He reprend ici une idée ancienne, mais en opposant ce mode diagnostic aux dires de la famille, il fait de l'hôpital un lieu où l'examen clinique peut s'exercer « à tout moment », directement, sans recourir à des témoignages pour savoir comment la maladie évolue. Or, la maladie est en constante évolution. C'est selon lui précisément dans la perception et dans l'interprétation de ces changements que réside le savoir du médecin, ce qui fait sa supériorité sur l'entourage du malade qui est quant à lui incapable de déceler les métamorphoses profondes sous les apparences. Enfin, une nouveauté de l'hôpital est de contrôler la manière d'administrer le traitement. Jusqu'ici, c'est la famille qui prend soin du patient et veille à lui donner ses médicaments en suivant, avec plus ou moins de précision, la prescription du médecin. Or, nombreux sont ceux qui mettent en garde le malade ou son entourage contre le risque d'abuser de substances inutiles qui ne feront qu'altérer et dénaturer le traitement prescrit[791]. L'hospitalisation offre ainsi une solution à ces éventuels écarts, permettant au médecin de vérifier si le patient est effectivement traité comme il l'entend, mais aussi de modifier le traitement en fonction de toutes les évolutions possibles de la maladie.

Ce qui est selon l'auteur au cœur de la démarche d'hospitalisation, c'est l'importance du regard clinique qui scrute les « manifestations de la maladie » (*bing zhi xianxiang* 病之現象) pour identifier l'état du malade et voir ce qui échappe au profane. Ce regard se dispense d'ailleurs des outils d'observation ou d'analyse médicale qui se multiplient alors dans les établissements de médecine occidentale. À l'instar des cliniciens français du XVIIIe siècle, comme le rappelle Foucault, la compréhension de la pathologie par ses manifestations

---

[790] APS, 113-01-4457, Canyiyuan He Tielong deng tiyi 參議員何鉄龍等提議 (Proposition des membres de l'Assemblée de district He Tielong et autres), 1946.

[791] BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. *Op. cit.* p. 116.

symptomatiques est distincte de la logique anatomique, voire opposée : « Anatomie et clinique ne sont pas de même esprit : aussi étrange que cela puisse paraître maintenant qu'est établie et enfoncée loin dans le temps la cohérence anatomoclinique […] »[792]. L'hôpital imaginé par He Tielong est aussi conçu comme un lieu d'entraînement clinique pour les diplômés des écoles de médecine chinoise de la région. Ce doit enfin être un lieu de recherche, puisqu'il est prévu de convier toutes les semaines des praticiens de la médecine chinoise installés dans la ville pour qu'ils « œuvrent aux progrès de la médecine »[793]. La concentration des patients permet en effet une forme d'efficacité dans l'observation de leurs symptômes, tant pour le praticien débutant qui s'exerce à la médecine que pour le clinicien qui chercherait à aiguiser sa compréhension de la maladie.

Ces derniers éléments évoquent la fonction des hôpitaux de médecine occidentale qui sont à la fois des lieux de traitement, d'enseignement et de recherche, mais jamais He Tielong ne fait explicitement ce parallèle. Il ne fait pas non plus reposer sa défense de l'intérêt de l'hôpital dans la médecine chinoise sur l'idée qu'elle devrait naturellement suivre le chemin tracé par la médecine occidentale. Il s'efforce de traduire les avantages que constitue l'hospitalisation dans un langage familier au monde de la médecine chinoise, en insistant par exemple sur le changement constant de la maladie sous l'effet du vent et du froid (*shoufeng ganhan* 受風感寒), ou en évoquant certains lieux communs de l'éloge du médecin, dont la virtuosité thérapeutique permettrait de « ramener les morts à la vie » (*qisi huisheng* 起死回生).

Conclusion

L'essor des hôpitaux et des cliniques dans les années 1930 contribue à transformer les conditions d'exercice de la médecine et le statut des médecins. La consultation dans un espace spécialisé, équipé et désinfecté tend à remplacer la visite du praticien au domicile du malade. Ces nouveaux établissements se concentrent surtout sur la médecine occidentale et sont fondés par des médecins chinois. Les missionnaires sont progressivement supplantés par une offre de soin privée, même si leurs hôpitaux restent parmi les plus importants de la province. Les autorités publiques se mobilisent également dans les grandes villes et dans les districts, dès les

[792] FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. *Op. cit.* p. 127

[793] APS, 113-01-4457, Canyiyuan He Tielong deng tiyi, 1946.

années 1930, mais surtout après 1938, en créant de nouvelles structures de santé qui pratiquent là encore surtout la médecine occidentale. Si les moyens médicaux tendent à se concentrer à Chengdu et Chongqing, le maillage sanitaire se renforce pendant la guerre avec la création des centres de santé qui, dans presque tous les districts de la province, participent à la généralisation d'un équipement médical élémentaire.

Quelques établissements de médecine chinoise voient également le jour, généralement de petites cliniques sans possibilité d'hospitalisation. Outre le fait qu'il s'agit d'une pratique relativement nouvelle en Chine, la règlementation autour des conditions d'accueil des patients, qui impose notamment un contrôle étroit sur les maladies contagieuses, joue peut-être contre les praticiens de la médecine chinoise, moins bien armés pour les dépister. Pendant la guerre, mais aussi avec les projets lancés par l'Assemblée provinciale et les Assemblées de districts après 1945, on voit tout de même certaines forces politiques se mobiliser aux côtés de praticiens de la médecine chinoise pour créer de nouveaux hôpitaux. Certaines initiatives comme le projet porté par l'Assemblée de Meishan en 1946 tentent de penser le rôle de l'hôpital en dehors du cadre de la médecine occidentale.

L'extraction du malade du milieu familial semble alors un aspect essentiel dans la transformation de la rencontre médicale. Le fait de limiter la médiation de la famille pendant la consultation ou le traitement constitue un changement considérable, dans un contexte où l'entourage du patient reste le principal acteur des soins. Ce sont bien souvent les proches du malade qui font venir le médecin, le reçoivent, décrivent les manifestations de la maladie, administrent le traitement et, si certains ont quelques connaissances médicales, discutent la pertinence de sa prescription. Or, au moment où les diplômes et le système de licence creusent l'écart entre praticien professionnel et profane, l'hôpital peut être un outil pour affirmer l'autorité du médecin, dont le diagnostic fondé sur l'examen du patient serait plus « précis que les dire de la famille », comme l'affirme le plaidoyer pour l'hôpital de médecine chinoise de Meishan. La pratique médicale se déplace sur le terrain du médecin, dans la salle d'examen où il s'entoure d'un équipement technique et professionnel, ou dans l'hôpital qui permet d'observer à tout moment le patient. Bien sûr la consultation se déroule sans doute rarement dans ces conditions quelque peu idéales, et la forme que prend la rencontre médicale varie considérablement d'un établissement à l'autre, voire d'un patient à l'autre. La consultation à domicile reste une pratique courante, et rester chez soi est sans doute encore la solution

privilégiée. À Chengdu, dans la clinique de Zhang Fengtong 張鳳桐, spécialisée en obstétrique et équipée d'une salle d'accouchement ainsi que de plusieurs chambres, l'accouchement à domicile reste une option, bien que plus onéreuse qu'une prise en charge à la clinique[794].

Les établissements médicaux dessinent tout de même les contours d'un espace du soin placé sous le contrôle du médecin, dans la médecine occidentale comme dans la médecine chinoise. Dans l'enceinte de l'hôpital et de la clinique, le patient est, au moins en théorie, entre les mains du personnel médical. L'article 5 du règlement sur de 1929 affirme la responsabilité du médecin dans l'hôpital en exigeant à tout moment la présence d'au moins un praticien dans l'établissement. L'article 18 oblige quant à lui à recueillir le consentement du patient avant de pratiquer une opération chirurgicale. L'autorité gagnée par les praticiens sur les malades pose ainsi de nouveaux problèmes. Alors que depuis longtemps les médecins brandissent les dangers auxquels s'exposent les patients qui négligeraient ou modifieraient leur prescription, un nouveau risque émerge, celui de voir le malade dépossédé par le professionnel du choix de son traitement.

[794] 113-01-0322, Règlement de la clinique de Zhang Fengtong, octobre 1946.

Chapitre 9 : Médecins et personnels de santé

Entre la fin de la dynastie Qing et le début de la République, de nouveaux métiers du soin voient le jour en Chine : nombreux sont les infirmiers, et bientôt infirmières (*hushi* 護士), sages-femmes (*zhuchanshi* 助產士) préparateurs en pharmacie (*yaoji sheng* 藥劑生 ou *diaoji sheng* 調劑生) à travailler dans les établissements médicaux du Sichuan à la fin des années 1940. Tous ces métiers sont intimement liés au développement de la médecine occidentale. La multiplication des hôpitaux et cliniques qui déplace le lieu de la pratique médicale hors du domicile du patient nécessite que ce dernier soit pris en charge par un personnel spécifique, surtout en cas d'hospitalisation. De la même manière, l'inflation de l'équipement pharmaceutique et le fait que les médecins fournissent eux-mêmes les médicaments, contrairement aux praticiens de la médecine chinoise qui, pour la plupart, délivrent seulement une prescription, nécessitent la présence de techniciens spécialisés dans leur préparation. Pour les promoteurs de la médecine occidentale, confier ces tâches à un personnel qualifié doit permettre d'améliorer les conditions de santé de la population et la sécurité des soins. C'est particulièrement clair dans le cas des sages-femmes qui ont vocation à remplacer les accoucheuses traditionnelles (*jiesheng po* 接生婆) dont le manque de formation est pointé comme la cause première de l'excessive mortalité infantile et maternelle en Chine[795]. Les infirmiers se substituent quant à eux aux acteurs des soins quotidiens que sont la famille, en particulier les femmes les plus jeunes, les domestiques, voire certaines « vieilles femmes » (*po* 婆) appelées pour soigner le malade[796]. Toutefois, ces infirmiers ne remplacent pas immédiatement ni complètement l'entourage du patient, même à l'intérieur des hôpitaux, comme le note en 1930 un rapport de l'Organisme d'hygiène de la SDN :

> En Chine, les malades hospitalisés ont également l'habitude de se faire accompagner par un domestique ou un membre de leur famille qui, en raison du manque de personnel infirmier qualifié, donne souvent aux malades les soins nécessaires[797].

[795] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. 83.

[796] FURTH, Charlotte. *A Flourishing Yin*. *Op. cit.* p. 272-278.

[797] *Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène*. *Op. cit.* p. 8.

De la même manière, à la fin de la période républicaine la grande majorité des accouchements sont encore réalisés par des accoucheuses plutôt que par des sages-femmes dotées d'une formation scientifique, dont le nombre reste extrêmement limité par rapport de la population du pays.

Dans les années 1930, le manque de personnel de santé apparaît comme un véritable frein à l'expansion des infrastructures de soins. La formation des soignants devient donc un sujet de santé publique à part entière. L'État chinois, épaulé par des organisations étrangères, déploie des efforts croissants dans ce domaine, comme l'a montré l'historiographie[798]. En témoigne la fondation en 1929 de la Première école nationale de sages-femmes (qui forme également des infirmières), financée conjointement par la fondation Rockefeller et le gouvernement chinois. Néanmoins l'attention portée au personnel médical auxiliaire n'est visiblement pas partagée par tous : le rapport de la SDN de 1930 sur l'état de la médecine en Chine ne dit presque rien, en dehors du passage cité plus haut, du sort des infirmiers et sages-femmes chinois. D'une manière générale, on ne sait de ces derniers que ce que les médecins et les autorités sanitaires nous disent à leur sujet. Or, ces derniers sont surtout préoccupés par le niveau d'éducation idéal que devrait atteindre la main-d'œuvre médicale qu'ils emploient, ou par le niveau de qualification qui pourrait être atteint dans un délai raisonnable. Ils discutent en revanche assez rarement du cas des individus qui sont effectivement en poste dans les établissements de santé du pays, *a fortiori* lorsqu'ils sont peu qualifiés. Parmi la grande diversité de personnels de santé à l'œuvre dans les hôpitaux et cliniques, nous connaissons surtout l'élite de la profession d'infirmiers ou de sages-femmes, c'est-à-dire celles et ceux qui sont passés par les meilleures écoles, les rares sur lesquels on dispose d'une documentation abondante. Les autres, issus d'écoles moins bien dotées, voire formés par la pratique dans les hôpitaux où ils sont recrutés, restent le plus souvent absents dans les sources, en particulier les métiers les moins qualifiés, préparateurs et assistants en tout genre, qui sont quasiment invisibles.

Dans ce chapitre, nous voulons donner un aperçu de l'ensemble des nouveaux métiers de la santé qui apparaissent dans les établissements médicaux du Sichuan dans la première moitié

[798] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* ; JOHNSON, Tina Phillips et WU, Yi-Li. « Maternal and child health in nineteenth-to twenty-first-century China » et GRYPMA, Sonya et CHENG, Zhen. « The Development of Modern Nursing in China » in Bridie ANDREWS et Mary BROWN BULLOCK (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 297-316.

du XXe siècle. Les archives produites dans cette province à la fin des années 1930 et dans les années 1940 donnent à voir le personnel de nombreux établissements de santé. Les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques contiennent une liste des employés de chaque établissement, celle réalisée à Chengdu en 1944 contenant par ailleurs des informations générales sur leur formation. Les dossiers du personnel des centres de santé sont encore plus précis, puisqu'ils incluent des formulaires d'état de services où chacun détaille son parcours scolaire et professionnel. Ces sources permettent donc de considérer les travailleurs de santé du Sichuan, non comme des anonymes, mais comme un ensemble d'individus dont les parcours de carrière, décrits avec précision, dessinent certaines trajectoires collectives. Bien sûr, elles ne donnent à voir que ceux qui sont employés dans un établissement et laissent dans l'ombre les soignants qui exercent à leur compte et qui tendent, d'une manière générale, à échapper à l'œil de l'historien. Ces archives révèlent une grande fluidité et perméabilité entre les différentes fonctions exercées par ces nouveaux professionnels de santé, notamment entre les infirmiers et certains techniciens (préparateurs, assistants, gardes-malades *kanhu* 看護) rarement étudiés par l'historiographie de la médecine occidentale en Chine.

Malgré leur diversité, ces personnels sont unis par une condition commune, le fait d'être étroitement contrôlés par les médecins, ce qui les oppose aux acteurs traditionnels du soin, comme les accoucheuses et autres « vieilles femmes » (*po*). Alors que ces dernières et les praticiens de la médecine chinoise évoluent dans des sphères différentes, dans les structures de soins où ils travaillent, médecins et travailleurs de la santé sont unis par de forts liens hiérarchiques. À l'intérieur des hôpitaux, cliniques ou centres de santé qui sont presque toujours dirigés par un médecin, le travail des infirmiers ou des sages-femmes est encadré et contrôlé, parfois très étroitement. De la même manière, leur formation est dans une large mesure conçue et dispensée par des médecins, comme Yang Chongrui qui organise en 1929 la Première école nationale de sages-femmes. Certains médecins forment d'ailleurs eux-mêmes le personnel de leur clinique. En effet, la qualité des soins dispensés ne dépend pas seulement des compétences du médecin, mais également de la qualification et de la diversité de ces personnels auxiliaires, cette interdépendance donnant à l'exercice de la médecine occidentale une dimension fondamentalement collective.

A - Dans l'ombre des médecins, les nouveaux métiers de l'hôpital

Les médecins étrangers qui s'installent au Sichuan à partir de la fin du XIXe siècle, majoritairement des missionnaires américains et canadiens, sont assistés dans leur tâche par des femmes, compatriotes ou coreligionnaires, qui sont les premières infirmières de la province. On dispose de peu d'informations concernant le personnel des hôpitaux missionnaires avant le début du XXe siècle, mais il est vraisemblablement très réduit. Ainsi, les missionnaires canadiens ne cachent pas leur enthousiasme lorsque deux infirmières partent en 1908 pour Chengdu, où ils ont ouvert un hôpital depuis déjà une quinzaine d'années : « C'était un évènement que nos médecins attendaient depuis longtemps. Après tout, qu'est-ce qu'un hôpital sans infirmières qualifiées[799] ? » En effet, voyager en Chine puis remonter le Yangtze depuis Shanghai jusqu'au Sichuan est à la fois coûteux, long et difficile, ce qui complique l'envoi de personnel vers les établissements missionnaires établis dans cette région. Sur les deux infirmières dépêchées en 1908, une seule atteint finalement la capitale provinciale, l'autre renonçant au cours du périple. Au début des années 1930, l'hôpital pour hommes de la WCUU compte quatre infirmières étrangères, et celui pour femmes en a deux[800].

Les médecins français dépêchés par le ministère des Affaires étrangères bénéficient quant à eux du concours d'infirmiers militaires dès l'ouverture de leur hôpital à Chengdu en 1902, mais pas dans leur poste médical de Chongqing. En 1925, l'infirmier Perricaud stationné dans la capitale provinciale doit néanmoins rentrer en France et n'est pas remplacé. Les hôpitaux français de Chengdu et Chongqing reposant sur la collaboration entre les Affaires étrangères et les évêques des deux villes, c'est aux sœurs catholiques qu'incombent la gestion de chaque établissement et la prise en charge quotidienne des patients[801]. Elles aident également à prodiguer les soins, mais la coopération avec les médecins est souvent difficile, ces derniers reprochant volontiers aux religieuses leur absence de compétence médicale, voire leur pudibonderie qui les empêche d'effectuer certaines tâches essentielles[802]. En tout état de cause, le nombre d'infirmiers étrangers qualifiés que les missionnaires ou le consulat français sont en

[799] *Our West China Mission*. *Op. cit.* p. 385.

[800] WCUU, 11-279-4410, Report of the Chengdu Hospitals Board, 1931.

[801] MEP, 536A, Lettre de Mgr. Chouvellou, 20 octobre 1902.

[802] CADN, 513PO/A/559, Rapport du Dr Viéron, 13 janvier 1923.

mesure de maintenir dans leurs établissements de soins reste limité et l'augmentation des effectifs de soignants passe ainsi avant tout par le recrutement d'une main-d'œuvre chinoise.

1) Médecins étrangers, auxiliaires chinois

Une bonne partie des soignants formés au Sichuan et dans le reste de la Chine au début du XXe siècle ont avant tout vocation à alimenter le personnel des hôpitaux étrangers. Les sources produites par les médecins étrangers donnent peu d'indications sur la manière dont sont recrutés ou éduqués les premiers auxiliaires chinois qui travaillent pour eux. Au sein des missions médicales françaises, ces derniers sont peu instruits et mal considérés, leurs fonctions se limitant à des tâches physiques ou certaines techniques de soin élémentaires. En 1905, le docteur Erdinger ouvre un dispensaire dans l'une des maisons de travail de Chengdu destinée à accueillir les orphelins et il embauche alors un Chinois qui, après avoir été formé par l'infirmier militaire Castel, assiste le médecin français en tant qu'infirmier. Erdinger le décrit comme « dressé très convenablement à exécuter des pansements, à administrer quelques doses de quinine ou de sulfate de soude, ayant quelques notions sur l'antisepsie et le massage »[803]. S'il constitue pour le médecin un « excellent auxiliaire », c'est surtout parce que sa présence permet de rassurer les résidents de la maison de travail, visiblement méfiants à l'idée d'être traités par un étranger. Quatre autres infirmiers chinois travaillent à l'hôpital français de Chengdu vers la fin des années 1900, mais selon le docteur Mouillac « un seul qui est à l'hôpital depuis plus de quatre ans a quelques connaissances professionnelles lui permettant de se rendre réellement utile »[804]. À propos de ses assistants chinois, le médecin français conclut :

> Entre les mains de quelqu'un qui sait les diriger et se servir à propos de leurs défauts, même surtout de leur orgueil, ils peuvent rendre de grands services par leur adresse et leur merveilleuse capacité d'imitation. En définitive convenablement surveillés ils peuvent être des aides précieux.

Les infirmiers chinois ont donc très peu d'autonomie et n'effectuent que des manipulations relativement simples, comme le pansement des malades, Mouillac vérifiant systématiquement que les tâches attribuées ont été correctement réalisées. Auprès des médecins français, ces auxiliaires chinois ne semblent bénéficier que d'une formation rudimentaire,

[803] MAE, 148CPCOM/299, Rapport du Dr Erdinger », 10 août 1906.

[804] MAE, 148CPCOM/301, Rapport du Dr Mouillac, 4 mai 1908.

exclusivement manipulatoire et qui se borne, de l'aveu de Mouillac, à imiter ses gestes. Aux yeux des médecins qui n'ont sans doute qu'une maîtrise sommaire sinon inexistante de la langue chinoise, ces individus, dont Mouillac dit n'attendre aucune « initiative intelligente », ont seulement vocation à être « dressés », pour reprendre les mots d'Erdinger. Le vocabulaire employé par les Français qui se succèdent à la tête des missions médicales du Sichuan dénote le peu d'estime qu'ils portent à ces assistants. Dans les rapports transmis au ministère des Affaires étrangères, les infirmiers chinois sont cités dans la catégorie du « personnel chinois » aux côtés des « hommes de peine », dont ils se démarquent à peine. Le docteur Arraud liste ainsi, sans plus de précision, les employés chinois de la clinique qu'il a ouverte en 1921 à Chengdu : « un secrétaire-interprète ; un premier boy ; un infirmier ; deux coolies ; un concierge »[805]. Comme au même moment dans l'Indochine française, où beaucoup de médecins de la mission médicale du Sichuan ont été stationnés à un moment dans leur carrière, les inégalités de statuts entre médecins et « auxiliaires » se doublent d'une hiérarchisation stricte entre cadres français et personnel indigène[806].

Les missionnaires protestants accordent davantage d'attention et de moyens au personnel soignant chinois de leurs hôpitaux. Quelques années seulement après le recrutement de ses premiers infirmiers chinois, l'hôpital pour femmes et enfants de Chengdu de Retta Gifford Kilborn se dote en 1915 d'une véritable école dédiée à leur formation[807]. Comme beaucoup des institutions missionnaires au début du XXe siècle, elle ne recrute que des hommes. Les jeunes filles suffisamment instruites sont encore rares et celles qui ont l'éducation nécessaire sont généralement issues de la bonne société, pour qui le métier de soignant reste une activité peu désirable[808]. L'école propose initialement un cursus de trois ans et accueille au plus une dizaine d'élèves. Le cursus est rallongé à quatre ans et le nombre d'élèves dépasse la vingtaine à partir des années 1920. L'établissement emploie au début des années 1930 14 professeurs qui enseignent des matières théoriques (materia-medica, pathologie, anatomie, physiologie, éthique)

[805] CADN, 513PO/A/559, Rapport du Dr Arraud, 1922.

[806] MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence. « Paradoxes d'une médicalisation coloniale. La professionnalisation du "médecin indochinois" au XXe siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2002, vol.143 n° 3. p. 36-43.

[807] WCUU, 11-279-4410, Report of the Chengdu Hospitals Board, 1931.

[808] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 114-118.

et encadrent l'entraînement clinique des futurs infirmiers[809]. Les diplômés ont essentiellement vocation à pratiquer dans les hôpitaux affiliés aux missions protestantes, les médecins missionnaires installés à Chengdu et dans le reste de la province bénéficiant ainsi de l'appui d'un personnel infirmier chinois qualifié. L'hôpital d'ophtalmologie et otorhinolaryngologie (*Eye, ear, nose and throat hospital*) emploie également trois techniciens chinois qui bénéficient d'un entraînement spécifique, la liste du personnel précisant que le directeur du laboratoire est un « technicien diplômé » et les deux autres des « techniciens étudiants ».

Malgré la multiplication des établissements de soins chinois à partir des années 1920, les structures affiliées aux missions protestantes continuent de concentrer une part considérable du personnel médical de la province. Les hôpitaux missionnaires ne représentent qu'un vingtième des établissements recensés dans les districts par l'enquête sur les hôpitaux et cliniques de 1938-1939, mais ils ont un personnel particulièrement nombreux : l'hôpital fondé à Yibin 宜賓 par la mission baptiste américaine compte 27 infirmiers, deux sages-femmes et un préparateur[810], celui de la *Friends' Foreign Mission Association*, situé à Santai 三台, six infirmiers, trois sages-femmes et deux préparateurs[811]. Dans l'ensemble, les établissements missionnaires concentrent un quart des infirmiers, un huitième des sages-femmes et un cinquième des préparateurs recensés lors de l'enquête. Une partie de ce personnel est chargé d'évangéliser les patients, ce qui entraîne une certaine confusion entre soignants et religieux. Par exemple, dans les années 1920, deux des six infirmières de l'hôpital pour femme de Chengdu (une étrangère et une chinoise) se consacrent entièrement à la propagation de la foi[812].

Les personnels chinois des hôpitaux missionnaires sont de plus en plus qualifiés, mais encore souvent dans une situation de double subordination : d'une part, ils sont sous les ordres des médecins, d'autre part, leur statut est généralement inférieur à celui des soignants étrangers qui travaillent dans ces mêmes établissements. Jusque dans les années 1930, dans les hôpitaux de la WCUU, les infirmières et infirmiers chinois sont toujours sous l'autorité d'une superintendante étrangère, Miss Hartwell à l'hôpital pour hommes et Miss Wellwood à celui

[809] WCUU, 11-279-4410, Report of the Chengdu Hospitals Board, 1932.

[810] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital Renze 仁德醫院, janvier 1938.

[811] APS, 113-01-0511, Fiche d'enquête de l'hôpital Renci de Santai 三台縣仁慈醫院, novembre 1938.

[812] WILFORD, E. C. « Canadian Methodist W.M.S. Hospital for Women, Report for 1923 », *CMJ*. septembre 1924, vol.38 nº 09. p. 764-764.

pour les femmes et les enfants. Lorsque des Chinois sont infirmiers ou techniciens en chef, comme à l'hôpital d'ophtalmologie et otorhinolaryngologie et à l'infirmerie dentaire, c'est que le reste du personnel est exclusivement chinois. Même si, par rapport aux médecins français, les missionnaires protestants semblent porter une plus grande considération à leurs employés chinois, la primauté des Européens et Américains sur ces derniers n'est jamais remise en question.

2) La formation des soignants entre les mains des médecins

Avec la multiplication des hôpitaux fondés par des médecins chinois ou sous le contrôle des autorités, surtout dans les années 1920-1930, le personnel soignant devient de plus en plus nombreux et sa formation constitue un problème pour les médecins qui dépasse le cadre des établissements étrangers. Comme pour les praticiens de la médecine occidentale, certains corps de métiers se structurent autour d'organes représentatifs qui tentent de rehausser le prestige de la profession tout en posant les bases d'une qualification standardisée. Dès 1909, plusieurs missionnaires protestantes fondent la *Nurses' Association of China* (*Zhongguo kanhu zuzhi lianhehui* 中國看護組織聯合會). Cette organisation apporte une contribution essentielle à l'élévation du statut des infirmiers et infirmières en 1914, lorsqu'elle prend en chinois le nom de *Zhonghua hushihui* 中華護士會 (son nom anglais reste la *Nurses' Association of China*). Elle troque ainsi l'ancien terme désignant les infirmiers, *kanhu* 看護 (littéralement « veiller et garder »), pour celui de *hushi* 護士, dont le second caractère indique que l'on a affaire à une personne éduquée et non à un simple technicien, dont le travail est perçu comme essentiellement manuel[813]. Ce même caractère est utilisé dans le terme *zhuchanshi* 助產士 choisi pour les sages-femmes modernes. Ces dernières forment dès le début des années 1900 des associations au niveau local, notamment dans des villes comme Shanghai et Canton où la médecine occidentale

[813] CHEN, Xing 陈星. *Tizhi jiangou yu linian chuanbo: zhonghua huli xuehui* yanjiu 体制建构与理念传播 : 中华护理学会研究, 1909-1949 (Construire un système et diffuser ses idées : étude sur l'Association chinoise des infirmiers et infirmières, 1909-1949), Mémoire de master d'histoire. Baodin : Hebei daxue, 2014. 66 p.

est déjà relativement développée [814]. Une association nationale, la *Chinese Midwifery Association*, voit le jour en 1933, mais son poids dans la profession reste limité.

En théorie, les infirmiers et infirmières ainsi que les sages-femmes sont donc des personnels éduqués constituant des groupes professionnels dont les contours commencent à être délimités par ces premières associations. Mais dans les faits, garantir un niveau d'instruction minimal et standardiser la formation reste une tâche particulièrement ardue. En 1915, la *Nurses Association of China* organise un examen de qualification du personnel infirmier, mais seuls sept candidats y participent[815]. De nouvelles écoles voient le jour en Chine, notamment grâce à l'aide financière et technique de la fondation Rockefeller et du PUMC, qui fonde une école spécialisée pour les infirmiers en 1920[816]. Le gouvernement nationaliste joue également un rôle croissant dans ce domaine avec notamment la création de la Première école nationale de sages-femmes en 1929 et d'une école centrale d'infirmerie (Zhongyang hushi xuexiao 中央護士學校) en 1932. Cette institution dépend de l'hôpital central de Nankin et propose un cursus de trois ans qui comprend un entraînement en santé publique et une formation de deux ans pour les futures sages-femmes [817]. Au-delà de ces initiatives gouvernementales, les écoles d'infirmiers et de sages-femmes se multiplient dans le pays, soutenues financièrement par les gouvernements locaux ou par des acteurs privés. Les conditions d'enseignement et les programmes d'études restent très différents d'un établissement à l'autre et beaucoup n'atteignent pas les standards que les autorités sanitaires tentent alors d'établir. En 1935, la Commission sur l'éducation médicale établit des normes pour l'enregistrement des écoles d'infirmiers : les élèves doivent avoir achevé le premier cycle de l'enseignement secondaire et le cursus, fixé à trois ans, doit inclure un enseignement en santé publique et un entraînement clinique. La même année, la commission inspecte une soixantaine d'établissements sur lesquels elle porte un jugement sévère, estimant qu'une grande partie manque d'autonomie vis-à-vis de l'hôpital auquel elles sont rattachées et que l'enseignement, dispensé par les médecins et les

[814] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. 103-105.

[815] LIN, Evelyn. « Nursing in China », *The American Journal of Nursing*. janvier 1938, vol.38 nº 1. p. 1-8.

[816] WONG, Frances K. Y. et ZHAO, Yue. « Nursing Education in China: Past, Present and Future », *Journal of Nursing Management*. janvier 2012, vol.20 nº 1. p. 38-44.

[817] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 163-167.

infirmiers en chef, est avant tout destiné à répondre aux besoins immédiats de l'établissement[818].

Les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques menées au Sichuan révèlent l'écart profond entre le profil des personnels effectivement en poste dans les années 1930-1940 et les standards fixés par les autorités en matière de formation, qui ne sont en réalité atteints que par quelques écoles dont le nombre d'étudiants diplômés reste faible[819]. Tout d'abord, seule une minorité des infirmiers et sages-femmes enregistrés par l'enquête de 1938-1939 détiennent une licence d'exercice. Celle pour les sages-femmes a été établie en 1929[820], mais moins d'un tiers des quelques 70 sages-femmes recensées dans les établissements de la province sont licenciées. La proportion d'infirmiers et infirmières détenant une licence est encore plus basse, à peine un dixième, ce qui s'explique en partie par le fait qu'elle a été créée plus récemment, en 1936. L'enquête réalisée à Chengdu en 1944 donne quant à elle plus de détails sur la formation du personnel. Elle confirme le poids des établissements missionnaires et de la WCUU où un grand nombre d'infirmiers et infirmières ont été formés ou simplement employés à un moment dans leur carrière. D'une manière générale, les infirmiers en poste dans un établissement ont été entraînés dans ce dernier ou dans l'école d'infirmiers qui lui est rattachée, ce qui va dans le sens du constat formulé par la Commission sur l'éducation médicale : la première préoccupation des formateurs est de répondre aux besoins immédiats des médecins en personnel auxiliaire.

Surtout, certains soignants sont toujours recrutés sans instruction préalable, ce qui laisse penser qu'ils apprennent le métier par la pratique sous la direction du médecin qui les a embauchés. Ce type de profil est minoritaire parmi les infirmiers et infirmières, mais loin d'être négligeable : sur 300 professionnels recensés dans les établissements de Chengdu, une trentaine sont dans cette situation, dont les 19 infirmiers et infirmières de l'hôpital catholique français qui ne donnent aucun renseignement sur le type d'instruction qu'ils ont reçu[821]. L'un des deux infirmiers de l'hôpital Chengchun déclare avoir étudié dans cet établissement[822]. Dans la clinique tenue par un ancien militaire, Tang Daqing, l'infirmier Tang Mingfu dit avoir « appris

[818] *Ibid.* p. 165.

[819] APS, 113-01-0023, 113-01-0296, 113-01-0511, 113-01-0730, 113-01-1730.

[820] YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 58-59.

[821] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital Chengchun 成春醫院, 1944.

[822] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital Kongren 孔仁醫院, 1er août 1944.

auprès d'un maître » (*shichuan* 師傳), reprenant l'expression couramment employée par les praticiens de la médecine chinoise[823]. Le médecin et son infirmier partageant le même patronyme Tang 湯, qui n'est pas le plus courant en Chine, on peut supposer que Tang Daqing a choisi d'embaucher un parent pour l'aider dans sa clinique, à qui il apprend lui-même le métier. Le médecin est issu d'une formation médicale courte reçue dans l'armée du seigneur de guerre Liu Xiang. Cet exemple d'un infirmier formé par un membre de sa famille pour exercer dans la clinique familiale contraste singulièrement avec l'image de professionnel qualifié que promeuvent la *Nurses Association of China* et le gouvernement chinois. Plus rarement, il arrive qu'une sage-femme soit entraînée directement par le médecin qui l'a recrutée, par exemple dans la clinique d'un diplômé de l'école spéciale de médecine du Sichuan dont l'unique sage-femme dit avoir appris sur place[824]. Ce genre de cas ne se limite pas aux petites cliniques privées. Les centres de santé nouvellement créés par le Département de santé provincial ont également recours à une main-d'œuvre médicale n'ayant pas de formation préalable. Un infirmier déclare avoir « étudié comme infirmier » (*xuexi hushi* 學習護士) dans le centre de santé de Dazhu 大竹 de 1940 à 1943[825]. Un autre a étudié ans le centre santé de Dujiang 墊江 [826]. On peut voir dans ces parcours une forme de réponse pragmatique au manque de main-d'œuvre, en particulier dans les années 1939-1940, lorsque le nombre de centres de santé croît rapidement, alors que les capacités de formation de la province comme le nombre de soignants diplômés restent assez limités. Il arrive alors que les centres de santé prennent eux-mêmes en charge l'instruction de leur personnel infirmier, même s'ils ne disposent visiblement d'aucune école dédiée.

De la fin du XIXe siècle jusque dans les années 1940, le développement des nouveaux métiers de la santé dépend donc étroitement des médecins. Ces derniers assurent la formation de la majeure partie des soignants, en particulier les infirmiers et infirmières, souvent en fonction de leurs besoins immédiats. La structuration de cette profession comme de celle de sage-femme s'accompagne d'un effort de la part des autorités pour rehausser le niveau de

[823] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de la clinique Daqing 大清診所, 1944.

[824] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de la clinique Jiankang 健康診所, 1944.

[825] APS, 113-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Yong Xiuwen 雍修文, 1946.

[826] APS, 113-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Zhou Dechun 周德純, 1946.

qualification, mais les effets se font peu ressentir au-delà de quelques écoles pilotes. Les standards fixés par ces institutions où sont formés des personnels d'élite sont inatteignables pour le reste des soignants employés dans les établissements privés comme publics, qui sont encore souvent formés sur place par la pratique.

B - Entre techniciens et professionnels

Les politiques en matière d'éducation et de santé comme les discours officiels tendent à se concentrer en premier lieu sur les métiers les plus prestigieux : les médecins retiennent bien plus l'attention des autorités que les infirmiers ou les sages-femmes, qui sont eux-mêmes mieux considérés que les autres techniciens de l'hôpital. L'évolution du vocabulaire employé pour désigner les infirmiers (*hushi*) ou les sages-femmes (*zhuchanshi*) montre combien le fait de se démarquer des simples employés est un élément essentiel pour faire de ces métiers des professions respectables. Les professionnels éduqués (*shi* 士), sont censés se démarquer des simples techniciens, cantonnés à des opérations manuelles, parce qu'ils disposent d'une formation spécifique incluant des enseignements théoriques et scientifiques. Or, dans les faits, beaucoup de soignants ne disposent pas d'une telle formation et sont amenés à exercer des métiers très différents au cours de leur carrière, y compris à des postes peu qualifiés dans les établissements de soins civils ou militaires.

1) *Kanhu* et infirmiers militaires

En 1903, alors qu'il commence à enseigner à l'école de médecine militaire fondée par le gouvernement du Sichuan, le Dr Legendre s'engage également à entraîner pour l'armée de la province une vingtaine d'infirmiers[827]. Ces derniers serviront comme assistants pour les médecins diplômés de l'école. Les sources disponibles, françaises comme chinoises, ne permettent pas de connaître les suites de ce qui semble être, pour cette province, la première initiative chinoise pour former un personnel médical auxiliaire aux techniques occidentales. D'une manière générale, la contribution des armées à la formation du personnel soignant reste assez peu documentée en comparaison de celles des autorités civiles et des organisations

[827] MAE, 148CPCOM/298, Rapport du Dr Legendre, 14 avril 1903.

internationales[828]. Dans les études sur le développement de la médecine occidentale en Chine, si l'histoire des soignants rencontre parfois celle de l'armée, le rôle de cette dernière dans l'expansion de la main-d'œuvre médicale reste flou ou semble marginal avant 1937. Quand l'historiographie aborde la place des soignants de la médecine militaire, c'est essentiellement au travers de figures formées dans de prestigieuses écoles civiles qui ont ensuite contribué à réformer et à moderniser les structures de soins dans l'armée. Par exemple Zhou Meiyu, infirmière diplômée du PUMC, travaille dans le district de Ding pour le Mouvement d'Éducation de Masse avant de s'engager dans la formation du personnel médical pendant la guerre contre le Japon, participant notamment à la fondation de la première école nationale d'infirmiers de l'armée qui ouvre ses portes à Guiyang en 1943[829]. De la même manière, dans son travail sur les infirmiers du Henan sous la République, Xie Lizhen évoque les mesures d'exception décidées après l'offensive japonaise pour entraîner en urgence de nouveaux soignants. Il ne mentionne aucune initiative de formation avant le début du conflit[830]. Au Sichuan, pendant la guerre contre le Japon, de nouvelles classes d'entraînement ouvrent leurs portes, par exemple pour former les futurs infirmiers de l'armée de l'air[831].

Les efforts considérables déployés pendant la guerre pour former des infirmiers militaires ne doivent toutefois pas éclipser ceux mis en œuvre avant 1937. À Nankin, l'école centrale de médecine militaire de Nankin, initialement ouverte à Tianjin sous le nom d'école de médecine militaire Beiyang, a sa propre classe d'entraînement pour *kanhu*. Un certain Wang Xisan, infirmier dans le centre de santé de Kai 開, dit y avoir étudié six mois à la fin des années 1920[832]. Il n'est pas le seul diplômé de cet établissement dans la province : dans l'un des hôpitaux de Chengdu, la totalité du personnel médical (quatre infirmiers et un préparateur) a étudié dans

[828] Les établissements militaires sont par exemple absents du panorama que dresse Yip Ka -che de l'éducation du personnel médical pendant la décennie de Nankin ; YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China*. *Op. cit.* p. 163-167.

[829] GRYPMA, Sonya et CHENG, Zhen. « The Development of Modern Nursing in China ». *Op. cit.*

[830] XIE, Lizhen 谢丽珍. *Jindai Henan hushi qunti yanjiu* 近代河南护士群体研究 (Étude sur la population infirmière du Henan moderne), Mémoire de master d'histoire. Zhengzhou : Université de Zhengzhou, 2018. p. 30.

[831] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Yang Jian 楊建, 1941.

[832] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Kaijiang : Wang Xisan 汪錫三, décembre 1940.

cette classe d'entraînement[833]. Les travaux menés sur l'école centrale de médecine militaire ne mentionnent pourtant aucune initiative de ce type avant le début de la guerre contre le Japon[834].

Au Sichuan, les seigneurs de la guerre contribuent aussi à former un personnel médical militaire. Ils ouvrent au sein de leurs troupes des classes d'entraînement pour soignants. Wang Xisan étudie trois mois dans celle de l'armée de Liu Xiang en 1932. Un autre infirmier du centre de santé du district de Kai a passé un an dans celle de l'armée de Yang Sen en 1936[835]. Ces formations sont nettement plus courtes que celles proposées dans les écoles d'infirmeries directement affiliées au gouvernement de Nankin. Par ailleurs, des soignants sont entraînés directement dans les armées du Sichuan, qu'ils intègrent visiblement sans formation préalable. Un assistant (*zhuliyuan* 助理員) du centre de santé de Qu 渠 a commencé sa carrière comme *kanhu* dans la 23e armée, sous le commandement de Liu Chengxun 劉成勳 (1883-1944), sans autre forme d'instruction que celle reçue à l'école primaire.

Au travers de ces exemples, on remarque l'emploi régulier du mot *kanhu* pour désigner les infirmiers militaires. La normalisation du terme *hushi* n'occulte donc pas complètement cette autre dénomination, qui dénote un niveau d'instruction inférieur. Elle est non seulement utilisée dans l'armée, mais aussi dans les centres de désintoxication à l'opium qui voient le jour dans les années 1930. Le parcours de Li Fucai montre même que cette désignation est encore courante au début de la guerre[836]. En 1939, il termine son apprentissage dans une classe d'entraînement pour *kanhu* de la division du Jiannan (*Jiannan shi guanqu* 建南師管區), basée au sud de Chengdu. Il sert six mois dans cette unité en tant que sergent infirmier (*kanhu*

[833] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital de chirurgie chinois 中華外科醫院, 1944.

[834] ZHANG, Zhen 张震. *Zhongyang junyi xuexiao yanjiu*. *Op. cit.* ; CAO, Yanfang 曹艳芳. *Nanjing guomin zhengfu shiji de junyi qunti yanjiu* 南京国民政府时期的军医群体研究 (Recherche sur les médecins militaires sur le gouvernement nationaliste de Nankin), Mémoire de master d'histoire. Baoding : Université du Hebei, 2021. 63 p. ; HE, Mengxiao 贺萌晓. *Minguo shiqi de junyi jiaoyu yanjiu* 民国时期的军医教育研究 (Recherches sur l'éducation médicale militaire pendant la période républicaine), Mémoire de master d'histoire. Zhengzhou : Université de Zhengzhou, 2021. 100 p. ; JIA, Jiangrong 贾江溶. *Beiyang yi xuetang yanjiu* 北洋医学堂研究, 1881-1911 (Recherches sur l'école de médecine Beiyang, 1881-1911), Thèse de doctorat en médecine. Shijiazhuang : Université médicale du Hebei, 2022. 140 p.

[835] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Zhang Ciyong 張次永, 1944.

[836] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Kaijiang : Li Fucai 李福才, décembre 1940.

shangshi 看護上士), puis prend le poste d'infirmier en chef (*kanhuzhang* 看護張) à l'hôpital de désintoxication du district de Yuan 遠 avant de devenir assistant au centre de santé de Kaijiang 開江. Le titre de *kanhu* dénote l'absence d'instruction médicale spécialisée et semble placer ces soignants à mi-chemin entre l'infirmier et le secourisme, certains *kanhu* intégrant les troupes pendant la guerre contre le Japon ayant été formé dans des « classes de secourisme » (*jiuhuban* 救護班)[837]. Le plus souvent, ceux qui ont officié en tant que *kanhu* dans les armées des seigneurs de guerre ou du gouvernement nationaliste occupent des postes plus bas dans les centres de santé, comme celui d'assistant, mais certains peuvent tout à fait accéder aux fonctions d'infirmier (*hushi*) dans ces établissements, comme le montre l'exemple de Wang Xisan. Dans l'ensemble, une part non négligeable des employés des centres de santé est issue des troupes du Sichuan. On retrouve ici le même schéma que pour les médecins militaires qui officient dans les établissements de santé publique du Sichuan : l'armée forme des soignants, certes moins qualifiés que les diplômés des écoles d'infirmerie, mais dont la présence s'avère déterminante pour le renforcement du maillage sanitaire de la province. La multiplication des établissements publics nécessite en effet un personnel nombreux et prêt à consentir à un salaire modeste, ce qui n'est sans doute pas le cas des infirmiers et infirmières diplômés d'une école d'infirmiers (*hushi xuexiao* 護士學校) à proprement parler et qui disposent donc de qualifications plus élevées.

2) Les « techniciens invisibles » de la santé publique

Les employés des hôpitaux ne sont pas tous des infirmiers et des sages-femmes, bien que ces deux professions qui bénéficient d'écoles spécialisées, d'organes de représentation et d'un système de licence soient mieux connues. Dans les centres de santé, si les employés (*shiwuyuan* 事務員) relèvent du personnel administratif, les assistants (*zhuliyuan* 助理員) relèvent plutôt du personnel soignant. Cette catégorie de travailleurs, dont les contours restent très vagues, ne fait pas l'objet d'un recensement dans les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques (contrairement

[837] Un assistant employé par le centre de santé de Qu a étudié six mois en 1938 dans la classe de secourisme du district de Nanchong avant de servir pendant près de trois ans dans l'armée en tant que *kanhu*. APS, 113-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Zhao Shengzhen 趙聲震, 1942.

aux médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) et encore moins dans les relevés statistiques sur le personnel médical du pays produit par le ministère de l'Intérieur[838]. Dans les faits, les assistants employés par les centres de santé ont des parcours particulièrement divers. Nombre d'entre eux sont passés par une formation médicale ou ont exercé des métiers liés à la médecine occidentale, notamment dans l'armée. Par exemple, Lin Junming est formé dans la classe pour infirmier l'armée de l'air où il sert six mois comme infirmier avant d'entrer au centre de santé de Qionglai comme assistant[839]. On trouve aussi à ce poste certains anciens infirmiers des hôpitaux civils de la province, comme Li Mingyuan, formé à l'hôpital Chuandong (*Chuandong yiyuan* 川東醫院), dans le district de Wan, à la fin des années 1930, et où il exerce deux ans comme infirmier en chef[840]. Au centre de santé de Kaijiang, l'une de ses collègues assistantes a elle aussi été formée et employée, cette fois comme sage-femme, à l'hôpital Chuandong[841]. D'autres ont étudié comme infirmier (*xuexi hushi* 學習護士) dans un établissement qui les emploie ensuite comme assistant[842]. Certains enfin n'ont aucune formation ou expérience professionnelle en rapport avec la médecine. Les assistants des centres de santé ont donc des profils très hétérogènes : certains ont déjà une expérience de plusieurs années comme soignant, y compris à des postes apparemment plus qualifiés comme infirmier ou sage-femme, quand d'autres sont complètement nouveaux dans ce domaine.

Si l'on ne connait pas le rôle précis de ce personnel, le fait qu'un bon nombre ait un profil de soignant tend à indiquer qu'ils participent d'une manière ou d'une autre à l'activité médicale. Il arrive même que ces assistants reçoivent une formation spécifique avant de prendre leur poste, comme le montre le parcours de Zhang Xulun. D'abord embauché comme gestionnaire (*guanliyuan* 管理員) dans un établissement de désintoxication de la province, il passe deux mois dans la classe d'entraînement pour le personnel de santé élémentaire de la province du

[838] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G47-139.

[839] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Lin Junming 林俊明, 20 septembre 1940.

[840] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Kaijiang : Li Mingyuan 栗明遠, non daté (après août 1943).

[841] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Kaijiang : Luo Zhiqiong 羅致瓊, non daté (après janvier 1943).

[842] APS, 133-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Xiao Xianding 蕭先鼎, non daté (après janvier 1946).

Sichuan avant de prendre ses fonctions d'assistant dans le centre de santé de Qionglai[843]. Ce « personnel de santé élémentaire » (*chuji weisheng renyuan* 初級衛生人員) que sont les assistants constitue une part conséquente de la main-d'œuvre des centres de santé. En 1940, sur les 14 employés du centre de santé de Qijiang, six sont des assistants. Dans tous les centres de santé dont nous connaissons la composition du personnel, il s'agit toujours de la catégorie la plus nombreuse. Leur rémunération est par ailleurs inférieure à celles des autres postes. Dans le centre de santé de Qu, au début des années 1940, le salaire des quatre assistants va de 15 à 25 yuans (les deux femmes ont les salaires les plus bas), contre 50 à 60 yuans pour les infirmiers, 100 yuans pour le médecin et 150 yuans pour le directeur[844]. Néanmoins, certains assistants peuvent être promus à des fonctions plus élevées, comme en témoignent les parcours de Luo Kaijin et Wang Yongkang. Employés comme infirmiers dans les centres de santé de Qijiang et Qu respectivement ils ont tous deux débuté comme assistant[845]. Ils ont chacun une courte expérience dans la santé, mais n'ont aucun diplôme attestant d'une instruction médicale formelle et reconnue[846].

Les centres de santé ont également recours à des travailleurs spécialisés dans l'éducation à l'hygiène et l'application des règles en matière de santé publique. Ils emploient en général un propagandiste en santé (*weisheng xuanchuanyuan* 衛生宣傳員), qui est souvent issu d'une carrière médicale, plusieurs ayant exercé comme infirmier ou *kanhu*. La carrière de He Guangxuan, employé au centre de santé de Qionglai, est partagée entre éducation et santé. Il a

[843] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Zhang Xulun 張敘倫, 20 septembre 1940.

[844] APS, 113-01-2187, Qu weishengyuan zhiyuan daocha riqi biao 渠縣衛生院職員到差日期表 (Tableau de prise de fonction du personnel du centre de santé du district de Qu), 1941. Nous disposons de peu de sources permettant de comparer à un même moment et dans un même établissement le traitement des différents membres du personnel et l'on observe dans les dossiers du personnel des variations considérables, que nous pouvons en partie attribuer à la très forte inflation. Les salaires des médecins sont ceux qui connaissent les variations les plus importantes.

[845] APS, 113-01-2211, Dossiers du personnel du centre de santé de Qijiang : Luo Kaijin 羅開金, 2 juin 1942 ; APS, 113-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Wang Yongkang 王永康, non daté (après février 1943).

[846] Luo a été pendant deux ans élève infirmière dans un hôpital de Chongqing, une expérience qu'elle n'inscrit pas dans la rubrique relative à son cursus, mais parmi ses expériences professionnelles, indiquant même son salaire (25 yuans). Sa situation s'apparente alors davantage à celle d'une employée en cours de formation qu'à celle d'une élève en école d'infirmières. Wang a quant à lui travaillé deux ans comme *kanhu* dans un centre de désintoxication, puis un an comme préparateur dans un hôpital du district de Yuan.

d'abord été directeur de bibliothèque, puis « médecin scolaire et instructeur en santé » (*xiaoyi ji shengli weisheng jiaoyuan* 校醫及生理衛生教員) dans une école et enfin directeur d'un établissement de désintoxication. Avant de travailler au centre de santé, il a suivi une formation de six mois dans la classe d'entraînement pour le personnel de santé élémentaire de la province du Sichuan. Certains établissements ont également un inspecteur sanitaire (*weisheng jiancha* 衛生稽查). Les deux qui nous sont connus, en poste à Qu et à Qijiang, sont tous deux passés par les services de santé de l'armée. Le premier y a été assistant médical (*yizuo* 醫佐) et a étudié dans deux classes d'entraînement pour médecins militaires, chaque fois pour une durée de trois mois[847]. Le second, formé comme infirmier, travaille pour un hôpital de désintoxication et pour l'armée avant de passer six mois dans un centre d'entraînement pour le personnel de santé (*weisheng renyuan xunliansuo* 衛生人員訓練所) dans la capitale du Guizhou[848].

Sous la République, le développement du personnel de santé ne repose ainsi pas seulement sur les écoles d'infirmiers et de sages-femmes, mais également sur le travail réalisé en dehors de ces dernières, notamment au sein des armées. Bien que la formation pratique délivrée au sein de certains hôpitaux ou des classes d'entraînement de l'armée se situe en deçà du niveau de qualification attendu par le gouvernement et les associations professionnelles, ces voies d'accès au métier de soignant ne doivent pas être négligées. En effet, dans les centres de santé du Sichuan, soignants et personnels de santé élémentaires (assistants, propagandistes en santé, etc.) proviennent bien plus souvent des rangs de l'armée, où ils ont par exemple exercé en tant que *kanhu*, que des bancs des écoles d'infirmiers. Si le Département de santé provincial est en mesure d'établir dans presque tous les districts ce nouveau type de structure sanitaire, c'est en partie grâce à cette main-d'œuvre médicale relativement nombreuse, disponible et peu coûteuse. À travers le parcours des personnels des centres de santé, on observe une certaine proximité entre des travailleurs qui ont pourtant des qualifications très différentes : un même poste d'assistant peut ainsi être occupé par des infirmiers entraînés et rompus à la pratique médicale ou par des travailleurs qui n'ont aucune expérience préalable dans le domaine sanitaire. Tous ces éléments semblent indiquer qu'une partie des infirmiers chinois se situent à la frontière

[847] 113-01-2187, Dossiers du personnel du centre de santé de Qu : Feng Haiyuan 馮海泉, non daté (après mai 1943).

[848] APS, 113-01-2211, Dossiers du personnel du centre de santé de Qijiang : Tang Shaowen 唐紹文, 2 avril 1942.

entre le monde des techniciens ou des simples employés (*yuan* 員) et celui des professionnels éduqués (*shi* 士).

C - Professionnalisation et spécialisation

Derrière les médecins, c'est donc un personnel de santé nombreux et divers qui participe au traitement des malades, à la préparation des médicaments ou encore aux travaux de santé publique tels que l'éducation à l'hygiène. On observe une segmentation des métiers de la santé, désormais désignés par des termes spécifiques (préparateur, propagateur, etc.), mais ces catégories ne doivent pas occulter les circulations qui font de chaque groupe professionnel un ensemble aux contours instables. Il est très courant pour un individu d'exercer en l'espace de quelques années des fonctions aussi différentes que celles de sage-femme, infirmier, préparateur ou assistant, sans compter les travailleurs venant d'autres domaines que celui de la santé. Face à la variété des situations, force est de constater qu'aucun parcours de formation standard ne se dessine. Le renforcement de l'enseignement médical, porté par la création de nouvelles écoles, ne concerne jamais qu'un nombre relativement limité d'établissements. Les sages-femmes, infirmiers et surtout infirmières qui en sortent diplômés constituent ainsi une forme d'élite professionnelle. Leurs qualifications et leur spécialisation dans certains domaines permettent à ces soignants de gagner en autonomie vis-à-vis des médecins. Mais la structuration des catégories professionnelles et la montée en compétence des travailleurs ne sont pas seulement le fait des politiques de formation. On peut déceler dans le parcours de certains personnels de santé une tendance à la spécialisation dans un domaine d'activité qui résulte de choix de carrière individuels, ou de stratégies de recrutement, plutôt que d'une volonté politique portée par le gouvernement ou les autorités sanitaires.

1) Infirmières et sages-femmes

Si l'on trouve au poste d'infirmier des individus aux profils très différents, le niveau de formation joue néanmoins un rôle certain dans les parcours de carrière. Dans les hôpitaux du Sichuan comme dans les centres de santé, les diplômés d'écoles d'infirmiers ou de sages-femmes occupent généralement des positions plus avantageuses avec un plus haut niveau de

responsabilité que ceux qui ont été formés par la pratique ou dans une classe d'entraînement. Comme dans le cas des médecins, les plus éduqués se concentrent notamment dans les hôpitaux missionnaires, les mieux dotés, où ils ont d'ailleurs souvent été formés. Dans les centres de santé, les diplômés d'écoles passent rarement par le poste d'assistant et sont sensiblement plus nombreux à occuper celui d'infirmier en chef (*hushi zhang* 護士長). Dans les centres de santé que nous avons sondés, huit des dix infirmiers en chef connus sont issus d'une école d'infirmiers ou dans un cas une école de sages-femmes (Annexe XI. C. 1.a.) Les deux infirmiers en chef restants ont fait leurs classes dans les armées de la province où ils ont exercé pendant plusieurs années. À l'inverse, quatre des huit infirmiers en chef diplômés d'une école ont accédé à ce poste dès leur entrée dans le métier, deux dans un centre de santé, deux autres dans un hôpital missionnaire. Les personnels ayant reçu une instruction plus longue et plus proche des standards fixés par les autorités semblent donc constituer une élite professionnelle.

La plupart ont étudié dans une école privée, ce qui s'explique par le fait que les places dans les établissements d'enseignement publics sont très rares dans le Sichuan des seigneurs de la guerre. Les pouvoirs publics entreprennent, malgré la guerre, de poursuivre les efforts déployés depuis 1929 par le gouvernement de Nankin pour grossir les rangs des infirmiers et de sages-femmes diplômés. Peu de temps après son arrivée à la tête du Département de santé provincial en 1939, Chen Zhiqian prend la direction de l'école supérieure provinciale des professions médicales (*gaoji yishi zhiye xuexiao* 高级医事职业学校) qui vient d'être créée à Chengdu. Comme souvent, les sources qui nous renseignent sur la vie de cet établissement sont discontinues et fragmentaires : nous ne disposons que du rapport d'activité de 1941, date à laquelle l'établissement fusionne avec une classe d'entraînement également fondé par Chen Zhiqian trois années plus tôt[849]. L'école qui dispose de son propre hôpital est soutenue financièrement par le gouvernement provincial, notamment son Département de santé et son Bureau de l'Éducation (*jiaoyuting* 教育廳), ainsi par le Bureau national de santé. Elle vise à former des infirmiers et surtout des infirmières, des sages-femmes, mais aussi des inspecteurs en pathologie (*bingli jianchayuan* 病理檢查員), dont la première classe vient d'être recrutée au moment de l'écriture du rapport. La majorité des 117 élèves sont originaires du Sichuan, mais les 20 nés en dehors de la province viennent de tout le reste du pays, du Tibet oriental

[849] APS, 113-01-1215, Gonggong weisheng renyuan xunlian ban 公共衛生人員訓練班 (Rapport d'activité de la classe d'entraînement pour le personnel de santé publique), 1941.

(province du Xikang 西康) à la côte est (Jiangsu, Zhejiang), de l'extrême sud (Yunnan) jusqu'au nord (Hebei, Liaoning). Surtout, l'école témoigne de la féminisation de la profession infirmière, puisque seuls sept de ses élèves sont des hommes, alors qu'ils représentent la moitié des infirmiers en poste dans les centres de santé étudiés (la moitié des infirmiers en chef) et même les deux tiers de ceux recensés dans les hôpitaux et cliniques des districts en 1938-1939. La prévalence des femmes s'accentue donc non seulement au fil du temps, car les premiers infirmiers formés par les missionnaires étaient tous des hommes, mais aussi à mesure que le niveau de qualification de la population observée augmente. Si les soignants issus des classes d'entraînement de l'armée sont en règle générale des hommes, les femmes sont souvent issues d'études plus longues, notamment dans les écoles d'infirmière ou de sage-femme (Annexe IX. C. 1. b.)

Le rapport d'activité de 1941 donne également un aperçu détaillé de l'organisation des enseignements[850]. Pour les élèves sages-femmes comme infirmières, le cursus débute par une année de tronc commun qui comprend des enseignements théoriques (anatomie, physiologie, pharmacologie, bactériologie, etc.) et des cours plus généraux (culture nationale, histoire, géographie, sport, etc.). À partir de la deuxième année, les élèves sont répartis entre les classes pour infirmiers et infirmières et celles pour sages-femmes. L'enseignement dispensé aux futures infirmières conserve une portée générale, avec des cours de civisme (*gongmin* 公民), d'économie domestique, ou encore de sociologie, qui s'ajoutent aux matières médicales (théories et techniques des soins infirmiers, physiothérapie, nutrition, etc.). Le dernier semestre est presque entièrement consacré à la mise en pratique en établissement de soins. Les élèves de cette école sortent diplômés au bout de deux ans, soit une année de moins que le cursus standard fixé par la Commission sur l'éducation médicale quelques années plus tôt. Sans doute les autorités sont-elles contraintes de revoir certaines de leurs exigences pour faire face au manque de personnel infirmier, particulièrement aigu dans cette province, en particulier au moment où la création des centres de santé provoque de nouveaux besoins. La formation des sages-femmes dure quant à elle trois ans au total. Après l'année de tronc commun, la deuxième année est recentrée sur des cours spécialisés, avec par exemple cinq heures hebdomadaires consacrées à l'obstétrique, et surtout 34 heures d'exercice clinique. La troisième année est presque

[850] APS, 113-01-1215, Geji xuesheng shouke ji shixi gaikuangbiao 各級學生授課及實習概況表 (Table synthétique des enseignements et mises en pratique pour chaque niveau), 1941.

entièrement consacrée à la pratique. Cette organisation des enseignements est globalement similaire à celle proposée quelques années plus tôt par la Première école nationale de sages-femmes. Dans cette dernière, la formation dure seulement deux ans, mais les nouveaux élèves ont déjà de bonnes bases dans les matières scientifiques[851]. Ainsi, dès la première année, ils suivent un enseignement médical spécialisé assorti d'un apprentissage pratique.

Le fait qu'une même école forme à la fois des infirmières et des sages-femmes souligne enfin les liens étroits qui unissent ces deux professions. En effet, il n'est pas rare qu'une sage-femme de formation exerce comme infirmière, ou inversement. Par exemple une diplômée de l'école de sages-femmes Hongci, à Chengdu, occupe successivement les postes de sage-femme puis d'infirmière dans les centres de santé de Weiyuan 威遠 et de Qionglai avant de prendre les fonctions de sage-femme dans ce dernier établissement[852]. Il arrive également que la même personne endosse les deux rôles, comme à l'hôpital du district de Guanghan dont l'infirmière fait également office de sage-femme[853]. Les parcours des soignants semblent indiquer qu'il est plus difficile pour une infirmière diplômée d'accéder à un poste de sage-femme que l'inverse. Une sage-femme de formation peut tout à fait devenir infirmière dès l'obtention du diplôme, tandis que les élèves qui ont étudié dans une école d'infirmières doivent justifier de plusieurs années d'exercice avant de prendre les fonctions de sage-femme. De la même manière, certaines continuent leurs études dans une école de sage-femme après avoir au préalable obtenu un diplôme d'infirmière. Enfin, dans les centres de santé du Sichuan, le salaire des sages-femmes dépasse en général celui des infirmiers et infirmières. Ces éléments tendent à indiquer que ce métier nécessite des qualifications plus élevées, tout comme le fait qu'il faille une année supplémentaire à l'école supérieure des professions médicales pour former une sage-femme. Si l'analyse des parcours d'infirmiers et de techniciens laisse voir une grande fluidité et porosité entre ces deux catégories, la profession de sage-femme reste fortement liée, voire indissociable de celle d'infirmière. Les infirmières et sages-femmes diplômées constituent un groupe à part entière, uni par un bon niveau de formation qui leur évite généralement de passer par des postes

[851] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. 87.

[852] 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Chen Shifang 陳世芳, non daté (après décembre 1941).

[853] APS, 113-01-0296, Fiche d'enquête de l'hôpital du district du Guanghan 廣漢縣地方醫院, 1938.

moins qualifiés et qui les distingue d'autres travailleurs ayant davantage un profil d'infirmier-technicien.

2) Politiques de formation et stratégies individuelles

La professionnalisation des travailleurs de la santé ne se limite pas pour autant à la formation qu'ils ont (ou non) reçue initialement. En parallèle des établissements qui recrutent leurs élèves parmi les diplômés de l'enseignement primaire ou secondaire, les promoteurs de la médecine moderne publics ou privés, mettent sur pied des programmes éducatifs qui s'adressent aux personnels déjà en activité. À partir de la fin des années 1920, la municipalité de Pékin ouvre des cours d'une durée de deux mois afin de former les accoucheuses traditionnelles (*jieshengpo*), en leur enseignant par exemple les méthodes d'asepsie[854]. Il peut aussi d'agir de formations complémentaires orientant les soignants vers des postes plus spécialisés. Les archives attestent de l'existence d'une classe d'entraînement pour le personnel de santé publique qui semble remplir cette fonction. Cette classe d'entraînement fusionne avec l'école supérieure des professions médicales en 1941. Les cours, d'une durée de neuf mois, s'adressent à des infirmiers et portent essentiellement sur l'hygiène et la santé publique. À la fin du cursus, les élèves sont évalués dans les matières suivantes : principes [du travail] d'infirmier de santé publique, éducation sanitaire, statistique de santé, obstétrique, hygiène personnelle, santé environnementale, scolaire et santé maternelle, nutritions, visites à domicile et idéologie du parti[855]. Ce programme d'étude est d'ailleurs assez proche de l'intitulé des différents services que comprennent les centres de santé selon le plan d'organisation de 1939 qui encadre leur création.

Les effectifs de la classe d'entraînement pour le personnel de santé publique sont apparemment réduits : la promotion de 1941 ne compte que huit élèves (cinq femmes et trois

[854] JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China*. *Op. cit.* p. 93-102.

[855] *Gonggong weisheng hushi yuanli* 公共衛生護士原理 (abrégé *gonghu weisheng yuanli* 共護衛生原理), *jiankang jiaoyu* 健康教育, *shengming tongji*生命統計, *chankexue* 產科學, *geren weisheng* 個人衛生, *huanjing weisheng* 環境衛生, *xuexiao weisheng* 學校衛生, *fuying weisheng* 婦嬰衛生, *yingyang xue* 營養學, *jiating fangshi* 家庭訪視, *dangyi* 黨義. APS, 113-01-1215, Di san jie hushiban xueyuan gongke chengxu fenshubiao 第三届護士班學員功課成績分數表 (Tableau récapitulatif des résultats de la troisième promotion d'élèves infirmiers), 1941.

hommes) qui ont entre 23 s et 29 ans. Tous sont déjà diplômés de l'une des écoles d'infirmières liées aux missionnaires et exercent vraisemblablement depuis plusieurs années : l'élève la plus âgée a terminé ses études à l'école d'infirmières de l'hôpital de la mission méthodiste de Chongqing en 1931, soit dix ans auparavant. À la fin de leur entraînement, ils sont affectés dans un centre de santé, notamment celui de Wenjiang 溫江, dans la périphérie de Chengdu, où Chen Zhiqian est en train d'organiser un nouveau programme de formation dans le cadre d'une campagne de promotion de la santé rurale[856]. Le centre d'entraînement pour le personnel de santé publique recrute donc des infirmiers déjà en activité pour parfaire leur instruction dans des domaines qui font spécifiquement partie de l'activité des centres de santé. Il s'agit de constituer un personnel médical spécialisé qui, par exemple, sert de cadre à la formation des autres travailleurs sanitaires. Les élèves de la classe d'entraînement sont également préparés à prendre un poste d'infirmier de santé publique (*gonggong weisheng hushi* 公共衛生護士) dans les centres de santé, comme celui de Qu ont l'on trouve justement deux anciens élèves de cet établissement. Ce type de fonction n'est pas spécifique aux centres de santé, puisque dès les années 1930 des infirmiers de santé publique sont formés, notamment par le PUMC, et qu'ils disposent de leur propre association à partir de 1935[857]. Contrairement aux simples infirmiers qui doivent avant tout aider les médecins à dispenser les soins, ces personnels spécialisés disposent d'une plus grande autonomie pour mettre en œuvre certaines mesures de santé publique, comme des campagnes de vaccination ou d'éducation à l'hygiène. Les politiques de santé et le travail de formation qui les accompagnent font donc émerger au sein de ce large ensemble que constitue le métier d'infirmier, un corps spécialisé dans le travail de prévention et d'éducation à l'hygiène. Dans les centres de santé, bien que tous les infirmiers de santé publique ne soient pas passés par un entraînement spécifique, ils ont en moyenne une formation médicale plus longue que les simples infirmiers (41 mois en moyenne contre 27 mois). Cela n'empêche cependant pas un infirmier militaire de devenir infirmier de santé publique dans le

[856] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 111.

[857] HU, Yong 胡勇. « Minguo shiqi de gonggong weisheng hushi zhidu ji qi shijian » 民国时期的公共卫生护士制度及其实践 (Système et pratique des infirmiers de santé publique sous la République), *Dongfang luntan*. 2018 nº 01. p. 62-68.

centre santé de Qijiang après seulement trois mois dans une classe d'entraînement de l'armée et deux ans d'exercice dans l'armée[858].

Un autre exemple, celui des préparateurs en pharmacie (*diaojisheng* 調劑生 ou *yaojisheng* 藥劑生), montre comment certains métiers de la santé se structurent même en l'absence de politiques de formation spécifiques. Ces personnels sont suffisamment nombreux dans les hôpitaux du pays au début des années 1930 pour que le ministère de l'Intérieur (*neizhengbu* 内政部) entreprenne de les enregistrer officiellement : on compte 851 préparateurs en pharmacie entre 1929 et 1935[859]. Ce sont dans la grande majorité des hommes et ils se concentrent dans les provinces du Zhejiang et du Jiangsu, qui totalisent près des deux tiers du personnel enregistré. Dans les relevés de statistiques officiels, ce métier apparaît au sein des autres personnels médicaux (*yishi renyuan* 醫事人員). L'enquête sur les hôpitaux et cliniques menée en 1938-1939 dans les districts du Sichuan prévoit également dans ses formulaires une catégorie spécifiquement dédiée à ces travailleurs. Contrairement aux assistants, les préparateurs des centres de santé du Sichuan ont presque tous reçu une formation médicale. Le seul contre-exemple dont nous avons connaissance est celui d'un professeur, diplômé d'une école normale, qui a d'abord été assistant dans le centre de santé de Qionglai avant d'y devenir préparateur[860]. On observe notamment parmi ces personnels une tendance à la spécialisation dans le domaine pharmaceutique. Une autre préparatrice du centre de santé de Qionglai a par exemple été formée dans la classe d'infirmière d'un hôpital de Chengdu, une instruction de deux ans qu'elle complète par un stage de six mois dans la salle de préparation (*diaojishi* 調劑室) de ce même établissement[861]. Beaucoup passent par le métier de *siyao* 司藥 que nous traduisons par « employé en pharmacie » et qui désigne en général une personne chargée de délivrer les médicaments aux patients aussi bien dans une pharmacie que dans un hôpital. Une préparatrice du centre de santé de Kaijang qui a suivi des études de préparation à la médecine

[858] APS, 113-01-2211, Dossiers du personnel du centre de santé de Qijiang : Zuo Jimin 左濟民, 20 juin 1942.

[859] *Neizhengbu nianjian*. *Op. cit.* p. G138-139.

[860] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Jiang Shujun 姜淑君, non daté (après juillet 1941).

[861] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Liu Wanfang 劉婉芳, 20 septembre 1940.

(*yiyuke* 醫預科) dans le Jiangsu commence à travailler comme employée en pharmacie dans un hôpital militaire de cette province, puis elle est embauchée comme laborantine et employée en pharmacie (*huayanshi jian siyao* 化驗師兼司藥) dans un hôpital de désintoxication à l'opium du Sichuan au début de la guerre[862]. Si le métier d'infirmier de santé publique répond essentiellement aux besoins de la politique sanitaire au niveau national ou local, ceux de préparateurs ou *siyao* trouvent leur raison d'être dans la tendance à l'augmentation de l'équipement pharmaceutique des établissements. Les multiples substances que les hôpitaux préparent et délivrent eux-mêmes aux patients nécessitent un personnel spécifique, disposant d'une certaine expérience dans le domaine.

Ces exemples illustrent le fait que la structuration des métiers de la santé ne saurait se limiter à l'instruction initiale des personnels. Si une grande partie d'entre eux sont formés comme infirmiers (*hushi* ou *kanhu*) dans une école ou une classe d'entraînement, leur parcours de carrière, une fois le diplôme obtenu, dessine également une forme de spécialisation dans certaines branches de l'activité médicale. Des politiques de formations entreprennent de compléter l'entraînement des personnels afin de les préparer, par exemple, à effectuer certains travaux de santé publique. Mais ces mesures n'expliquent qu'une partie des changements observés dans le paysage médical, comme le montre le cas des préparateurs. L'organisation des hôpitaux, leurs besoins en personnels structurent un marché du travail sanitaire qui pousse certains individus vers des métiers spécifiques, même en l'absence de politique de formation ou de règlementation en ce sens.

Conclusion

Le développement de la médecine occidentale en Chine ne repose pas seulement sur le travail des médecins, mais également sur un nombre croissant de métiers qui deviennent indispensables aux soins. C'est particulièrement visible dans les établissements de grande taille, comme l'hôpital municipal de Chengdu qui compte au milieu des années 1940, en plus de ses 21 médecins, trois préparateurs, 14 infirmiers et infirmières, deux sages-femmes et 16 autres

[862] APS, 113-01-2184, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Tang Yu 唐瑜, décembre 1940.

employés dont le poste n'est pas spécifié[863]. Ces personnels occupent une place encore plus importante dans les centres de santé. En tant qu'infirmiers, mais aussi comme propagandistes ou inspecteurs d'hygiène ils ont notamment la charge des travaux de prévention auprès de la population. Si certains tendent à se spécialiser dans un domaine particulier, force est de constater que les formations et les parcours de carrière sont encore loin d'être standardisés dans les années 1940. Si les écoles et les associations professionnelles semblent dessiner des frontières claires entre les infirmiers, les sages-femmes et les techniciens moins qualifiés, ces démarcations s'effacent presque complètement dès lors que l'on considère les individus qui occupent effectivement ces fonctions au sein des hôpitaux de la province. À un même poste, on trouve des individus aux qualifications très différentes, qui sont eux-mêmes amenés à exercer plusieurs types de fonctions au cours de leur carrière.

Une ligne de partage semble néanmoins traverser la profession infirmière et, plus généralement, l'ensemble des personnels de santé. D'un côté de cette ligne, nous trouvons les diplômés des écoles d'infirmier et d'infirmières ou de sages-femmes qui se succèdent à des fonctions relativement élevées. Dans les centres de santé, ces diplômés évitent les postes moins qualifiés tels que celui d'assistant et accèdent davantage à certaines responsabilités, comme celles d'infirmier en chef, ou bénéficient d'une formation complémentaire pour devenir infirmiers de santé publique. De l'autre côté, nous avons les anciens infirmiers militaires, parfois formés dans les classes d'entraînement de l'armée, qui côtoient ceux qui ont été entraînés par la pratique à des fonctions de techniciens moins qualifiées, comme celle d'assistant. Là encore, cette frontière n'est pas absolue, puisque certains infirmiers militaires peuvent tout à fait accéder au cours de leur carrière à des postes tenus habituellement par les infirmiers diplômés d'une école.

La présence des infirmiers militaires au sein des centres de santé attire l'attention sur le rôle joué par les armées, notamment celles des seigneurs de la guerre, dans la formation de ceux qui deviennent dans les années 1940 des travailleurs de santé publique. De plus, les parcours des soignants témoignent des liens qui unissent les centres de santé et les centres de désintoxication à l'opium apparus dans les années 1930 : une jeune femme travaille par exemple comme assistante dans l'hôpital de désintoxication de Jiange 劍閣 jusqu'en janvier

[863] APS, 113-01-0730, Fiche d'enquête de l'hôpital municipal de Chengdu 成都市市立醫院, 3 août 1944.

1940, date à laquelle elle est recrutée par le centre de santé de ce même district[864]. Bien que Chen Zhiqian déclare « qu'aucun progrès en matière de santé n'a été réalisé durant [son] séjour de 18 en dehors de la province »[865], le nouveau système de santé publique qu'il élabore ne part pas de rien. Les centres de santé fondés pendant la guerre reprennent le personnel des établissements de désintoxication et emploient des soignants formés dans les armées du Sichuan au cours de la décennie précédente. De la même manière, les communistes réemploient les structures de santé établies par leurs anciens ennemis, comme l'a montré Mary Augusta Brazelton, pour établir leur programme massif d'immunisation dans les années 1950[866].

[864] APS, 113-01-2133, Dossiers du personnel du centre de santé de Qionglai : Liu Wanghuai 劉王槐, non daté (après décembre 1940).

[865] CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China*. *Op. cit.* p. 110.

[866] BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination*. *Op. cit.* p. 169.

Conclusion

Les premières années du régime communiste transforment considérablement le paysage médical chinois. Une première rupture apparaît avec le départ contraint des missionnaires et des institutions étrangères qui avaient joué, depuis le XIXe siècle, un rôle de premier plan dans le développement de la médecine occidentale dans le pays. En 1951, la China Medical Board quitte le pays et le PUMC passe sous le contrôle du gouvernement communiste. Au Sichuan, la faculté de médecine de la WCUU (*Huaxi xiehe daxue* 華西協合大學) devient la Faculté de médecine du Sichuan (*Sichuan yixueyuan* 四川醫學院) et ses personnels étrangers comme tous les missionnaires de la province quittent le pays au début des années 1950. En un laps de temps très court, l'État chinois remplace donc ces acteurs étrangers dont dépendaient encore dans les années 1940 une part conséquente des personnels de santé formés à la médecine occidentale (médecins, infirmières, sages-femmes).

Néanmoins, cette transition ne remet pas fondamentalement en cause le maillage sanitaire dessiné par le gouvernement nationaliste et ses partenaires étrangers : les hôpitaux dont héritent les communistes, le plus souvent situés dans les villes, constituent la base du système de santé urbain[867]. De même, la réorganisation de l'enseignement médical sur le modèle soviétique, tout en rompant avec les orientations du gouvernement précédent, concrétise les projets esquissés sous la décennie de Nankin pour uniformiser le cursus médical autour de critères définis par l'État chinois[868]. Si les politiques de santé menées par les communistes et les nationalistes diffèrent sur de nombreux points, les premiers poursuivent et accélèrent l'étatisation et la sinisation de la médecine occidentale amorcée sous la République.

Par ailleurs, les communistes veulent afficher une attitude bien plus favorable à la médecine chinoise que leurs prédécesseurs. En 1950, le ministre de la Santé Li Dequan 李德全 (1896-1972) affiche la volonté du nouveau régime de mettre fin aux « longues années de souffrance et de négligence endurées sous les impérialistes » par les praticiens de la médecine chinoise[869]. Moins de dix années plus tard, Mao Zedong place la médecine chinoise au rang de

[867] RENSHAW, Michelle. « The Evolution of the Hospital in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

[868] XI Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China ». *Op. cit.*

[869] CROIZIER, Ralph C. *Traditional Medicine in Modern China*. *Op. cit.* p. 159.

« trésor » (*baoku* 宝库) national et lance un nouveau slogan appelant les « praticiens de la médecine occidentale [à] étudier la médecine chinoise » (*xiyi yishi xuexi zhongyi* 西医医师学习中医). Pourtant, bien que l'historiographie chinoise ait longtemps insisté sur la protection dont a bénéficié la médecine chinoise sous les communistes après les attaques menées contre elle par les nationalistes, la route est longue entre la déclaration de Li Dequan et la réhabilitation de la médecine chinoise dans la deuxième moitié des années 1950[870]. Dans un premier temps, la volonté exprimée par Mao en 1949 d'« unifier les médecines chinoise et occidentale » (*zhongxiyi tuanjie* 中西医团结) se traduit par des initiatives visant à éduquer les praticiens de la médecine chinoise à la médecine occidentale. Au début des années 1950, les premières mesures prises par He Cheng 贺诚 (1901-1992), praticien formé à la médecine occidentale et numéro deux du ministère de la Santé, ne donnent encore qu'un rôle marginal à la médecine chinoise dans le système de santé. Les tâches de santé publique confiées aux praticiens de la médecine chinoise (inoculation, éducation à l'hygiène) s'appuient essentiellement sur des connaissances et des techniques issues de la médecine occidentale et ne leur laissent qu'une faible marge de manœuvre[871]. En 1953, He Cheng est[872] accusé de vouloir éliminer la médecine chinoise au profit de la médecine occidentale ; contraint à l'autocritique, il démissionne en 1955[873]. Alors seulement l'orientation générale des politiques médicales communistes se montre clairement favorable à la médecine chinoise.

On observe une forme de continuité entre ces hésitations du début des années 1950 et les tâtonnements de la période républicaine pendant laquelle le gouvernement chinois cherche à limiter la place de la médecine chinoise dans le système de santé tout en ménageant ses praticiens, ces derniers bénéficiant du soutien d'une partie de la classe politique. De plus, certaines des premières mesures prises par le gouvernement communiste consistent en réalité à réitérer des dispositions réglementaires établies dès la période républicaine. Le système de

[870] LIU, Qing. « The Cultural Dilemma in the Process of Uniting Chinese and Western Medicine from 1940 to 1950 », *The Journal of Chinese Sociology*. février 2019, vol.6 nº 1. p. 4 ; SCHEID, Volker et LEI, Sean Hsiang-lin. « The Institutionalization of Chinese Medicine » in Mary Brown BULLOCK et Bridie ANDREWS (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014, p. 244-266.

[871] TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963*. *Op. cit.* p. 34-35.

[872] LAMPTON, David M. *The Politics of Medicine in China: the Policy Process, 1949-1977*. Boulder : Westview Press, 1977. p. 38-39.

[873] TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963*. *Op. cit.* p. 43.

licence établi en 1950-51 par le nouveau ministère de la Santé reprend le Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise de 1936. Les individus souhaitant exercer la médecine chinoise doivent détenir un « certificat de praticien de la médecine chinoise » (*zhongyishi zhengshu* 中医师证书) dont l'obtention nécessite d'être passé par une école de médecine chinoise[874]. Les praticiens non diplômés peuvent quant à eux obtenir un certificat temporaire à la condition d'avoir déjà exercé la médecine pendant au moins cinq ans. Les règles édictées au début des années 1950 imposant la tenue de dossiers de patients et un format pour les prescriptions font également écho aux règlements de 1922 qui obligeait déjà le praticien à inclure des informations claires et détaillées sur son identité, celle du patient, le traitement prescrit et la manière de l'administrer. Enfin, les textes promulgués par le gouvernement communiste fixent certaines spécialités de la médecine chinoise selon des catégories qui sont assez proches de celles employées par les comités d'évaluation des praticiens de la médecine chinoise, notamment celui du district de Wan, à la fin des années 1930[875].

Au-delà d'une rupture apparente créée par l'arrivée au pouvoir des communistes, de nombreux processus à l'œuvre après 1949 prennent ainsi leurs racines dans la première moitié du XXe siècle. En mobilisant de nouvelles sources pour centrer notre analyse sur les agents locaux de la santé, et en tout premier lieu sur les acteurs essentiels que sont les médecins, nous espérons fournir un éclairage nouveau sur cette période de l'histoire médicale chinoise. Selon nous, l'acceptation de la médecine chinoise par le gouvernement n'est pas seulement un problème intellectuel ayant trait à la lutte entre défenseurs de la science et protecteurs de la tradition chinoise. C'est aussi un problème politique : sous les nationalistes, comme plus tard sous le régime communiste, le gouvernement se montre d'autant plus enclin à soutenir la cause de la médecine chinoise que celle-ci s'institutionnalise et se professionnalise, se rendant ainsi compatible avec une forme de modernité médicale. Une approche locale permet également de souligner la diversité des voies qu'emprunte le développement de la médecine occidentale en Chine. Plus généralement, dès la période républicaine, la transformation du paysage médical chinois et la construction d'un État fort sont deux phénomènes indissociables.

[874] *Ibid.* p. 37-38.

[875] APS, 113-02-3488, Wanxian zhongyi chushencha weiyuanhui shencha shishi xize, décembre 1938.

Modernités médicales et professionnalisation de la médecine

Dans la première moitié du XXe siècle, l'histoire de la médecine a été marquée par le dilemme identifié par Ralph Croizier : le renforcement de l'État chinois suppose la promotion de la science, mais cette dernière menace en retour l'« essence nationale ». L'historiographie a souligné la variété des réponses apportées par les médecins, les décideurs publics et tous ceux qui ont pensé l'avenir des médecines chinoise et occidentale de la fin des Qing à la période communiste[876]. Néanmoins, selon Paul Unschuld, à partir de la chute l'empire en 1911, l'État chinois a adopté une « politique exclusivement consacrée à la médecine occidentale », mettant à mal la légitimité idéologique de la médecine chinoise[877]. Cette affirmation rend effectivement compte d'une tendance de fond dans la position du gouvernement chinois à l'égard des questions de santé, mais elle appelle également certaines nuances.

Tout d'abord, la médecine chinoise conserve tout au long de la période républicaine un certain crédit aux yeux d'une partie des dirigeants chinois. Les dirigeants nationalistes se sont en général gardés d'attaquer frontalement la médecine chinoise[878]. Sun Zhongshan, fondateur du Guomindang et figure tutélaire de la République, acceptait ainsi dans les derniers mois de sa vie de faire traiter son cancer par la médecine chinoise. Cette décision est d'autant plus symbolique que celui qui fut le premier président de la République de Chine après la révolution de 1911 avait été formé à la médecine occidentale à la fin du XIXe siècle. Après avoir étudié à l'hôpital du missionnaire John G. Kerr à Canton, il obtient un diplôme du *College of Medicine for Chinese* ouvert par la *London Missionnary Society* à Hongkong, l'une des premières écoles de médecine occidentale en Chine. En 1929, quatre années après la mort de Sun Zhongshan, alors que le Mouvement pour la médecine nationale s'oppose au projet d'abolition porté par Yu Yan, les porte-paroles du mouvement reçoivent le soutien de plusieurs membres du gouvernement de Nankin, parmi lesquels le président du Yuan exécutif (équivalent d'un Premier ministre) Tan Yankai 譚延闓 (1887-1946) et le ministre de la Santé Xue Dubi. Pour ces hommes politiques, il est hors de question de s'aliéner un tel groupe au nom d'un projet d'abolition, du reste peu réaliste au vu de l'état de développement de la médecine occidentale dans le pays. Pour les dirigeants du pays, il faut moderniser le système médical sans courir le

[876] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 6.

[877] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 249-250.

[878] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 111-117.

risque politique de s'aliéner le monde de la médecine chinoise. Nous avons également montré comment certains représentants politiques locaux, siégeant dans les assemblées de province et de district, ont pu se montrer attentifs au développement de la médecine chinoise dans leur localité, par exemple en soutenant des projets de création d'hôpitaux publics de médecine chinoise.

À l'inverse, certaines composantes de l'État chinois se montrent beaucoup moins ouvertes, voire hostiles, à la médecine chinoise. Lorsque des épisodes de conflits opposent le gouvernement et les praticiens de la médecine chinoise, ils engagent surtout le ministère de la Santé ou celui de l'Éducation. En 1912, une série d'ordonnance sur la création de nouvelles écoles, qui n'évoque pas le cas de la médecine chinoise, est interprétée par les praticiens de cette dernière comme une attaque[879]. Qu'il s'agisse ou non d'une tentative déguisée pour supprimer la médecine chinoise, cet épisode, comme la tentative d'abolition de 1929, témoigne surtout des réticences à intégrer la médecine chinoise à un système d'enseignement ou un système de santé publique fondé sur une approche scientifique. Les moyens dont dispose le ministère pour assurer le développement de la médecine occidentale ou au contraire restreindre l'usage de la médecine chinoise sont limités. S'il ne peut pas interdire la médecine chinoise ni assurer une place prépondérante à la médecine occidentale, il est néanmoins en mesure de distinguer clairement ces deux ensembles, par le système de licence. L'administration sanitaire décide par ailleurs de la place de chacune de ces deux médecines dans le système de santé : tout au long de la période républicaine, le système de santé publique qu'elle élabore repose entièrement sur la médecine occidentale. L'État devient ainsi un acteur majeur dans la distribution de l'expertise médicale, c'est-à-dire qu'il est progressivement en mesure de décider qui sont les agents du système de santé et de déterminer leur rôle. L'administration sanitaire s'attache ainsi à distinguer clairement ce qui relève de la science, et peut donc bénéficier de son soutien, des approches non scientifiques qui, si elles ne sont pas interdites, doivent néanmoins être exclues de la médecine d'État.

Néanmoins, l'attitude de l'administration sanitaire ne doit pas masquer le fait que pour d'autres acteurs étatiques la médecine chinoise peut avoir une place, même discrète, dans le système de santé. La plupart des sources qui ont été employées, y compris dans cette thèse, pour

[879] XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science': Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 ». *Op. cit.* ; LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 99.

écrire l'histoire de la médecine en Chine ont été produites par cette administration sanitaire et reproduisent sa méfiance vis-à-vis de la médecine chinoise. Il est plus difficile de documenter les initiatives d'autres acteurs en matière de santé, soit parce que la documentation est plus difficilement accessible (par exemple pour éclairer l'action de l'armée), soit parce qu'elle est davantage dispersée, voire qu'elle n'a tout simplement pas été conservée. Plusieurs indices témoignent du fait que l'hostilité du ministère de la Santé à l'égard de la médecine chinoise n'est pas nécessairement partagée par le reste de l'administration républicaine. Nous avons montré qu'un établissement d'enseignement de la médecine occidentale comme l'école officielle de médecine de Chongqing pouvait tout à fait, au début du XXe siècle, remplir sa bibliothèque d'ouvrages consacrés à la médecine chinoise[880]. De plus, les gouvernements locaux emploient des praticiens de la médecine chinoise à des postes publics tout au long de la première moitié du XXe siècle. Bridie Andrews remarquait par exemple que dans le Zhejiang des charges de « médecins officiels » (*guanyi* 官醫) étaient confiées à des praticiens de la médecine chinoise jusque dans les années 1910[881]. Les sources du Sichuan montrent que cette pratique se perpétue au moins jusque dans les années 1930, notamment dans les centres de désintoxication à l'opium établis sous les seigneurs de la guerre qui emploient parfois des praticiens de la médecine chinoise[882]. La guerre contre le Japon ouvre de nouveaux espaces de collaboration entre les praticiens de la médecine chinoise, qui bénéficient désormais de l'appui de l'Institut de médecine nationale, et certaines composantes de l'État, notamment l'armée confrontée à l'afflux de blessés et à la pénurie de soignants.

Quelle que soit leur position vis-à-vis la médecine chinoise, toutes les composantes de l'État la distinguent clairement de la médecine occidentale. L'enregistrement des praticiens démontre ce souci constant de marquer la frontière entre les deux médecines. Certes, des porosités persistent tout au long de la période étudiée, comme l'illustre le parcours de Cai Ganqing 蔡幹卿, qui dirige successivement une branche locale de l'Institut de médecine nationale et aussi une école de médecine occidentale. Dans leur somme historique sur la

[880] Voir chapitre 1. B.

[881] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 39-41.

[882] Plusieurs praticiens de la médecine chinoise déclarent dans leur dossier de demande de licence avoir exercé dans un établissement de désintoxication à l'opium. APS, 113-01-0655, Wang De 王德, 1941 ; APS, 113-01-0655, Zhang Chengjie 張成楷, 1940.

médecine chinoise au Sichuan, Yang Dianxing et Tian Xingjun ont en outre identifié un courant de pensée prônant « l'unification de la médecine chinoise et occidentale » (*zhonxiyi jiehe xuepai* 中西醫結合學派) composé d'auteurs qui publient des travaux dans ce sens durant toute la première moitié du XXe siècle[883]. Néanmoins, l'impression générale qui se dégage à la lecture des archives est la constitution de deux « juridictions », au sens de Abbott, appuyée chacune sur un statut et un système d'enseignement médical propre. Il existe bien quelques cas de praticiens se revendiquant compétents dans les deux médecines, mais, parmi eux, aucun ne dispose d'un diplôme d'une école de médecine chinoise et d'une de médecine occidentale. La distinction entre les deux médecines semble également clairement perceptible par la population : dans les pages des journaux, la réclame publiée par les médecins permet le plus souvent d'identifier le type de médecine pratiquée par chacun, soit parce que cette information apparaît explicitement, soit parce que le contenu de l'annonce laisse peu de place au doute.

La professionnalisation des médecins contribue à la constitution de deux médecines qui se définissent l'une par rapport à l'autre, « comme deux miroirs se faisant face »[884]. À travers cette métaphore, Bridie Andrews souligne que l'histoire de la médecine chinoise et celle de la médecine occidentale sont intimement liées pendant toute la première moitié du XXe siècle et qu'elles constituent deux facettes de la modernité médicale chinoise. Depuis la fin du XXe siècle, l'historiographie s'est attachée à penser la modernité médicale chinoise non plus seulement au travers du développement de la médecine moderne, mais aussi comme l'adoption par la société et l'État chinois de nouvelles conceptions qui réorientent le rapport à la santé, comme la science, synonyme de progrès pour les savoirs médicaux, pour la santé de la population et, plus généralement, pour la nation chinoise. La médecine chinoise, qui intègre également ces conceptions modernes, et la médecine occidentale s'inscrivent dès lors dans une même entreprise culturelle et nationale, même si elles empruntent des voies différentes[885].

Les transformations institutionnelles et règlementaires mises en évidence dans cette thèse éclairent sous un autre jour cette évolution conjointe de la médecine chinoise et de la médecine occidentale. Progressivement, les différences statutaires entre les praticiens de chaque médecine disparaissent au profit d'une catégorie unique, le médecin (*yishi* 醫師), consacrée par

[883] YANG, Dianxing 杨殿兴 et Xingjun 田兴军 TIAN. *Chuanpai zhongyiyao yuanliu yu fazhan*. *Op. cit.*

[884] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 216.

[885] *Ibid.*p. 12.

la Loi sur les médecins de 1943 qui traite pour la première fois de ces deux groupes dans un seul texte. Cette loi confirme certaines interdictions et les règles de bonnes pratiques communes à tous les praticiens, comme l'obligation d'examiner le corps du patient ou encore de signaler les maladies infectieuses, et en ajoute de nouvelles, comme l'observation d'une forme de secret médical. L'exercice de la médecine, qu'elle soit occidentale ou chinoise, devient donc un domaine d'activité règlementé et soumis, du moins en droit, au contrôle des autorités. Au cours de la période étudiée s'observe également un rapprochement dans les modes d'organisation des praticiens de la médecine chinoise et ceux de la médecine occidentale. L'enseignement de la médecine chinoise s'institutionnalise avec l'essor des écoles, qui se superposent à la transmission personnelle du savoir médical, du maître à ses disciples. S'il ne faut pas exagérer la portée de cette transformation, les écoles et les diplômes contribuent néanmoins à formaliser la distinction entre professionnels, détenteur d'un savoir spécialisé, et patients-profanes. De la même manière, l'hôpital devient le lieu privilégié de la pratique médicale professionnelle pour les deux médecines, même si les hôpitaux de médecine chinoise restent encore plutôt rares. En déplaçant le lieu de la rencontre médicale, ils contribuent à renforcer l'autorité du médecin sur les patients et leur entourage.

Les conclusions que nous tirons de la réglementation de la pratique médicale et de l'institutionnalisation de la médecine chinoise divergent sensiblement de l'approche qui, nous semble-t-il, a été jusqu'ici privilégiée dans l'historiographie. Cette dernière a accordé une importance majeure à la crise ouverte par la tentative d'abolition de 1929 et refermée par la création de l'Institut de médecine nationale en 1931. L'institutionnalisation apparaît alors comme une stratégie de défense de la médecine chinoise face à la menace que présentent la médecine occidentale et la science moderne [886]. Nous avons envisagé le processus d'institutionnalisation dans un cadre chronologique plus large, comprenant les années de guerre contre le Japon. En effet, les associations publiques de médecins créées par l'État et qui se multiplient à partir de la fin des années 1930 constituent une autre facette de ce processus. L'Institut de médecine nationale, malgré son importance symbolique et politique, n'a pas le

[886] SCHEID, Volker et LEI, Sean Hsiang-lin. « The Institutionalization of Chinese Medicine ». *Op. cit.* ; ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 8. Notons que même le travail de Xu Xiaoqun qui ne porte pas spécifiquement sur la médecine mais sur les professions en général tend à reproduire ce récit : XU, Xiaoqun. *Chinese professionals and the republican state: the rise of professional associations in Shanghai, 1912-1937*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. chap. 7.

monopole de la représentation de la médecine chinoise. Ces associations publiques de médecins montrent en outre comment la profession médicale, quel que soit le type de médecine, est réorganisée « par le haut » selon une structure similaire à celle de l'administration. Elles suppléent à l'administration sanitaire dans certaines de ses missions, notamment dans la supervision des médecins. En déléguant la gestion des affaires professionnelles, l'État gagne en efficacité tout en ménageant une forme d'autonomie pour les médecins. La transformation de la médecine, chinoise comme occidentale, et la manière dont s'organisent collectivement les médecins répondent donc à un nouveau mode de gouvernement des affaires médicales.

La médecine semble ainsi prendre un nouveau sens dans la première moitié du XXe siècle : elle constitue un champ social et économique, un secteur d'activité, de plus en plus institutionnalisée, règlementée et donc soumise au contrôle de l'État. Cette institutionnalisation n'est pas sans évoquer les changements à l'œuvre dans le domaine religieux. Selon Vincent Goosaert, « les États modernes favorisent la création d'institutions religieuses avec lesquelles ils partagent bon nombre de leurs positions idéologiques : unification nationale, autodéfinition en fonction des problèmes nationaux/internationaux, affiliation idéologique exclusive »[887]. De la même manière, les systèmes de licences et de représentations professionnelles érigés par l'État nationaliste dans les années 1930 visent à l'unification de chaque profession médicale autour de lignes déterminées dans une large partie par les enjeux sanitaires nationaux, tout en renforçant la frontière entre les praticiens de la médecine chinoise et ceux de la médecine occidentale. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que les changements observés dans la médecine, s'ils sont le produit des débats qui ont lieu dans les cercles médicaux, s'inscrivent également dans une tendance générale de la société chinoise, modernisée par la transposition de catégories sociales empruntées à l'étranger. De même que l'État républicain institutionnalise les religions sur un modèle corporatiste emprunté à l'Europe, aux États-Unis et au Japon, la profession médicale se structure en partie par l'imposition de certaines catégories nouvelles, comme le suggère l'emploi du terme de « profession libérale » (*ziyou zhiye* 自由職業) dans les classifications administratives.

Comme le suggère Andrew Abbott, « les professions sont en concurrence au sein [d'un] système, et le succès d'une profession reflète autant la situation de ses concurrents et la structure

[887] GOOSAERT, Vincent. « Republican Church Engineering. The National Religious Associations in 1912 China ». *Op. cit.*

du système que les propres efforts déployés par cette profession »[888]. Dans ce système la concurrence entre professions ne se limite pas à l'opposition entre médecine chinoise et occidentale. Si l'on considère les praticiens au sein de leur écologie professionnelle, pour reprendre la métaphore employée par Abbott, d'autres groupes disputent les tâches médicales, notamment les praticiens itinérants, ces « médecins des rivières et des lacs » qui font l'objet de condamnations constantes de la part de l'administration sanitaire et des journaux, souvent proches du Guomindang. L'itinérance est en effet incompatible avec le contrôle que les autorités entendent exercer sur la pratique médicale qui repose notamment sur l'identification géographique des praticiens. Sur ce point, les intérêts de l'administration s'alignent sur ceux des praticiens de la médecine chinoise. En effet, les médecins licenciés bénéficient de l'interdiction des praticiens itinérants, qui les protège de cette concurrence gênante.

L'institutionnalisation de la médecine s'accompagne d'une redéfinition des savoirs qui la composent, voire d'un glissement de la délimitation de ce qui peut constituer un savoir médical. Ce glissement est particulièrement perceptible dans l'entreprise de réassemblage intellectuel fondamentalement pluriel qui façonne la médecine chinoise. Elle implique une multitude d'individus portant autant de visions singulières, à commencer par les médecins eux-mêmes, qui sont loin de s'accorder sur l'avenir de la médecine chinoise. Nous avons vu comment les nouvelles écoles de médecine, loin d'adopter une démarche unique quant à la forme et au fond de l'enseignement médical, s'engagent plutôt dans une profusion d'initiatives pédagogiques qui dessinent autant d'images concurrentes de la médecine chinoise. Sean Hsiang-lin Lei propose comme dénominateur commun l'idée d'une « scientifisation » (*kexuehua* 科學化) de la médecine chinoise, qui constitue le centre du projet de l'Institut de médecine national. Ce terme permet de souligner les liens entre les velléités modernisatrices d'une partie des praticiens de la médecine chinoise, les bouleversements provoqués par la conversion de l'État comme d'une partie de la société chinoise à la science, voire au « scientisme »[889]. Deux décennies avant que Mao n'appelle à « l'unification de la médecine chinoise et occidentale », l'Institut de médecine nationale, proche du Guomindang et en

[888] ABBOTT, Andrew. *The System of Professions*. *Op. cit.* p. 33.

[889] KWOK, D. W. Y. *Scientism in Chinese Thought, 1900-1950*. *Op. cit.* ; HUI, Wang. « The Fate of "Mr. Science" In China: The Concept of Science and Its Application in Modern Chinese Thought ». *positions: asia critique*. Février 1995, Vol. 3, nº 1, p. 1-68.

particulier de la clique CC des frères Chen (un groupe influent à l'intérieur du parti), tentait déjà de mettre en application un programme de convergence des deux médecines[890].

Néanmoins, les éléments dont nous disposons à propos du Sichuan semblent indiquer que la « scientifisation », comprise comme une voie vers la fusion des deux médecines, n'a pas constitué un projet d'ampleur pour les praticiens de la médecine chinoise ou pour l'État nationaliste. Les idées de « scientifisation » ou de « mise en ordre de la médecine par les méthodes scientifiques » tendent à disparaitre à mesure que l'on s'éloigne des plus hautes instances de l'Institut de médecine nationale. Même les branches locales de l'Institut ne semblent pas reprendre ce slogan tel quel : si les exemples dont nous avons connaissance parlent de « mise en ordre » ou de « recherche », jamais ne figure l'idée d'une démarche fondée sur la science. De la même manière, en dehors des établissements directement liés à l'Institut de médecine nationale, comme l'Académie de médecine nationale de Chengdu, l'intégration des sciences à l'enseignement de la médecine reste assez marginale. Enfin, même les examens organisés localement par les autorités, avec l'appui des associations de praticiens de la médecine chinoise, évaluent seulement des connaissances très spécifiques à la médecine chinoise et la maîtrise de ses textes fondateurs.

Si l'on peut considérer que la médecine chinoise est « mise en ordre » pendant la période étudiée, c'est plutôt dans le sens d'une redéfinition de son cadre de pensée qui exclut les références aux esprits, aux démons et aux divinités[891]. Cette médecine semble ainsi se recentrer sur certains principes de causalité : d'une part le principe des correspondances systématiques énoncé par le Canon interne de l'Empereur Jaune, d'autre part l'influence des phénomènes naturels, comme l'air, le froid, la chaleur, mais aussi les germes (*jun* 菌). Elle exclut des causes possibles de maladies l'influence des phénomènes surnaturels (esprits, démons, etc.), qui a constitué un cadre de pensée fondamental pour beaucoup de praticiens jusque sous la dynastie Qing[892]. Au même moment, l'acupuncture et la moxibustion (*zhenjiu* 針灸), un temps

[890] LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 276.

[891] UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. *Op. cit.* p. 250.

[892] Nous reprenons ici la classification de Paul Unschuld qui identifie les différents paradigmes qui ont, conjointement et de manière complémentaire, constitué le fondement de la médecine chinoise durant la majeure partie de son histoire. Selon lui, la recomposition de la médecine chinoise opérée au XXe siècle exclut des pratiques, telles que la médecine démonique ou les oracles, pour se concentrer sur un cœur théorique unifié. *Ibid.* p. 7, 216, 250.

marginalisés par la médecine lettrée, deviennent au cours de la période étudiée l'un des domaines essentiels de la médecine chinoise. Dans les années 1960-70, de nouvelles techniques comme l'analgésie par acupuncture (*zhenjiu mazui* 针灸麻醉) apparaissent comme la vitrine de l'innovation médicale en Chine[893]. Enfin, avec l'institutionnalisation de l'enseignement de la médecine chinoise, la classification des matières qui la composent tend à se clarifier, même si elle reste fluctuante, comme le montrent les programmes des écoles, ou les examens de praticiens.

Cette opération de réagencement des connaissances et pratiques médicales a été rapprochée du projet de l'Institut de médecine nationale et de l'idée de « scientifisation »[894]. Nous préférons parler d'une forme de rationalisation de la médecine chinoise qui s'opère en parallèle de l'institutionnalisation décrite plus haut. En effet, l'idée de « scientifisation » nous semble donner trop d'importance à l'Institut de médecine nationale : s'il est l'une des institutions phares de la médecine chinoise, son influence sur la manière dont elle est enseignée et pratiquée reste assez limitée au Sichuan et sans doute dans bien d'autres parties du pays. Cette rationalisation dépasse donc largement le périmètre des institutions liées à l'Institut et elle ne répond pas seulement à la concurrence de la médecine occidentale. L'idée que la médecine ne peut cautionner les croyances au surnaturel apparaît comme un mouvement de fond auquel participent aussi bien les autorités sanitaires, qui veulent « dissuader le peuple de prier les divinités pour obtenir la guérison »[895], que des journaux qui condamnent l'usage des talismans et des incantations. Dans les manuels produits par les écoles de médecine chinoise du Sichuan, comme dans les examens de praticiens organisés avec l'aide des associations professionnelles locales, l'exclusion de ces croyances est visiblement une constante. Ce mouvement peut là encore être rapproché du cas des religions qui doivent assoir leur légitimité sur la lutte contre les superstitions (*mixin* 迷信)[896]. À travers le cas du Sichuan, l'institutionnalisation et la

[893] HSU, Elisabeth. « Innovations in Acumoxa: Acupuncture Analgesia, Scalp and Ear Acupuncture in the People's Republic of China », *Social Science & Medicine (1982)*. février 1996, vol.42 nº 3. p. 421-430.

[894] ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. *Op. cit.* p. 183 ; LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse*. *Op. cit.* p. 158-161.

[895] ADS, 42-10-672, Programme de mise en œuvre initiale de l'administration sanitaire locale (*Difang weisheng xingzheng chuqi shishi angan* 地方衛生行政初期實施方案), janvier 1929.

[896] NEDOSTUP, Rebecca. *Superstitious Regimes*. *Op. cit.* p. 3.

rationalisation de la médecine nous apparaissent ainsi comme deux tendances structurantes d'une modernité médicale chinoise à laquelle participent aussi bien les praticiens de la médecine occidentale que ceux de la médecine chinoise.

Une histoire locale de la médecine occidentale

Le développement de la médecine occidentale constitue également une facette essentielle de la « transition professionnelle » qui, tout au long du XXe siècle, reconfigure les rapports entre médecins, patients et État[897]. Nous avons ainsi cherché, au fil de ce travail, à rendre compte de la manière dont la médecine occidentale progresse au Sichuan, par la formation de nouveaux praticiens, mais aussi d'autres personnels de santé, et par la multiplication des structures de soins dans toute leur diversité, des grands hôpitaux aux petites cliniques, en passant par les établissements de santé publique. Cet essor de la médecine occidentale est sous-tendu par des dynamiques parfois contradictoires. L'action du gouvernement chinois tente notamment de répondre à des objectifs difficilement conciliables. Les politiques visant à promouvoir l'enseignement de la médecine occidentale doivent ainsi effectuer un arbitrage difficile entre d'une part la volonté de standardisation et d'amélioration de la qualité de la formation, d'autre part le besoin immédiat de main-d'œuvre (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.), quitte à raccourcir les cursus. Alors que la Commission sur l'éducation médicale ou l'expert de la SDN Knud Faber semblent trancher en faveur du développement d'écoles spéciales de médecine proposant un cursus plus court, ce choix est en partie démenti par l'action du gouvernement dont les efforts sont encore principalement dirigés vers un enseignement de haut niveau délivré dans les facultés de médecine[898]. La formation des médecins et des personnels de santé ou la création d'établissements de soins dépend également des intérêts privés des médecins chinois, ou encore de ceux de l'armée, qui ne sont pas alignés sur la stratégie de l'administration sanitaire. Enfin, nous observons au Sichuan la prolifération de petites structures souvent éloignées des standards fixés par le gouvernement. Cette dynamique s'oppose à une autre vision du développement de la médecine occidentale, davantage centrée sur certains pôles, comme le

[897] BULLOCK, Mary Brown et ANDREWS, Bridie (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014. p. 11.

[898] Cette distinction entre un enseignement médical technique fondé sur les écoles spéciales et un enseignement académique (facultés de médecine) est discutée au chapitre 4.

PUMC ou la WCUU, bien intégrés aux réseaux d'une biomédecine de plus en plus mondialisée, à partir desquels se diffusent les nouvelles connaissances et pratiques[899].

Ces tiraillements découlent en partie des sources à partir desquelles s'écrit l'histoire de la médecine en Chine. Elles ont tendance à se concentrer sur une élite médicale, sur les établissements modèles, et à refléter les préoccupations d'une médecine d'État soucieuse des enjeux de santé publique. Beaucoup nous renseignent sur les initiatives des organisations étrangères et du gouvernement, mais elles laissent dans l'ombre la majeure partie du paysage médical chinois[900]. Face aux riches archives de la WCUU, on ne dispose que de quelques informations éparses, dispersées dans les archives, sur l'École spéciale de médecine de Chengdu ou sur les nombreux établissements relevant de ce que nous avons appelé l'enseignement technique de la médecine. Ces sources occupent une place assez marginale dans l'historiographie. Pourtant, les écoles spéciales de médecine ou centres de formation militaire ainsi que leurs diplômés dessinent une histoire sensiblement différente de celle que donnent à voir les grandes institutions étrangères ou gouvernementales. Ces écoles spéciales témoignent du fait que le développement de la médecine occidentale en Chine est également le fruit de dynamiques multiples et décentralisées. La profession de praticien de la médecine occidentale est profondément divisée entre les diplômés de l'enseignement académique, qui ont tendance à exercer dans les grands hôpitaux citadins, tandis que les diplômés de l'enseignement technique sont plus souvent établis dans les districts. Ils y travaillent dans le centre de santé local ou dans leur propre clinique, ouverte après une première expérience au service de l'armée.

Par les résultats présentés dans les chapitres précédents, nous espérons donc contribuer à la réflexion historiographique sur l'histoire de la médecine occidentale en Chine. L'approche régionale, voire locale, qui a présidé à notre réflexion permet selon nous d'éclairer de nouveaux acteurs de cette histoire et ainsi d'ouvrir de nouvelles pistes de réponse à l'une des questions importantes soulevées par cette historiographie : comment la médecine occidentale, initialement liée à la présence étrangère, est-elle devenue une partie intégrante du paysage

[899] LUESINK, David, SCHNEIDER, William H., et ZHANG, Daqing (dir.) *China and the Globalization of Biomedicine*. Rochester : University of Rochester Press, 2019. p. 20-21.

[900] D'une manière générale, l'abondance des sources missionnaires a constitué une source essentielle pour appréhender l'histoire de la médecine occidentale dans les espaces non-européens. BICKERS, Robert A. et SETON Rosemary E. (dir.) *Missionary Encounters: Sources and Issues*. Londres : Curzon, 1996. p. 7-8.

médical chinois ? Elle s'est posée de différentes manières dans les études portant sur la médecine en Chine au XIXe et au XXe siècle. Certains l'ont abordée sous l'angle de la circulation des savoirs occidentaux en Chine par la traduction ou l'enseignement[901]. Dans cette perspective, l'historiographie s'est éloignée d'une vision diffusionniste pour insister davantage sur l'appropriation de ces savoirs par les acteurs chinois. D'autres questionné la réception et l'acceptation de techniques de soin nouvelles par les malades chinois, en insistant particulièrement sur l'expérience des premiers médecins étrangers[902]. En effet, ces derniers ont souvent laissé des témoignages relativement détaillés de leur rencontre avec les patients chinois, autrement très difficile à documenter[903]. Une dernière approche a consisté à faire de la médecine d'État l'un des ressorts de l'« indigénisation » de la médecine occidentale. Nicole Barnes insiste ainsi sur l'importance des centres de santé dans la dissémination de la médecine occidentale au Sichuan pendant la guerre et sur la stratégie de Chen Zhiqian qui vise à « utiliser le travail de santé publique pour indigéniser la biomédecine scientifique »[904]. En effet, selon Chen et son mentor John B. Grant, directeur du Département de santé publique du PUMC, la médecine d'État seule permet de toucher une population importante et doit donc être privilégiée au développement de la médecine privée. Mais les certitudes de C. C. Chen ne permettent pas en elles-mêmes de conclure que la santé publique a effectivement été le moteur principal de l'« indigénisation » de la médecine occidentale. Il faut, selon nous, considérer l'action publique en matière de santé en regard de l'offre médicale privée, non seulement pour évaluer leur poids

[901] BENNETT, Adrian Arthur. *John Fryer: The Introduction of Western Science and Technology into Nineteenth-Century China*. Cambridge : Harvard University Press, 1967. 172 p. ; WU, Miao 吴苗. « Zhongguo jindai shoudu hanyi riwen chankexue zhuzuo "zhu shi chanpo xue" tanxi ». *Op. cit.*

[902] HSU, Elisabeth. « The Reception of Western Medicine in China: Examples from Yunnan » in Patrick PETITJEAN, Catherine JAMI et Anne-Marie MOULIN (dir.) *Science and Empires: Historical Studies about Scientific Development and European Expansion*. Boston : Kluwer Academic Publishers, 1992, p. 89-101 ; ZACCARINI, M. Cristina. « Modern Medicine in Twentieth-Century Jiangxi, Anhui, Fujian and Sichuan: Competition, Negotiation and Cooperation ». *Op. cit.* ; BRETELLE-ESTABLET, Florence. « French Medication in 19th and 20th Centuries China : Rejection or Compliance in Far South Treaty Ports, Concessions and Leased Territories » in Bryna GOODMAN et David S. G. GOODMAN (dir.) *Twentieth-Century Colonialism and China: Localities, the Everyday and the World*. New York : Routledge, 2012, p. 134-150.

[903] Même l'ambitieux travail de Yang Nianqun discute surtout l'expérience des patients chinois dans le cadre de la médecine missionnaire YANG, Nianqun 杨念群. *Zai zao « bing ren »*. *Op. cit.* p. 1 et 2

[904] BARNES, Nicole Elizabeth. « Serving the People: Chen Zhiqian and the Sichuan Provincial Health Administration, 1939–1945 » in David LUESINK, William H. SCHNEIDER et Zhang DAQING (dir.) *China and the Globalization of Biomedicine*. Rochester : University of Rochester Press, 2019, p. 218.

respectif, mais aussi parce qu'elles ne sont très certainement pas reçues de la même manière par la population. En effet, la médecine d'État et les mesures de santé publique se sont pas sans provoquer de vives résistances, notamment en matière de vaccination[905].

Les éléments apportés par notre recherche permettent d'esquisser certaines pistes de réflexion quant à la manière dont l'étude des écoles spéciales ou des centres de formation militaire pourrait modifier notre compréhension de la circulation des connaissances médicales occidentales en Chine. Il semble que ces établissements accueillent plus rarement que les facultés des médecins et professeurs étrangers. De plus, ils ont davantage vocation à répondre à des besoins immédiats (soigner les soldats, garantir des services de santé élémentaires) avec une moindre attention aux standards internationaux en matière d'enseignement médical. Dans ces circonstances, nous pouvons supposer que la formation qui y est dispensée est sensiblement différente de celle des facultés de médecine : plus courte, peut-être plus orientée vers la pratique, sans doute plus attentive aux limites matérielles que les praticiens rencontreront dans l'exerce de leurs fonctions.

Si nous n'avons pas accès à la parole des patients ni à des témoignages détaillés de la rencontre médicale, les informations que nous fournissent les enquêtes sur les hôpitaux et cliniques permettent de formuler certaines hypothèses sur le rôle des plus petits établissements dans la réception de nouvelles pratiques médicales. Ces sources montrent que l'augmentation de la capacité de soin dans la province n'est pas seulement portée par le développement de la médecine d'État, mais aussi par une multitude de particuliers, dont les diplômés des écoles spéciales de médecine. L'envergure, l'équipement et les conditions de soins dans ces établissements sont très variables et parfois bien éloignés des standards fixés par les structures missionnaires ou les grands hôpitaux publics de la capitale provinciale.

Ces cliniques et petits hôpitaux privés sont le visage de la médecine occidentale dans les districts du Sichuan, avec les centres de santé qui voient le jour pendant la guerre. Ils sont pourvus d'un personnel qui semble davantage issu d'un cursus technique et militaire, à l'image de Wang Renshu. Ce médecin du district de Kai, dans l'extrémité est de la province, a ouvert

[905] VIANA, Venus. « The Making of a Modern Public Health System in some Smaller Chinese Towns, 1929–1949 », *Urban History*. mai 2018, vol.45 nº 2. p. 331-350 ; BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination*. *Op. cit.* p. 10.

un petit hôpital au début des années 1930 sur ses propres fonds[906]. C'est l'établissement le plus ancien recensé dans le district. Comme ses autres confrères ayant leur clinique à Kai, Wang n'a jamais voyagé en dehors du Sichuan, sauf à une occasion, dans la province voisine du Hunan, dont la frontière se situe à seulement à une centaine de kilomètres de son lieu de naissance. Son établissement n'a que deux chambres d'un lit chacune, dont une réservée à ceux atteints de maladies contagieuses. Cela témoigne de la lente progression de l'hospitalisation, qui semble encore peu appréciée par la population. En effet, les trois quarts des patients de Wang Renshu préfèrent débourser un yuan pour se faire soigner chez eux, plutôt que de consulter à son hôpital pour seulement 30 centimes, signe de la persistance d'habitudes de soins solidement ancrées. Bien que Wang ne dispose que d'un équipement très simple et de quelques médicaments, il a tout de même les moyens d'employer deux infirmiers qui l'aident à traiter ses 40 patients quotidiens. Notons qu'il s'agit de deux hommes, ce qui différencie le petit hôpital de Wang des grands hôpitaux de Chengdu qui emploient un personnel infirmier très majoritairement féminin.

Le cas de Wang Renshu est à certains égards représentatif de celui de beaucoup de praticiens de la médecine occidentale dans les districts du Sichuan. Que nous dit-il du développement de la médecine occidentale en Chine pendant la période républicaine ? Tout d'abord, il incite à relativiser l'importance accordée par l'historiographie à la médecine d'État et aux établissements de santé publique[907]. Sans minimiser le rôle des centres de santé établis par le Département de santé provincial, on peut néanmoins affirmer qu'ils sont loin d'éclipser les établissements privés, ne serait-ce qu'au vu du nombre de patients traités. Les chiffres donnés par Wang Renshu indiquent qu'il traite dans son petit hôpital un nombre de malades comparable à celui du centre de santé du district Ba, dans la périphérie de Chongqing. Ensuite, l'exemple de Wang Renshu montre qu'une partie non négligeable des praticiens qui accoutument la population à cette nouvelle médecine ont un profil bien éloigné de celui d'un C. C. Chen. Beaucoup n'appartiennent pas aux réseaux scientifiques internationaux, ou même nationaux. Mais la présence de ces médecins qui disposent d'un certain ancrage dans la localité où ils exercent est sans doute un élément important à prendre en compte si l'on entend comprendre l'« indigénisation » de la médecine occidentale au Sichuan. Déjà lors de

[906] APS, 113-01-0511, Shoukang yiyuan 寿康医院, 10 décembre 1928.

[907] BARNES, Nicole Elizabeth. « Serving the People: Chen Zhiqian and the Sichuan Provincial Health Administration, 1939–1945 ». *Op. cit.* p. 216.

l'expérience de santé publique rurale menée par C. C. Chen dans le district de Ding dans les années 1930, les médecins et les étudiants du PUMC qui encadrent le programme de santé publique restent en quelque sorte étrangers aux communautés villageoises du district, bien qu'ils soient chinois. Le recrutement d'acteurs locaux permet alors de convaincre plus facilement la population[908].

Les archives locales permettent de faire une histoire « par le bas » de la médecine occidentale en Chine. Elle est, encore dans les années 1940, un ensemble fondamentalement hétérogène. Les dossiers d'enregistrement montrent que ses praticiens évoluent dans deux mondes très distants, selon qu'ils proviennent de l'enseignement académique ou technique, deux catégories qui sont elles-mêmes loin d'être homogènes. Ce constat appelle, selon nous, à considérer avec une plus grande attention ces praticiens et ces institutions souvent mis de côté dans les projets portés par le gouvernement chinois, car trop éloignés des standards qu'il entend appliquer. L'activité des médecins et des hôpitaux dépend également d'un personnel médical qui ne se compose pas seulement d'infirmiers, d'infirmières ou de sages-femmes issus de quelques écoles modèles, mais aussi de techniciens plus ou moins spécialisés. En 2012, Fang Xiaoping regrettait que, malgré un tournant engagé par les historiens de la Chine vers une histoire sociale de la médecine, l'élite des praticiens soit toujours au centre de l'historiographie, appelant à se tourner davantage vers les soignants ordinaires. Aller dans cette direction suppose selon nous de se départir d'une vision du paysage médical centrée sur l'action de l'administration sanitaire et du gouvernement central. Par la présente étude, nous espérons avoir dégagé certaines pistes pour mieux appréhender la médecine occidentale telle qu'elle s'est présentée aux yeux de la population, et ainsi mieux saisir les mécanismes qui ont permis ou freiné son assimilation dans la société chinoise.

État de la santé, santé de l'État en Chine républicaine

L'histoire de la médecine en Chine peut être lue au prisme des efforts déployés par l'État chinois pour se défaire de l'image d'« homme malade de l'Asie » (*Yazhou bingfu* 亞洲病夫). Entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle, la faiblesse de son armée, la fièvre de l'instabilité politique ou encore la défaillance de son système de santé sont autant de symptômes de cette

[908] MERKEL-HESS, Kate. « The Public Health of Village Private Life ». *Op. cit.*

maladie. Aussi, la reconstruction nationale (*jianguo* 建国), que Sun Zhongshan appelle de ses vœux, passe en partie par l'adoption de nouveaux outils de gouvernance sanitaire. La Chine doit ainsi rejoindre l'Europe, les États-Unis et le Japon dans la marche du progrès de l'humanité vers un meilleur avenir médical. Dès 1911, suite à la peste de Mandchourie, la Chine organise une conférence internationale sur la peste, conviant des experts venus de 11 pays et affirmant sa capacité à promouvoir des mesures de prévention fondée sur la science moderne[909]. Le contrôle des épidémies apparaît alors comme l'une des facettes de l'attention portée au « corps comme objet de pouvoir », l'affirmation d'un biopouvoir que Foucault situe pour les sociétés européennes entre le XVIIe et le XVIIIe siècle[910]. Le gouvernement des corps, y compris de leurs fonctions biologiques, emprunte plusieurs chemins, dont la régulation de la médecine et la supervision des médecins. Ces derniers deviennent, à certains égards, des agents du biopouvoir, en particulier les praticiens de la médecine occidentale qui, en vertu des règlements promulgués à partir des années 1920, doivent surveiller les corps, vivants ou morts, et traquer les épidémies qu'ils sont susceptibles de répandre.

Au-delà même du cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, l'exercice de la médecine et les pratiques de soins deviennent des enjeux de pouvoir. Les différents textes qui encadrent désormais le travail des médecins ou le fonctionnement des hôpitaux montrent que « la loi fonctionne toujours davantage comme une norme, et que l'institution judiciaire s'intègre de plus en plus à un continuum d'appareils (médicaux, administratifs, etc.) dont les fonctions sont surtout régulatrices »[911]. À partir de 1929, l'organisation parallèle des systèmes de licence, d'une nouvelle administration sanitaire et d'un système d'associations publiques de médecins témoigne de cette continuité entre appareil administratif et médecine individuelle. Pour un État chinois dont les moyens de coercition restent limités, la régulation de la pratique médicale dépend en partie du fait que les médecins eux-mêmes se rendent gouvernables, voire qu'ils l'assistent dans la gestion des affaires de santé. Notons que la réglementation ne se contente pas d'interdire certaines pratiques, mais qu'elle impose aussi aux médecins de collaborer avec l'administration sanitaire, soit à titre individuel soit collectivement, via leurs associations. La

[909] SUMMERS, William C. *The Great Manchurian Plague of 1910-1911*. *Op. cit.* p. 151.

[910] FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1975. p. 138, cité dans RAYNER, Timothy. « Biopower and Technology: Foucault and Heidegger's Way of Thinking », *Contretemps*. mai 2001 n° 2. p. 142-156.

[911] FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir*. *Op. cit.* p. 190.

Loi sur les médecins de 1943 impose à chacun de « se conformer aux instructions de l'organisation administrative sur les questions relatives à la prévention des maladies infectieuses » tandis que « les objectifs et les activités [des associations de médecins] sont soumis à la surveillance des autorités sanitaires compétentes » (Annexe III. 5). Le développement des institutions hospitalières, soumises à une règlementation plus stricte, notamment avec le Règlement sur les hôpitaux de 1929, contribue à accroitre la capacité de l'administration à encadrer l'activité médicale. Le cas de la médecine montre que l'expansion de la sphère de l'État repose sur l'expansion de la bureaucratie, sur l'inflation de la production réglementaire, mais aussi sur l'adoption de nouveaux modes d'organisation, voire de modes de représentation et de classification (de l'espace, des individus, des compétences), par les agents qu'il entend gouverner[912].

Dès lors, les progrès réalisés pendant la période républicaine en matière de construction d'un système de santé moderne doivent être envisagés comme le produit des efforts déployés non seulement par l'État central et les gouvernements locaux, mais aussi par l'armée, les seigneurs de la guerre, les établissements privés. Le développement de la médecine d'État et de la santé publique, plus rapide à partir de 1928 est le résultat du volontarisme du gouvernement de Nankin, mais aussi de l'adhésion d'autres forces politiques et sociales à une certaine conception de la santé. Nous avons vu que même dans un Sichuan apparemment très éloigné du pouvoir central, un seigneur de la guerre comme Liu Wenhui transmettait les consignes de Nankin en matière de santé publique à ses administrés et qu'un autre, Liu Xiang, affichait sa volonté de garantir à la population un certain accès aux soins hospitaliers. Dans la province du Yunnan, sur laquelle les nationalistes ont peu d'autorité, les seigneurs de la guerre, notamment Long Yun 龍雲 (1884-1962), créent de nouvelles structures de santé et favorisent les campagnes de vaccination[913]. Ces exemples témoignent d'une vision partagée quant au rôle que doivent jouer les autorités dans le domaine sanitaire. Les divisions politiques et la militarisation ne sont donc pas incompatibles avec l'émergence d'une aspiration commune à construire un

[912] BOURDIEU, Pierre. « Esprits d'Etat. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1993, vol.96-97 nº 1-2. p. 49-62.

[913] BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination*. *Op. cit.* p. 51-54 ; ALFRED H. Y. LIN. « Warlord, Social Welfare and Philanthropy: The Case of Guangzhou under Chen Jitang, 1929-1936 », *Modern China*. 2004, vol.30 nº 2. p. 151-198.

État chinois attentif à l'amélioration de la santé de la population et aux principes de la surveillance sanitaire. Nous rejoignons ainsi les travaux qui ont montré que les seigneurs de la guerre ont eux aussi œuvré, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la santé de la population qu'ils administraient[914]. Là encore, l'histoire de la médecine et de la santé s'inscrit dans une perspective d'ensemble, notamment celle développée par Xavier Paulès et David Serfass dans un numéro spécial de la revue *Twentieth Century China* qui démontre que la construction de l'État, les divisions politiques et la guerre ne sont pas nécessairement des phénomènes antagonistes en Chine républicaine[915].

De la même manière, la guerre contre le Japon n'interrompt pas le développement des infrastructures sanitaires et la mise en place des politiques de santé. Malgré les contraintes humaines, économiques et matérielles que fait peser le conflit sur le gouvernement nationaliste et les autorités locales, l'enregistrement des médecins se poursuit, de grands travaux de santé publique sont engagés, notamment à Chongqing[916], et une médecine d'État prend pied dans les districts avec la multiplication des centres de santé. Comment expliquer qu'en dépit des bombardements, de l'inflation et de la mobilisation militaire, de telles avancées aient été possibles ? Là encore, cette question implique selon nous de prendre en compte le paysage médical du Sichuan dans toute son étendue. Les centres de santé réemploient dans une large mesure la main-d'œuvre médicale formée sous les seigneurs de la guerre, qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers et des « personnels de santé élémentaires », tels que les désigne parfois l'administration (assistants, propagandistes en santé, etc.). Ces nouvelles structures de soins pourraient même avoir été organisées sur les bases posées par les établissements de désintoxication à l'opium (*jieyansuo* 戒煙所) établis dans les districts avant 1938. Comme certains médecins, les infirmiers, préparateurs, propagandistes en santé publique ou assistants, officiant dans les centres de santé ont souvent débuté dans ces établissements de désintoxication ou encore dans l'armée, par exemple en tant que « gardes-malade » (*kanhu* 看護). Le cadre de cette étude ne permet pas d'explorer en détail le rôle de l'appareil militaire dans la formation

[914] ALFRED H. Y. LIN. « Warlord, Social Welfare and Philanthropy: The Case of Guangzhou under Chen Jitang, 1929-1936 ». *Op. cit.* ; BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination*. *Op. cit.* p. 51-54.

[915] PAULES, Xavier et SERFASS, David. « Questioning the Teleology of the Central State in Republican China », *Twentieth-Century China*. 2022, vol.47 nº 1. p. 3-10.

[916] BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities*. *Op. cit.* p. 1.

de ce « personnel de santé élémentaire ». Il s'agit néanmoins d'un point rarement abordé dans l'historiographie et qui, selon nous, mériterait une enquête plus approfondie.

Parmi les acteurs ordinaires du système de santé publique, la contribution des femmes doit être soulignée. Rarement nommées à des postes de responsabilité et donc bien moins visibles que leurs homologues masculins, elles sont pourtant essentielles aux progrès de la l'obstétrique et de la gynécologie dans le pays. Or, la médecine reproductive, tout comme l'éducation sexuelle, prend une importance grandissante dans un pays qui « s'inquiète de la santé de sa jeunesse et considère l'hygiène sexuelle comme un élément essentiel de la puissance nationale »[917]. Les sages-femmes, mais aussi les obstétriciennes et gynécologues qui les encadrent, qui les forment sont donc partie prenante du renforcement national.

La vitalité de l'État républicain, tel que le donne à voir cette histoire des médecins sichuanais, tient en bonne partie à sa capacité à mobiliser une biopolitique chinoise, faisant entrer la médecine et la santé de la population dans le périmètre du gouvernement. Les dirigeants nationalistes peuvent ainsi compter sur le concours de puissantes organisations étrangères, comme la fondation Rockefeller, mais aussi sur le monde médical chinois. L'arrivée au pouvoir des communistes rebat les cartes de la coopération internationale en remplaçant les experts américains et européens par les conseillers soviétiques. Pourtant, la construction de l'État sanitaire communiste se fait en partie sur les bases posées par les nationalistes en matière de régulation de l'activité médicale, de développement des infrastructures sanitaires ou de contrôle des maladies infectieuses.

Un siècle après la tentative d'abolition de 1929, un comité d'experts est réuni à Genève par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Administration nationale de la médecine traditionnelle chinoise (ANMTC, *Guojia zhongiyao guanli ju* 国家中医药管理局) afin d'évaluer l'usage de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) dans le traitement de la Covid-

[917] LEE, Jen-der. « Sex in Schools: Educating the Junior High Students in Early Republican China » in Ki Che LEUNG, Izumi NAKAYAMA et Francesca BRAY (dir.) *Gender, Health, and History in Modern East Asia*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2017, p. 61-91.

19[918]. Ce comité conclut notamment que l'utilisation conjointe de méthodes thérapeutiques dites « conventionnelles » et de la MTC permet d'obtenir certains effets positifs sur les cas légers et modérés. Les membres de l'OMS sont ainsi invités à « envisager l'utilisation potentielle de la MTC pour la prise en charge du COVID-19 dans le contexte de leurs systèmes de soins de santé et de leurs cadres réglementaires. » La mise en valeur de la MTC dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 a fait, depuis 2019, l'objet d'un travail intense de publication, dans un contexte d'inflation des travaux scientifiques conduits par des praticiens de la MTC, désormais acquis aux méthodes de recherche de la médecine conventionnelle, comme celle de l'essai contrôlé randomisé. En employant un appareil conceptuel ostensiblement scientifique, les médecins entendus par le comité évoquent la distribution d'herbes médicinales aux habitants de Wuhan pendant le confinement ou la collecte des « formules » médicales efficaces contre la maladie. Ces mesures rappellent les pratiques des associations de médecins du milieu du XXe siècle, qui sont elles-mêmes ancrées dans une histoire qui remonte jusqu'à la dynastie Tang (618-907).

Les conclusions du comité d'experts constituent une consécration symbolique pour la MTC, mais aussi pour le gouvernement chinois qui lui assure un soutien officiel via l'ANMTC. Ce succès repose en partie sur la capacité des experts de MTC à parler le langage de la science biomédicale. En même temps, la mise en évidence des résultats cliniques obtenus par la MTC repose également sur l'adoption du modèle de l'hôpital, cadre privilégié de la recherche et du traitement. Isoler les effets de la médecine chinoise suppose également une distinction stricte entre les opérations qui relèvent de cette dernière et celles qui appartiennent à la médecine conventionnelle. Enfin, la MTC trouve son utilité, aux yeux de l'OMS, dans le cadre d'une « réglementation […] des produits, des pratiques et des praticiens des médecines traditionnelles et complémentaires ». La règlementation et l'institutionnalisation d'une médecine chinoise clairement distincte de la médecine occidentale sont autant d'éléments qui s'inscrivent dans les transformations amorcées sous la période républicaine. Ils apparaissent aujourd'hui comme autant de conditions essentielles pour faire de la MTC un outil de la politique sanitaire chinoise.

[918] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *WHO Expert Meeting on Evaluation of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of COVID-19*. 2022. En ligne : https://www.who.int/publications/m/item/who-expert-meeting-on-evaluation-of-traditional-chinese-medicine-in-the-treatment-of-covid-19 [consulté le 11 juin 2024].

Sources et bibliographie

SOURCES

Fonds d'archives

Archives du district de Shuangliu (*Shuangliuxian danganguan* 双流县档案馆), Shuangliu, Chine

Archives provinciales du Sichuan (*Sichuansheng danganguan* 四川省档案馆), Chengdu, Chine

- Série 113 : fonds du Département de santé provincial (*weishengchu* 衛生処)
- Série 186 : fonds du Département des affaires sociales (*shehuichu* 社會処)

Archives municipales de Chongqing (*Chongqingshi danganguan* 重庆市档案馆), Chongqing, Chine

Centre des archives diplomatiques de Nantes, Nantes, France

Archives du ministère des Affaires étrangères, La Courneuve, France

Archives des missions étrangères de Paris, Paris, France

Archives de la *West China Union University*, accès en ligne aux documents numérisés par la bibliothèque de l'université de Yale : https://web.library.yale.edu/divinity/special-collections/ubchea/west-china-university

Sources imprimées

Publications missionnaires digitalisées et mises en ligne par la bibliothèque de l'université de Yale (https://web.library.yale.edu/divinity/special-collections/china-collection), notamment *Chinese Repository*, *West China Missionary News*, *China Medical Missionary Journal*, *China Medical Journal*.

Journaux chinois consultés sur la base de donnée en ligne Global Press Archives, collection « Late Qing and Republican-Era Chinese Newspapers » (https://gpa.eastview.com/crl/lqrcn/), notamment les journaux parus au Sichuan sous la République : *Xinan ribao*, *Peidu wanbao*, *Dagong wanbao*.

BIRD, Isabella. *The Yangtze Valley and Beyond: An Account of Journeys in China, Chiefly in the Province of Sze Chuan and Among the Man-tze of the Somo Territory*. Londres : Murray, 1899. 557 p. CHEN, Yunru 陳筠如. *Zhenggu xue gailun* 正骨學概論 (Introduction à la

correction des os). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 16 p. FABER, Knud. *Report in Medical Schools in China*. Geneva : League of Nations Health Organization, 1931. 48 p.

FU, Chongju 傅崇矩. *Chengdu tonglan* 成都通覽 (Aperçu complet de Chengdu). Chengdu : Bashu shushe (publication originale en 1909), 1977. 556 p.

LAI, Huafeng 賴華鋒. *Binglixue* 病理學 (Étude sur les causes des maladies). Chengdu : Sichuan gaodeng guoyi xuexiao, 1933. 36 p.

LEGENDRE, Aimé-François. *Le Far-West chinois. Deux années au Setchouen*. Paris : Plon, 1905. 430 p.

LIAO, Mingjie 廖莫階. *Shanghan xue* 傷寒學 (Étude des attaques du froid). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 48 p.

LIN, Wenguang 林文光. *Zhu Ziqing sanwen ji* 朱自清散文集 (Collection de la prose de Zhu Ziqing). Nanjing : Nanjing chubanshe, 2018.

MAILLARD, Robert. *De l'influence française en Chine aux points de vue historique et économique*. Paris : École libre des sciences politiques, 1900.

MARTONNE, Edouard-Guillaume de. « La mission lyonnaise d'exploration en Chine », *Annales de géographie*. 1897, vol.6 nº 27. p. 273-276.

MATIGNON, Jean-Jacques. « Le médecin comme agent de pénétration en Chine », *Archives Générales de médecine*. 1903, vol.17. p. 2020-2025.

PEI, Heng 佩恆. *Su Wen cuoyao shuyi* 素問撮要述義 (Description sommaire du Su Wen). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 22 p.

SERVEL. « Le rôle des médecins français en Chine », *Journal de médecine de Bordeaux*. 1902, vol.32 nº 3. p. 53-55.

TYAU MIN-CHʿIEN T. Z. *Two Years of Nationalist China*. Shanghai : Kelly and Walsh, 1930. 523 p.

XIE, Quanrong 謝銓鎔. *Xiao'erke yixue jiangyi* 小兒科醫學建議 (Cours de médecine des jeunes enfants). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 24 p.

ZENG, Yi 曾懿. *Guhuanshi ji yixue pian* 古歡室集醫學篇 (Traité de médecine de la collection du cabinet des plaisirs antiques). Changsha, 1907.

Jin Kui nanbing xiaoyi 金匱難病小引 (Petit guide des maladies difficiles du Jin Kui). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 48 p.

Fuke xue jiangyi 婦科學講義 (Cours de gynécologie). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 34 p.

Mao Zedong xuanji 毛泽东选集 (Oeuvres choisies de Mao Zedong). Beijing : Renmin chubanshe, 1991 (1ere édition en 1951). 4 vol.

Neizhengbu nianjian 内政部年鑒 (Annuaire statistique du ministère de l'Intérieur). Shanghai : Shangwu yinshuguan, 1936.

Our West China Mission. Toronto : Missionary Society of the Methodist Church, 1920. 484 p.

Propositions du gouvernement national de la République de Chine relatives à la collaboration avec la Société des Nations en matière d'hygiène. Genève : Organisation d'hygiène de la SDN, 1930. 53 p.

Yaowu xue 藥物學 (Étude des médicaments). Chengdu : Chengdushi guoyi jiangxisuo, 1932. 42 p.

BIBLIOGRAPHIE

Outils

Chongbian guoyu cidian 重編國語辭典 (Dictionnaire révisé de chinois mandarin) du ministère de l'Éducation de Taiwan. En ligne : https://dict.revised.moe.edu.tw/index.jsp.

KIRBY, William C. *State and Economy in Republican China: a Handbook for Scholars*. Cambridge : Harvard University Press, 2000. 2 vol.

GUO, Aichun 郭霭春. *Zhongguo fensheng yiji kao* 中国分省医籍考 (Catalogue des livres médicaux par province). Tianjin : Kexue jishu chubanshe, 1984. 2785 p.

WANG, Weixin 王維新. *Zhongguo di fang zhi ji cheng: Sichuan fu xian zhi ji* 中国地方志集成 四川府县志辑 (Collection des monographies locales de Chine: chroniques des préfectures et districts du Sichuan). Chengdu : Ba Shu shushe, 1992.

XUE Qinglu 薛清录. *Zhongguo zhongyi guji zongmulu* 中国中医古籍总目 (Catalogue général des livres anciens de médecine chinoise). Shanghai : Shanghai cishu chubanshi, 2007. 1414 p.

Ouvrages, chapitres et articles

ABBOTT, Andrew. *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press, 1988. 435 p.

ADSHEAD, Samuel A. M. *Province and Politics in Late Imperial China: Viceregal Government in Szechwan, 1898-1911*. Londres : Curzon, 1984. 139 p.

ADSHEAD, Samuel A. M. « The Opium Trade in Szechwan 1881 to 1911 », *Journal of Southeast Asian History*. 1966, vol.7 nº 2. p. 93-99.

ALFRED H. Y. LIN. « Warlord, Social Welfare and Philanthropy: The Case of Guangzhou under Chen Jitang, 1929-1936 », *Modern China*. 2004, vol.30 nº 2. p. 151-198.

ANDERSON, Stuart. *Pharmacy and Professionalization in the British Empire, 1780-1970*. Cham : Palgrave Macmillan, 2021. 381 p.

ANDREWS, Bridie. « Ding Fubao and the Morals of Medical Modernization », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 25 juin 2015, vol.42 nº 1. p. 7-37.

ANDREWS, Bridie. *The Making of Modern Chinese Medicine, 1850-1960*. Vancouver : University of British Columbia Press, 2014. 294 p.

ANDREWS, Bridie. « Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China, 1895–1937 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1 janvier 1997, vol.52 nº 1. p. 114-157.

ARNOLD, David. *Colonizing the Body, State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*. Berkeley : University of California Press, 1993. 368 p.

BAILEY, Paul John. *Gender and Education in China: Gender Discourses and Women's Schooling in the Early Twentieth Century*. New York : Routledge, 2007. 246 p.

BARILLE, Claire. « Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIXe siècle », *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2011, vol.4 nº 1. p. 77-99.

BARNES, Linda L. *Needles, Herbs, Gods, and Ghosts: China, Healing, and the West to 1848*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. 458 p.

BARNES, Nicole Elizabeth. *Intimate Communities: Cartime Healthcare and the Birth of Modern China, 1937-1945*. Oakland : University of California Press, 2018. 304 p.

BASTID-BRUGUIÈRE, Marianne. « Servitude or Liberation? The Introduction of Foreign Educational Practices and Systems to China from 1840 to the Present » in Ruth HAYHOE et Marianne BASTID-BRUGUIÈRE (dir.) *China's Education and the Industrialized World: Studies in Cultural Transfer*. Londres : M.E. Sharpe, 1987, p. 3-20.

BAUM, Emily. « Medicine and Public Health in Twentieth-Century China: Histories of Modernization and Change », *History Compass*. juillet 2020, vol.18 nº 7.

BAUM, Emily. *The Invention of Madness: State, Society, and the Insane in Modern China*. Chicago : The University of Chicago Press, 2018. 267 p.

BENEDICT, Carol. *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China*. Stanford : Stanford University Press, 1996. 256 p.

BENEDICT, Carol. « Policing the Sick: Plague and the Origins of State Medicine in Late Imperial China », *Late Imperial China*. 1993, vol.14 nº 2. p. 60-77.

BENNETT, Adrian Arthur. *John Fryer: The Introduction of Western Science and Technology into Nineteenth-Century China*. Cambridge : Harvard University Press, 1967. 172 p.

BENSACQ-TIXIER, Nicole. *La France en Chine de Sun Yat-sen à Mao Zedong : 1918-1953*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014. 751 p.

BENSAUDE-VINCENT, Bernadette, Antonio GARCIA BELMAR, et José Ramón BERTOMEU SANCHEZ. *L'émergence d'une science des manuels : les livres de chimie en France (1789-1852)*. Paris : Archives contemporaines, 2003. 285 p.

BERGER, Rachel. *Ayurveda Made Modern: Political Histories of Indigenous Medicine in North India, 1900-1955*. New York : Palgrave Macmillan, 2013. 232 p.

BERGERE, Marie-Claire. *L'âge d'or de la bourgeoisie chinoise, 1911-1937*. Paris : Flammarion, 1986. 370 p.

BERNARDI JUNQUEIRA, Luis Fernando. « Revealing Secrets: Talismans, Healthcare and the Market of the Occult in Early Twentieth-Century China », *Social History of Medicine*. 8 décembre 2021, vol.34 nº 4. p. 1068-1093.

BICKERS, Robert A. et SETON Rosemary E. (dir.) *Missionary Encounters: Sources and Issues*. Londres : Curzon, 1996. 255 p.

- FITZGERALD, Rosemary. « A "Peculiar and Exceptional Measure": the Call for Women Medical Missionaries for Indian in the Later Nineteenth Century », p. 174-196.

BONAVIA, David. *China's Warlords*. New York : Oxford University Press, 1995. 213 p.

BONNER, Thomas Neville. *Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*. New York : Oxford University Press, 1995. 412 p.

BOURDIEU, Pierre. « Esprits d'Etat. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1993, vol.96-97 nº 1-2. p. 49-62.

BRANDT, Allan M. et GARDNER, Martha. « The Golden Age of Medicine? » in Roger COOTER et John V. PICKSTONE (dir.) *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. New York : Routledge, 2003, p. 21-37.

BRAZELTON, Mary Augusta. *Mass Vaccination: Citizens' Bodies and State Power in Modern China*. Ithaca : Cornell University Press, 2019. 237 p.

BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Learning and Teaching Medicine in Late Imperial China » in Alain BERNARD et Christine PROUST (dir.) *Scientific Sources and Teaching Contexts Throughout History: Problems and Perspectives*. Dordrecht : Springer, 2014, p. 273-301.

BRETELLE-ESTABLET, Florence (dir.) *Looking at it from Asia: the Processes that Shaped the Sources of History of Science*. Dordrecht : Springer, 2010. 426 p.

- BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Is the Lower Yangzi River Region the Only Seat of Medical Knowledge in Late Imperial China? A Glance at the Far South Region and at Its Medical Documents », p. 331-369.

BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Chinese Biographies of Experts in Medicine: What Uses Can We Make of Them? », *East Asian Science, Technology and Society*. janvier 2009, vol.3 nº 4. p. 421-451.

BRETELLE-ESTABLET, Florence. *La santé en Chine du Sud, 1898-1928*. Paris : CNRS, 2002. 239 p.

BRETELLE-ESTABLET, Florence. « Diplomatie et politique coloniale. La médecine française au Yunnan de 1898 à 1931 d'après les sources coloniales françaises et des études chinoises », *Outre-Mers. Revue d'histoire*. 1997, vol.84 nº 315. p. 29-61.

BU, Liping. *Public Health and the Modernization of China, 1865-2015*. Londres : Routledge, 2017. 301 p.

BULLOCK, Mary Brown. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley : University of California Press, 1980. 280 p.

Mary Brown BULLOCK et ANDREWS, Bridie (dir.) *Medical Transitions in Twentieth-Century China*. Bloomington : Indiana University Press, 2014. 448 p.

- CHEN, Lincoln et CHEN, Ling. « China's Exceptional Health Transitions: Overcoming the Four Horsemen of the Apocalypse », p. 17-31.
- JOHNSON, Tina Phillips et WU, Yi-Li. « Maternal and Child Health in Nineteenth- to Twenty-first-Century China », p. 51-68.
- XI, Gao. « Foreign Models of Medicine in Twentieth-Century China », p. 173-211.
- BARNES, Nicole Elizabeth et WATT, John R.. « The Influence of War on China's Modern Health Systems », p. 227-243
- SCHEID, Volker et LEI, Sean Hsiang-lin. « The Institutionalization of Chinese Medicine », p. 244-266.
- FANG, Xiaoping. « Barefoot Doctors and the Provision of Rural Health Care », p. 267-284.

- BULLOCK, Mary Brown. « A Case Study of Transnational Flows of Chinese Medical Professionals », p. 285-296.

- GRYPMA, Sonya et CHENG, Zhen. « The Development of Modern Nursing in China », p. 297-316.

- RENSHAW, Michelle. « The Evolution of the Hospital in Twentieth-Century China », p. 317-335.

BYNUM, William F. et PORTER, Roy (dir.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. New York : Routledge, 1993. 1806 p.

- RISSE, Guenter B. « Medical Care », p. 45-77.

- KLEINMAN, Arthur. « What is Specific to Western Medicine? », p. 15-23.

CAI, Qing 蔡晴. « Cong “guoyi gonghui” dao “zhongyi gonghui”: minguo shiqi Chengdu zhongyi zhiye tuanti de xingzhong zhuanbian » 从国医公会”到“中医师公会”:民国时期成都中医职业团体的兴衰转变 (Des “associations publiques de médecine nationale” aux “associations de praticiens de la médecine chinoise”: essor et déclin des organisations professionnelles de praticiens de la médecine chinoise à Chengdu pendant la période républicaine), *Xinan minzu daxue xuebao*. 2017, vol.38 nº 9. p. 207-213.

CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1972. 224 p.

CARROLL, John M. *Edge of empires: Chinese elites and British colonials in Hong Kong*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. 260 p.

CASS, Victoria B. « Female Healers in the Ming and the Lodge of Ritual and Ceremony », *Journal of the American Oriental Society*. janvier 1986, vol.106 nº 1. p. 233.

CENG, Hao 曾浩. « Biange yu tuoxie : feiyi cunyao lun xia de minguo feizhi zhongyi an » 变革与妥协 — 废医存药论下的民国废止中医案 (Changement et compromis : le cas de l’abolition de la médecine chinoise en République de Chine et le principe “d’abolir la médecine en préservant la pharmacopée”), *Mianzhou yike daxue xuebao*. 2023, vol.21 nº 1. p. 29-36.

CENG, Xuanjing 曾宣靜, LIN, Zhaogeng 林昭庚, et SUN, Maofeng 孫茂峰. « Minchu zhongyi “yiyu faquan” zhi jiangou: yi “zhongyi tiaoli” ji “yishifa” wei lunshu hexin » 民初中醫「醫育法權」之建構（1912-1949）—以《中醫條例》及《醫師法》為論述核心) (Construction d’un “droit médical” pour la médecine chinoise au début du la République (1912-1949): du “Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise” à la “Loi sur les médecins), *Taiwan shida lishi xuebao*. juin 2018, vol.59. p. 41-100.

CHAMPY, Florent. *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

CHANG, Che-chia. « The Qing Imperial Academy of Medicine: Its Institutions and the Physicians Shaped by Them », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 25 juin 2015, vol.41. p. 63-92.

CHAO, Yüan-ling. *Medicine and Society in Late Imperial China: a Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850*. New York : Peter Lang, 2009. 206 p.

CHEN, C. C. et Frederica M. BUNGE. *Medicine in Rural China: a Personal Account*. Berkeley : University of California Press, 1989. 218 p.

CHEN, Keji. « Cultural Tracing and Political Power: Historical Narrative of the Chengdu Traditional Chinese Medicine College in the 1950s », *Asian Journal of Social Science Studies*. juin 2022, vol.7 nº 6. p. 38.

CHEN, Yan 陈雁. « Chuanjiaoshi yu jindai zhongguo de xiyi jiaoyu » 传教士与近代中国的西医教育 (Les missionnaires et l'enseignement de la médecine occidentale en Chine moderne), *Chongqing jiaoyu xueyuan xuebao*. 2008 nº 01. p. 88-91.

CHEUNG, Yuet-wah. *Missionary Medicine in China: a Study of Two Canadian Protestant Missions in China before 1937*. Lanham : University Press of America, 1988. 179 p.

CHI, Hsi-sheng. *Warlord Politics in China, 1916-1928*. Stanford : Stanford University Press, 1976. 282 p.

CHIN, Carol C. « Beneficent Imperialists: American Women Missionaries in China at the Turn of the Twentieth Century », *Diplomatic History*. 2003, vol.27 nº 3. p. 327-352.

CHOA, G. H. *« Heal the Sick » Was their Motto: the Protestant Medical Missionaries in China*. Hong Kong : Chinese University Press, 1990. 255 p.

CHOPPIN, Alain. « Le manuel scolaire, une fausse évidence historique », *Histoire de l'éducation*. 1 janvier 2008 nº 117. p. 7-56.

CHUNG, Yuehtsen Juliette. « Better Science and Better Race?: Social Darwinism and Chinese Eugenics », *Isis*. 2014, vol.105 nº 4. p. 793-802.

CHUNG, Yuehtsen Juliette. *Struggle for National Survival: Eugenics in Sino-Japanese Contexts, 1896-1945*. New York : Routledge, 2002.

COCHRAN, Sherman. *Chinese Medicine Men: Consumer Culture in China and Southeast Asia*. Cambridge : Harvard University Press, 2006. 242 p.

COCHRAN, Sherman. « Marketing Medicine and Advertising Dreams in China, 1900–1950 » in Wen-Hsin YEH (dir.) *Becoming Chinese: Passages to Modernity and Beyond*. Berkeley : University of California Press, 2000, p. 62-97.

COOK, Harold J. « Medicine in Western Europe » in Mark JACKSON (dir.) *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford : Oxford University Press, 2011, p. 190-207.

CROIZIER, Ralph C. *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*. Cambridge : Harvard University Press, 1968. 325 p.

CULLEN, Christopher. « Patients and Healers in Late Imperial China: Evidence from the Jinpingmei », *History of Science*. juin 1993, vol.31 nº 2. p. 99-150.

CUNNINGHAM, Alfred. *A History of Szechuen Riots (May-June, 1895)*. Shanghai : Shanghai Mercury Office, 1895. 38 p.

DAUGHTON, James Patrick. *An Empire Divided: Religion, Republicanism, and the Making of French Colonialism, 1880-1914*. Oxford : Oxford University Press, 2006. 330 p.

DAVIN, Delia. « British Women Missionaries in Nineteenth-Century China », *Women's History Review*. juin 1992, vol.1 nº 2. p. 257-271.

CUNNINGHAM, Andrew et ANDREWS , Bridie (dir.) *Western Medicine as Contested Knowledge*. Manchester : Manchester University Press, 1997, 294 p.

- DEEPAK, Kumar. « Unequal Contenders, Uneven Ground: Medical Encounters in British India, 1820-1920 », p. 172-190.

DIKÖTTER, Frank. *The Discourse of Race in Modern China*. Oxford : Oxford University Press, 2015. 216 p.

DIKÖTTER, Frank. « Eugenics in Republican China », *Republican China*. janvier 1990, vol.15 nº 1. p. 1-17.

DIRLIK, Arif. « The Ideological Foundations of the New Life Movement: A Study in Counterrevolution », *The Journal of Asian Studies*. 1975, vol.34 nº 4. p. 945-980.

DORE, Henri. *Recherche sur les superstitions en Chine*. Shanghai : Imprimerie de la mission catholique, 1911. 216 p.

DRUCKER, Alison R. « The Role of the YWCA in the Development of the Chinese Women's Movement, 1890-1927 », *Social Service Review*. 1979, vol.53 nº 3. p. 421-440.

DUARA, Prasenjit. *Culture, Power, and the State: Rural North China, 1900 - 1942*. Stanford : Stanford University Press, 2000. 326 p.

DUARA, Prasenjit. *Rescuing History from the Nation: Questioning Narratives of Modern China*. Chicago : University of Chicago Press, 1995. 275 p.

EASTMAN, Lloyd E. « The Kuomintang in the 1930s » in Charlotte FURTH (dir.) *The Limits of Change. Essays on Conservative Alternatives in Republican China*. Cambridge : Harvard University Press, 2013, p. 191-210.

EASTMAN, Lloyd E. *The Abortive Revolution: China under Nationalist Rule, 1927-1937*. Cambridge : Harvard University Press, 1990.

EDGERTON-TARPLEY, Kathryn. *Tears from Iron: Cultural Responses to Famine in Nineteenth-Century China*. Berkeley : University of California press, 2008. 360 p.

ELMAN, Benjamin A. *On their Own Terms: Science in China, 1550-1900*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. 567 p.

ELVIN, Mark et SKINNER, G. William (dir.) *The Chinese City Between Two Worlds*. Stanford : Stanford University Press, 1974. 458 p.

- KAPP, Robert A. « Chungking as a Center of Warlord Power, 1926-1937 », p. 153-170.

ELSHAKRY, Marwa. « When Science Became Western: Historiographical Reflections », *Isis*. 2010, vol.101 nº 1. p. 98-109.

ESHERICK, Joseph (dir.) *Remaking the Chinese City: Modernity and National Identity, 1900-1950*. Honolulu : University of Hawai'i Press, 2002, 278 p.

- STAPLETON, Kristin. « Yang Sen in Chengdu: Urban Planning in the Interior », p. 90-104.

- MCISAAC, Lee. « The City as Nation: Creating a Wartime Capital in Chongqing », p. 174-191.

FANG, Xiaoping. *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*. Rochester : University of Rochester Press, 2012. 294 p.

FARQUHAR, Judith. *Knowing Practice: the Clinical Encounter of Chinese Medicine*. Boulder : Westview Press, 1994. 260 p.

FAURE, Olivier. « Naissance et premiers développements des cliniques et hôpitaux privés en France (XIXe-début XXe siècle) » in Élisabeth BELMAS et Serenella NONNIS-VIGILANTE (dir.) *La santé des populations civiles et militaires*. Lille : Presses universitaires du Septentrion, 2010, p. 261-275.

FEWSMITH, Joseph. *Party, State, and Local Elites in Republican China: Merchant Organizations and Politics in Shanghai, 1890-1930*. Honolulu : University of Hawaii Press, 1985. 275 p.

FLEXNER, Abraham. « Is social work a profession ? », *Research on Social Work Practice*. mars 2001, vol.11 nº 2. p. 152-165.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : Quadrige, 2007. 214 p.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité: La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976. 211 p.

FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1975. 318 p.

FU, Jia-Chen. *The Other Milk: Reinventing Soy in Republican China*. Seattle : University of Washington Press, 2018.

FULLER, Pierre. *Modern Erasures: Revolution, the Civilizing Mission, and the Shaping of China's Past*. Cambridge : Cambridge University Press, 2022. 348 p.

FURTH, Charlotte. « Producing Medical Knowledge through Cases. History, Evidence, and Action » in Charlotte FURTH, Judith T. ZEITLIN et Bing Zhen XIONG (dir.) *Thinking with*

Cases: Specialist Knowledge in Chinese Cultural History. Honolulu : Hawai'i University Press, 2007, p. 125-151.

FURTH, Charlotte. *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History, 960-1665*. Berkeley : University of California Press, 1999. 355 p.

FURTH, Charlotte. « Concepts of Pregnancy, Childbirth, and Infancy in Ch'ing Dynasty China », *The Journal of Asian Studies*. 1987, vol.46 nº 1. p. 7-35.

GOLDSCHMIDT, Asaf. « Song Government and Medicine – the Case of the Imperial Pharmacy » in Jongtae LIM et Francesca BRAY (dir.) *Science and Confucian Statecraft in East Asia*. Leiden : Brill, 2019, p. 45-86.

GOLDSCHMIDT, Asaf. « Reasoning with Cases – The Transmission of Clinical Medical Knowledge in Twelfth-Century Song China » in Benjamin A. ELMAN (dir.) *Antiquarianism, Language, and Medical Philology: from Early Modern to Modern Sino-Japanese Medical Discourses*. Leiden : Brill, 2015, p. 19-51.

GOLDSCHMIDT, Asaf. *The Evolution of Chinese Medicine: Song Dynasty, 960-1200*. New York : Routledge, 2011. 272 p.

GONG, Chunli 龚春丽. « Nanjing guomin zhengfu shiqi jieyan yiyuan yanjiu 南京国民政府时期戒烟医院研究 (Recherche sur les hôpitaux de désintoxication pour opiomanes sous le gouvernement de Nankin) », *Jishou daxue xuebao*. 1 mars 2022, vol.43 nº 2. p. 151-160.

GOODMAN, Bryna et GOODMAN, David S. G. (dir.) *Twentieth-Century Colonialism and China: Localities, the Everyday and the World*. New York : Routledge, 2012. 256 p.

- BRETELLE-ESTABLET, Florence. « French Medication in 19th and 20th Centuries China: Rejection or Compliance in Far South Treaty Ports, Concessions and Leased Territories », p. 134-150.

GOOSAERT, Vincent. « Republican Church Engineering. The National Religious Associations in 1912 China » in Mayfair Mei-hui YANG (dir.) *Chinese Religiosities: Afflictions of Modernity and State Formation*. Berkeley : University of California Press, 2008, p. 209-232.

GOOSAERT, Vincent. « L'invention des "religions" » in Anne CHEUNG (dir.) *La pensée en Chine aujourd'hui*. Paris : Gallimard, 2007, p. 480.

GOTO-SHIBATA, Harumi. « The League of Nations as an Actor in East Asia: Empires and Technical Cooperation with China », *International Relations of the Asia-Pacific*. 2017, vol.17 nº 3. p. 435-461.

GRANT, Joanna. *A Chinese Physician: Wang Ji and the Stone MountainMedical Case Histories*. Londres : Routledge, 2003. 209 p.

GRYPMA, Sonya. *Healing Henan Canadian nurses at the North China Mission, 1888-1947*. Vancouver : UBC Press, 2008. 313 p.

GRYPMA, Sonya. *Nursing Shifts in Sichuan: Canadian Missions and Wartime China, 1937-51*. Vancouver : UBC Press, 2021.

HANSON, Marta E. *Speaking of Epidemics in Chinese Medicine: Disease and the Geographic Imagination in Late Imperial China*. New York : Routledge, 2011. 265 p.

HARRISON, Henrietta. *The Man Awakened from Dreams: One Man's Life in a North China Village, 1857-1942*. Stanford : Stanford University Press, 2005. 207 p.

HENSMAN, Bertha. « The Kilborn Family: A Record of a Canadian Family's Service to Medical Work and education in China and Hong Kong », *Canadian Medical Association Journal*. 26 août 1967 nº 97. p. 471-483.

HERSHATTER, Gail. *Women in China's Long Twentieth Century*. Berkeley : University of California Press, 2007. 162 p.

HONGJUN, Zhao. « Chinese versus Western Medicine: A History of their Relations in the Twentieth Century », *Chinese Science*. 1991, vol.10. p. 21-37.

HSU, Elisabeth (dir.) *Innovation in Chinese medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 324-336.

- HANSON, Marta E. « Robust Northerners and Delicate Southerners: the Nineteenth Century Invention of a Southern Medical Tradition » *Innovation in Chinese Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 262-292.
- CULLEN, Christopher. « Yi'an 醫案 (case statements): the Origins of a Genre of Chinese Medical Literature » *Innovation in Chinese medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 297-323.
- ANDREWS, Bridie. « From Case Records to Case Histories: the Modernization of a Chinese Medical Genre, 1912-1949 » in Elisabeth HSU (dir.) *Innovation in Chinese medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001, p. 324-336

HSU, Elisabeth. *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press, 1999. 296 p.

HSU, Elisabeth. « Innovations in Acumoxa: Acupuncture Analgesia, Scalp and Ear Acupuncture in the People's Republic of China », *Social Science & Medicine (1982)*. février 1996, vol.42 nº 3. p. 421-430.

HSU, Elisabeth. « The Reception of Western Medicine in China: Examples from Yunnan » in Patrick PETITJEAN, Catherine JAMI et Anne-Marie MOULIN (dir.) *Science and Empires: Historical Studies about Scientific Development and European Expansion*. Boston : Kluwer Academic Publishers, 1992, p. 89-101.

HU, Xueying. « Chinese Medical Students in Japan and the Transformation of Medical Science in Modern China: a Study Focusing of Six Japanese Imperial Universitites », *Postgraduate Journal of Medical Humanities*. 2017, vol.4. p. 55-80.

HU, Yong 胡勇. « Minguo shiqi de gonggong weisheng hushi zhidu ji qi shijian » 民国时期的公共卫生护士制度及其实践 (Système et pratique des infirmiers de santé publique sous la République), *Dongfang luntan*. 2018 nº 01. p. 62-68.

HU, Yong 胡勇. « Minguo shiqi yisheng zhi zhenxun he pinghe » 民国时期医生之甄训与评核 (Sélection et évaluation des médecins pendant la période républicaine), *Zhejiang xuekan*. 2008 nº 5. p. 88-94.

HUI, Wang. « The Fate of "Mr. Science" In China: The Concept of Science and Its Application in Modern Chinese Thought ». *positions: asia critique*. Février 1995, Vol. 3, nº 1, p. 1-68.

HYMES, Robert P. « Not Quite Gentlemen? Doctors in Song and Yuan », *Chinese Science*. 1987, vol.8. p. 9-76.

JOHNSON, Tina Phillips. *Childbirth in Republican China: Delivering Modernity*. Lanham : Lexington Books, 2011. 221 p.

JOHNSON, Tina Phillips. « Yang Chongrui and the First National Midwifery School: Childbirth Reform in Early Twentieth-Century China », *Asian Medicine*. 2008, vol.4 nº 2. p. 280-302.

JUDGE, Joan. *Republican Lens: Gender, Visuality, and Experience in the Early Chinese Periodical Press*. Oakland : University of California Press, 2015. 8 p.

JUDGE, Joan. *The Precious Raft of History: the past, the West, and the woman question in China*. Stanford : Stanford University Press, 2008. 400 p.

KAPP, Robert A. *Szechwan and the Chinese Republic: Provincial Militarism and Central Power, 1911-1938*. New Haven : Yale University Press, 1973. 198 p.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley : University of California Press, 1980. 427 p.

KWOK, D. W. Y. *Scientism in Chinese Thought, 1900-1950*. New Haven : Yale University Press, 1965. 231 p.

KWOK, Pui-lan. *Chinese Women and Christianity: 1860-1927*. Atlanta : Scholar Press, 1992. 225 p.

KYONG-MCCLAIN, Jeff. « Making Chengdu "The Kingdom of God as Jesus Conceived It": The Urban Work of West China Union University's Sociology Department », *Social Sciences and Missions*. 2010, vol.23 nº 2. p. 162-186.

LA FARGUE, Thomas E. *China's First Hundred.* Pullman : State College of Washington Press, 1942. 176 p.

LAM, Tong. *A Passion for Facts: Social Surveys and the Construction of the Chinese Nation State, 1900-1949*. Berkeley : University of California Press, 2011.

LAMPTON, David M. *The Politics of Medicine in China: the Policy Process, 1949-1977*. Boulder : Westview Press, 1977. 301 p.

LANGLITZ, Nicolas. « Is there an Asian Biopolitics? », *BioSocieties*. décembre 2011, vol.6 nº 4. p. 487-500.

LARSON, Magali Sarfatti. *The Rise of Professionalism: Monopolies of Competence and Sheltered Markets*. New Brunswick : Transaction Publishers, 2013. 309 p.

LEE, Jen-der. « Sex in Schools: Educating the Junior High Students in Early Republican China » in Ki Che LEUNG, Izumi NAKAYAMA et Francesca BRAY (dir.) *Gender, Health, and History in Modern East Asia*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2017, p. 61-91.

LEE, Wong. « Women's Education in Traditional and Modern China », *Women's History Review*. septembre 1995, vol.4 nº 3. p. 345-367.

LEI, Sean Hsiang-lin. *Neither Donkey nor Horse: Medicine in the Struggle Over China's Modernity*. Chicago : The University of Chicago Press, 2014. 382 p.

LEI, Sean Hsiang-lin. « How Did Chinese Medicine Become Experiential? The Political Epistemology of Jingyan », *positions: east asia cultures critique*. 2002, vol.10 nº 2. p. 333-364.

LEI, Sean Hsiang-lin. *When Chinese Medicine Encountered the State: 1910-1949*. Chicago : University of Chicago, 1999.

LESLIE, Charles. « Medical Pluralism in World Perspective », *Social Science & Medicine*. novembre 1980, vol.14 nº 4. p. 191-195.

LESLIE, Charles M. (dir.) *Asian Medical Systems: a Comparative Study*. Berkeley : University of California Press, 1977. 419 p.

LEUNG, Angela Ki Che. « To Build or to Transform Vegetarian China » in Robert Ji-Song KU et Christine R. YANO (dir.) *Moral Foods: the Construction of Nutrition and Health in Modern Asia*. Honolulu : University of Hawaii Press, 2020, p. 221-261.

LEUNG, Angela Ki Che. *Leprosy in China: a History*. New York : Columbia University Press, 2009. 373 p.

LEUNG, Angela Ki Che. « The Business of Vaccination in Nineteenth-Century Canton », *Late Imperial China*. 2008, vol.29 nº 1. p. 7-39.

LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Instruction and Popularization in Ming-Qing China », *Late Imperial China*. 2003, vol.24 nº 1. p. 130-152.

LEUNG, Angela Ki Che. « Medical Learning from the Song to the Ming » in Paul Jakov SMITH et Richard VON GLAHN (dir.) *The Song-Yuan-Ming Transition in Chinese History*. Cambridge : Harvard University Asia Center, 2003, p. 374-398.

LEUNG, Angela Ki Che. « L'instruction médicale et sa vulgarisation dans la Chine des Ming et des Qing » in Christine NGUYEN TRI et Catherine DESPEUX (dir.) *Éducation et instruction en Chine*. Louvain : Peeters, 2003, p. 89-114.

LEUNG, Angela Ki Che. « Women Practicing Medicine in Pre-modern China » in Harriet Thelma ZURNDORFER (dir.) *Chinese Women in the Imperial Past: New Perspectives*. Leiden : Brill, 1999, p. 101-134.

LEUNG, Angela Ki Che. « Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region », *Late Imperial China*. 1987, vol.8 nº 1. p. 134-166.

LI, Danke. *Echoes of Chongqing: Women in Wartime China*. Urbana : University of Illinois Press, 2010. 215 p.

Vivienne LO, Michael STANLEY-BAKER et Dolly YANG (dir.) *Routledge Handbook of Chinese Medicine*. Londres : Routledge, 2022. 768 p.

- LI, Jianmin. « Anatomy and Surgery », p. 206-216.

LI, Michell. « Inflation in Eastern China during the Second Sino-Japanese War », *Journal of Economics Library*. janvier 2020, vol.6 nº 4. p. 338-353.

LIN, Evelyn. « Nursing in China », *The American Journal of Nursing*. janvier 1938, vol.38 nº 1. p. 1-8.

LIN, Ganliang 林乾良. « Wo guo jindai zaoqi de zhongyi xuexiao » 我国近代早期的中医学校 (Les écoles de médecine chinoise en Chine au début de la période moderne), *Zhonghua yishi zazhi*. 1980, vol.10 nº 2. p. 90-91.

LIN, Yi-Tang. « D'un village à l'État : les laboratoires de la reconstruction rurale de James Yen en Chine et ses soutiens américains (1926-1950) », *Histoire Politique*. juin 2020 nº 41.

LIU, Chung-tung. « From San Gu Liu Po to 'Caring scholar': the Chinese Nurse in Perspective », *International Journal of Nursing Studies*. janvier 1991, vol.28 nº 4. p. 315-324.

LIU, Hongkang 刘洪康. *Zhonguo renkou : Sichuan fence* 中國人口 : 四川分冊 (Population chinoise : Sichuan). Beijing : Zhongguo caizheng jingji chubanshe, 1988. 450 p.

LIU, Michael Shiyung. « Epidemic Control and Wars in Republican China (1935-1955) », *Extrême-Orient, Extrême-Occident*. 2014 nº 37. p. 111-139.

LIU, Qing. « The Cultural Dilemma in the Process of Uniting Chinese and Western Medicine from 1940 to 1950 », *The Journal of Chinese Sociology*. février 2019, vol.6 nº 1. p. 4.

LIU, Yang 刘洋. *Jindai Shanxi yixueshi: zhongyi tizhihua licheng* 近代山西医学史: 中医体制化历程 (Histoire de la médecine dans le Shanxi moderne: l'institutionnalisation de la médecine chinoise). Taiyuan : Shanxi renmin chubanshe, 2018. 452 p.

LIU, Yuqiang 刘裕强. « Zhanhou Guangdongsheng canyihui shulun » 战后广东省参议会述论 (Sur l'Assemblée provinciale du Guangdong dans l'arpès-guerre), *Guangzhou guangbo dianshi daxue xuebao*. 2014, vol.14 nº 4. p. 47-52.

LU, Gwei-Djen et NEEDHAM, Joseph. *Celestial Lancets: a History and Rationale of Acupuncture and Moxa*. Cambridge : Cambridge University Press, 1980. 427 p.

LUCAS, AnElissa. *Chinese Medical Modernization: Comparative Policy Continuities, 1930-1980s*. New York : Praeger, 1982. 188 p.

David LUESINK, SCHNEIDER, William H. et ZHANG, Daqing (dir.) *China and the Globalization of Biomedicine*. Rochester : University of Rochester Press, 2019. 269 p.

- HE, Xiaolan. « Shanghai's Female Doctors: A Discussion of the Gendered Politics of Modern Medical Professionalization », p. 131-158.
- BARNES, Nicole Elizabeth. « Serving the People: Chen Zhiqian and the Sichuan Provincial Health Administration, 1939–1945 », p. 215-231.

MACPHERSON, Kerrie L. *A Wilderness of Marshes: the Origins of Public Health in Shanghai, 1843-1893*. Lanham : Lexington Books, 2002. 346 p.

MAO, Peijie. *Popular Magazines and Fiction in Shanghai, 1914-1925: Modernity, the Cultural Imaginary, and the Middle Society*. Lanham : Lexington Books, 2021.

MASQUELET, Alain-Charles. « Mutations du regard médical », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 2007, vol.1 nº 1. p. 57.

MCCORD, Edward Allen. *The Power of the Gun: the Emergence of Modern Chinese Warlordism*. Berkeley : University of California Press, 1993. 436 p.

MENG, Zhang. « Taking a Moderate Path: Tang Erhe, Colonial Korea, and the Formation of a Dual Medical System in 1910s China », *Global China Pulse*. septembre 2023, vol.2 nº 1. p. 37-44.

MENONVILLE, Corinne de. *Les aventuriers de Dieu et de la République : consuls et missionnaires en Chine (1844-1937)*. Paris : Indes savantes, 2007. 227 p.

MERKEL-HESS, Kate. « The Public Health of Village Private Life: Reform and Resistance in Early Twentieth Century Rural China », *Journal of Social History*. 2016, vol.49 nº 4. p. 881-903.

MINDEN, Karen. *Bamboo Stone: the Evolution of a Chinese Medical Elite*. Toronto, Canada : University of Toronto Press, 1994. 201 p.

MONNAIS, Laurence. *Médecine et colonisation: l'aventure indochinoise : 1860-1939*. Paris : CNRS, 1999. 489 p.

MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence. « Paradoxes d'une médicalisation coloniale. La professionnalisation du "médecin indochinois" au XXe siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2002, vol.143 nº 3. p. 36-43.

MORRIS, Andrew D. *Marrow of the Nation: a History of Sport and Physical Culture in Republican China*. Berkeley : University of California Press, 2004. 368 p.

NEDOSTUP, Rebecca. *Superstitious Regimes: Religion and the Politics of Chinese Modernity*. Cambridge : Harvard University Press, 2009. 459 p.

NEEDHAM, Joseph, LU, Gwei-Djen, et SIVIN, Nathan. *Science and Civilisation in China. Vol VI: 6*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000.

NIELD, Robert. *China's Foreign Places: the Foreign Presence in China in the Treaty Port Era, 1840-1943*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2015. 359 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *WHO Expert Meeting on Evaluation of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of COVID-19*. 2022. En ligne : https://www.who.int/publications/m/item/who-expert-meeting-on-evaluation-of-traditional-chinese-medicine-in-the-treatment-of-covid-19 [consulté le 11 juin 2024].

PAULÈS, Xavier. « Warlords at Work: Four Crucial Realms and Four Dynamics of State Building in Republican China, 1916–1937 », *Twentieth-Century China*. 2022, vol.47 nº 1. p. 40-49.

PAULES, Xavier. « Le petit âge d'or statistique de la décennie de Nankin (1928-1937) » in Nathalie KOUAME, Éric P. MEYER et Anne VIGUIER (dir.) *Encyclopédie des historiographies : Afriques, Amériques, Asies*. Paris : Presses de l'Inalco, 2020, p. 1328-1334.

PAULES, Xavier. *La République de Chine: histoire générale de la Chine (1912-1949)*. Paris : Les Belles Lettres, 2019. 412 p.

PAULES, Xavier. « Les institutions de désintoxication pour fumeurs d'opium à Canton entre 1839 et 1952 », *Revue historique*. 2008, vol.647 nº 3. p. 627-656.

PAULÈS, Xavier et SERFASS, David. « Questioning the Teleology of the Central State in Republican China », *Twentieth-Century China*. 2022, vol.47 nº 1. p. 3-10.

PI, Guoli 皮國立. « Zhanzheng de qishi : Zhongguo yixue waishang xueke de zhizhi zhuanxing » 戰爭的啟示：中國醫學外傷學科的知識轉型, 1937-1949 (Révélations de la guerre : transformation des connaissances en chirurgie et traumatologie dans la médecine chinoise, 1937-1949), *Guoshi guan guankan*. 2020, vol.63. p. 89-91, 93-126.

PINGYI, Chu. « Narrating a History for China's Medical Past: Christianity, Natural Philosophy and History in Wang Honghan's Gujin yishi », *East Asian Science, Technology, and Medicine*. 2008 n° 28. p. 14-35.

PRUDHOMME, Claude. « La France et les missions catholiques, XVIIIe-XXe siècles » in Alain TALLON et Catherine VINCENT (dir.) *Histoire du christianisme en France*. Paris : Armand Colin, 2014, p. 375-390.

PYE, Lucian W. *Warlord Politics: Conflict and Coalition in the Modernization of Republican China*. New York : Praeger, 1971. 212 p.

LIANG, Qizi et FURTH, Charlotte (dir.) *Health and hygiene in Chinese East Asia: Policies and Publics in the Long Twentieth Century*. Durham : Duke University Press, 2010, p.

- ANDERSON, Warwick. « Biomedicine in Chinese East Asia: From Semicolonial to Postcolonial? », p. 273-278.
- LEUNG, Angela Ki Che. « The Evolution of the Idea of Chuanran Contagion in Imperial China », p. 25-50.

QU, Tongzu. *Local Government in China under the Ch'ing*. Cambridge : Harvard University Press, 1962. 360 p.

RANKIN, Mary Backus. *Elite Activism and Political Transformation in China: Zhejiang Province, 1865-1911*. Stanford : Stanford University Press, 1986. 427 p.

RAYNER, Timothy. « Biopower and Technology: Foucault and Heidegger's Way of Thinking », *Contretemps*. mai 2001 nº 2. p. 142-156.

REINHARDT, Anne. *Navigating Semi-Colonialism: Shipping, Sovereignty, and Nation-Building in China, 1860-1937*. Cambridge : Harvard University Asia Center, 2018.

RENSHAW, Michelle. *Accommodating the Chinese: the American hospital in China, 1880-1920*. New York : Routledge, 2005. 312 p.

RHOADS, Edward J. M. *Stepping Forth into the World: the Chinese Educational Mission to the United States, 1872-81*. Hong Kong : Hong Kong University Press, 2011. 313 p.

RICHARDS, Pamela Spence. « The Movement of Scientific Knowledge from and to Germany under National Socialism », *Minerva*. 1990, vol.28 nº 4. p. 401-425.

ROGASKI, Ruth. *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley : University of California Press, 2004. 401 p.

ROSEN, George et ROSENBERG, Charles E. *The Structure of American Medical Practice, 1875-1941*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 2016.

ROUX, Alain. « Xavier Paulès, La République de Chine. Histoire générale de la Chine », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*. 2020, vol.67 nº 3. p. 199-201.

ROWE, William T. « The Public Sphere in Modern China », *Modern China*. 1990, vol.16 nº 3. p. 309-329.

SCHEID, Volker. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626-2006*. Seattle : Eastland Press, 2007. 565 p.

SCHEID, Volker. *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Durham : Duke University Press, 2002. 407 p.

SCHNEIDER, Helen M. *Keeping the Nation's House: Domestic Management and the Making of Modern China*. Vancouver : University of British Columbia Press, 2011. 321 p.

SCHOPPA, R. Keith. *Chinese Elites and Political Change: Zhejiang Province in the Early Twentieth Century*. Cambridge : Harvard University Press, 1982. 280 p.

SCHWEITZER, Sylvie. « Du vent dans le ciel de plomb ? L'accès des femmes aux professions supérieures, XIXe–XXe siècles », *Sociologie du travail*. mai 2009, vol.51 nº 2. p. 183-198.

SHEMO, Connie. « "Wants Learn Cut, Finish People": American Missionary Medical Education for Chinese Women and Cultural Imperialism in the Missionary Enterprise, 1890s–1920s », *The Chinese Historical Review*. mai 2013, vol.20 nº 1. p. 54-69.

SHEMO, Connie Anne. *The Chinese Medical Ministries of Kang Cheng and Shi Meiyu, 1872–1937: On a Cross-Cultural Frontier of Gender, Race, and Nation*. Bethlehem : Lehigh University Press, 2011. 290 p.

SHI, Xia. *At Home in the World: Women and Charity in Late Qing and Early Republican China*. New York : Columbia University Press, 2018. 274 p.

SIVIN, Nathan. *Health Care in Eleventh-Century China*. Cham : Springer International Publishing : Imprint: Springer, 2015. 1 p.

SIVIN, Nathan. « Text and Experience in Classical Chinese Medicine » in Don BATES (dir.) *Knowledge and the scholarly medical traditions*. Cambridge : Cambridge University Press, 1995, p. 177-204.

SKINNER, G. William. « Sichuan's Population in the Nineteenth Century: Lessons from Disaggregated Data », *Late Imperial China*. 1987, vol.8 nº 1. p. 1-79.

SMITH, Hilary A. *Forgotten Disease: Illnesses Transformed in Chinese Medicine*. Stanford : Stanford University Press, 2017. 232 p.

SMITH, Joanna Handlin. *The Art of Doing Good: Charity in Late Ming China*. Berkeley : University of California Press, 2009. 405 p.

SOUYRI, Pierre. *Moderne sans être occidental: aux origines du Japon d'aujourd'hui*. Paris : Gallimard, 2016. 496 p.

STAPLETON, Kristin. *Fact in Fiction: 1920s China and Ba Jin's Family*. Stanford : Stanford University Press, 2016. 280 p.

STAPLETON, Kristin. *Civilizing Chengdu: Chinese Urban Reform, 1895-1937*. Cambridge : Harvard University Press, 2000. 341 p.

STRAND, David. *Rickshaw Beijing: City People and Politics in the 1920s*. Berkeley : University of California Press, 1989. 364 p.

SUMMERS, William C. *The Great Manchurian Plague of 1910-1911: the Geopolitics of an Epidemic Disease*. New Haven : Yale University Press, 2012.

SUTTON, Donald. « From Credulity to Scorn: Confucians Confront the Spirit Mediums in Late Imperial China », *Late Imperial China*. décembre 2000, vol.21 nº 2. p. 1-39.

SUTTON, Donald. « Pilot Surveys of Chinese Shamans, 1875-1945: A Spatial Approach to Social History », *Journal of Social History*. septembre 1981, vol.15 nº 1. p. 39-50.

TANG, Jiaxin 康加新. « Qingmo Yuan Shikai yu Cen Chunxuan guanxi shulun » 清末袁世凯与岑春煊关系述论 (Discussion sur les relations entre Yuan Shikai et Cen Chunxuan à la fin de la dynastie Qing), *Heilongjiang shizhi*. 2008 nº 15. p. 12-13.

TAYLOR, Kim. *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963: a Medicine of Revolution*. Londres : Routledge, 2005. 236 p.

UNSCHULD, Paul. « Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century » in Charles M. LESLIE et Allan YOUNG (dir.) *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley : University of California Press, 1992, p. 44-61.

UNSCHULD, Paul. *Medicine in China. A History of Ideas*. Berkeley : University of California Press, 1985. 423 p.

VEYNE, Paul. *Comment on écrit l'histoire. Essai d'épistémologie*. Paris : Le Seuil, 1978. 296 p.

VIANA, Venus. « The Making of a Modern Public Health System in some Smaller Chinese Towns, 1929–1949 », *Urban History*. mai 2018, vol.45 nº 2. p. 331-350.

WALSH, Mary Roth. *« Doctors Wanted, No Women Need Apply »: Sexual Barriers in the Medical Profession, 1835-1975*. New Haven : Yale University Press, 1977. 303 p.

WANG, Di. *Violence and Order on the Chengdu Plain: the Story of a Secret brotherhood in Rural China, 1939-1949*. Stanford : Stanford University Press, 2018. 260 p.

WANG, Di. *Street Culture in Chengdu: Public Space, Urban Commoners, and Local Politics, 1870-1930*. Stanford : Stanford University Press, 2013.

WATT, John R. *Saving Lives in Wartime China: How Medical Reformers Built Modern Healthcare Systems amid War and Epidemics, 1928 - 1945*. Leiden : Brill, 2014. 339 p.

WEN, Xiang 文庠. « Shilun minguo shiqi zhongyi kaiye guanli zhengce fagui yu shishi » 试论民国时期中医开业管理政策法规与实施 (Étude des politiques et règlementations régissant la pratique de la médecine chinoise et leur mise en œuvre en République de Chine), *Minguo dangan*. 2007, vol.4. p. 73-79.

WEN, Xiang 文庠. *Yizhi yu chaoyue: minguo zhongyi yizheng* 移植与超越: 民国中医医政 (Transplanter et transcender : politique médicale et médecine chinoise sous la République). Beijing : Zhongguo zhongyiyao chubanshe, 2007. 243 p.

WEN, Xiang 文庠. « Nanjing guomin zhengfu "zhongyi tiaoli" shuping » 南京国民政府《中医条例》述评 (Analyse du "Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise" du gouvernement nationaliste de Nankin), *Minguo dangan*. 2004, vol.4. p. 82-86.

WEN, Xiang 文庠. « Jiao Yitang yu zhongyiyao shiye » 焦易堂与中医药事业 (Jiao Yitang et la cause de la médecine chinoise), *Nanjing yike daxue xuebao*. 2003 nº 1. p. 51-55.

WILL, Pierre-Etienne. « Bureaucratie officielle et bureaucratie réelle. Sur quelques dilemmes de l'administration impériale à l'époque des Qing », *Études chinoises*. 1989, vol.8 nº 1. p. 69-142.

WONG, Frances K. Y. et ZHAO, Yue. « Nursing Education in China: Past, Present and Future », *Journal of Nursing Management*. janvier 2012, vol.20 nº 1. p. 38-44.

WU, Miao 吴苗. « Zhongguo jindai shoudu hanyi riwen chankexue zhuzuo "zhu shi chanpo xue" tanxi » 中国近代首部汉译日文产科学著作《竹式产婆学》探析 (Analyse de la première traduction chinoise de l'ouvrage d'obstétrique japonais "zhu shi chanpoxue"), *Zhonghua yishi zazhi*. 2019, vol.49 nº 3. p. 139-145.

WU, Yi-Li. *Reproducing Women: Medicine, Metaphor, and Childbirth in Late Imperial China*. Berkeley : University of California Press, 2010. 362 p.

WYMAN, Judith. « The Ambiguities of Chinese Antiforeignism: Chongqing, 1870-1900 », *Late Imperial China*. 1997, vol.18 nº 2. p. 86-122.

XIONG, Fu 熊复. « Xinhua ribao de lishi diwei ji qi tedian » 新华日报的历史地位及其特点 (Position historique et caractéristiques du Xinhua ribao), *Xinwen yu chuanbo yanjiu*. 1981, vol.4. p. 1-13.

XU, Xiaoqun. *Chinese Professionals and the Republican State: the Rise of Professional Associations in Shanghai, 1912-1937*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 328 p.

XU, Xiaoqun. « 'National Essence' vs 'Science': Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912–37 », *Modern Asian Studies*. 1997, vol.31 nº 4. p. 847-877.

YAN, Ting 阎婷. « Minguo shiqi zhongyi zige de qude yu kaiye de xingzheng guan » 民国时期中医资格的取得与开业的行政管理 (Administrer la qualification et la pratique de la médecine chinoise penant la période républicaine), *Shang Qing*. 2019, vol.7. p. 146-147.

YANG, Dianxing 杨殿兴 et Xingjun 田兴军 TIAN. *Chuanpai zhongyiyao yuanliu yu fazhan* 川派中医药源流与发展 (Origine et développement de la médecine traditionnelle chinoise au Sichuan). Beijing : Zhongguo zhongyiyao chubanshe, 2016. 666 p.

YANG, Nianqun 杨念群. *Zaizao « bing ren »: zhongxiyi chongtu xia de kongjian zhengzhi* 再造'病人':中西医冲突下的空间政治 (1832-1985) (Recréer le « patient »: la politique spatiale et le conflit entre médecine chinoise et occidentale, 1832-1985). Beijing : Renmin daxue chubanshe, 2013. 465 p.

YANG, Xinglin 杨杏林 et LU, Ming 陆明. « Shanghai jindai zhongyi jiaoyu gaishu » 上海近代中医教育概述 (Aperçu de l'enseignement moderne de la médecine chinoise à Shanghai), *Zhonghua yishi zazhi*. 1994, vol.4 nº 24. p. 215-218.

YE, Weili. *Seeking Modernity in China's Name: Chinese Students in the United States, 1900-1927*. Stanford : Stanford University Press, 2001. 330 p.

YING, Hu. « Naming the First Women », *Nan Nü*. janvier 2001, vol.3 nº 2. p. 196-231.

YIP, Ka-che. « Disease and the Fighting Men: Nationalist Anti-epidemic Efforts in Wartime China, 1937–1945 » *China in the Anti-Japanese War, 1937-1945: Politics, Culture and Society*. New York : Peter Lang, 2001, p. 171-188.

YIP, Ka-che. *Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928-1937*. Ann Arbor : Association for Asian Studies, 1995. 289 p.

YOUNG, Arthur. *China's Wartime Finance and Inflation, 1937-1945*. Cambridge : Harvard University Press, 1965. 421 p.

YOUNG, Theron Kue-Hing. « A Conflict of Professions: the Medical Missionary in China, 1835-1890 », *Bulletin of the History of Medicine*. 1973, vol.47 nº 3. p. 250-272.

ZACCARINI, M. Cristina. « Modern Medicine in Twentieth-Century Jiangxi, Anhui, Fujian and Sichuan: Competition, Negotiation and Cooperation », *Social History of Medicine*. 13 décembre 2009, vol.23 nº 2. p. 338-355.

ZHANG Ling 张玲. *Zhangzheng, shehui yu yiliao : kangzhang shiqi Sichuan gonggong weisheng jianshe yanjiu* 战争, 社会与医疗: 抗战时期四川公共卫生建设研究 (Guerre, société et soins médicaux : étude sur la construction de la santé publique au Sichuan pendant la guerre de résistance). Beijing : Zhongguo shehui kexue chubanshe, 2015. 233 p.

ZHANG, Ling 张玲. « Kangzhan shiqi Sichuan de gonggong weisheng guanli » 抗战时期四川的公共卫生管理 (La gestionde la santé publique au Sichuan pendant la guerre), *Chongqing shifan daxue xuebao*. 2015 nº 03. p. 28-35.

ZHANG, Ying. « Healing, Entertaining, and Accumulating Merit: The Circulation of Medical Recipes from the Late Ming through the Qing », *Frontiers of History in China*. janvier 2019, vol.14 nº 1. p. 109-136.

ZHAO, Hongju 赵洪钧. *Jindai zhongxiyi lunzheng shi* 近代中西医论争史 (Histoire des controverses entre médecine chinoise et occidentale à l'époque moderne). Beijing : Xue yuan chubanshe, 2019.

ZHOU, Chunyan 周春燕. *Nüti yu guozu: qiangguo qiangzhong yu jindai Zhongguo de funü weisheng* 女體與國族 : 強國強種與近代中國的婦女衛生, 1895-1949 (Le corps des femmes et la nation : renforcement de la nation, renforcement de la race et la santé des femmes dans la Chine moderne). Taipei : Guoli zhengzhi daxue lishi xuexi, 2010. 433 p.

ZHOU, Quansheng 周泉胜. « Minguo houqi xian canyihui yu difang zhengzhi » 民国后期县参议会与地方政, 1946-1949 (Assemblées de district et politique locale à la fin de la période républicaine, 1946-1949), *Ningbo daxue xuebao*. 2018, vol.31 nº 4. p. 15-20.

ZURNDORFER, Harriet. « Wartime Refugee Relief in Chinese Cities and Women's Political Activism, 1937–1940 » *New Narratives of Urban Space in Republican Chinese Cities: Emerging Social, Legal and Governance Orders*. Leiden : Brill, 2013, p. 65-91.

Chengdu shizhi : weisheng zhi 成都市志 : 卫生志 *(Chronique de la ville de Chengdu : Santé)*. Beijing : Fangzhi chubanshe, 1997. 346 p.

Sichuan weisheng shiliao 四川卫生史料 (Matériaux pour l'histoire de la santé au Sichuan). Chengdu : Sichuan yiyao weisheng zhi bianji shi, 1984. 12 vol.

- GUO, Chengxu 郭成圩. « Sichuan zhongdou yange 四川种痘沿革 (Évolution de la vaccination au Sichuan) ». 1984, vol.1, p. 36-37.
- LUO, Zhengming 罗征明. « Guke mingyi Luo Yusheng 骨科名医罗裕生 (Le célèbre médecin spécialiste des os Luo Yusheng) ». 1984, vol.2, p. 13-14.
- « Qingmo ji minguo shiqi Chengdu de xiyi gaikuang 清末及民国时期成都的西医概况 (Aperçu de la médecine occidentale à Chengdu à la fin de la période Qing et pendant la période républicaine) ». 1986, vol.10, p. 20-22.
- KONG, Xiangxu 孔祥序. « Sichuan guoyi xueyuan shi 四川国医学院史 (Histoire de l'académie de médecine nationale du Sichuan) ». 1987, vol.12, p. 37-40.

Travaux non publiés

BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*, Thèse de doctorat en histoire. Irvine : University of California, 2012. 417 p.

CAO, Yanfang 曹艳芳. *Nanjing guomin zhengfu shiji de junyi qunti yanjiu* 南京国民政府时期的军医群体研究 (Recherche sur les médecins militaires sur le gouvernement nationaliste de Nankin), Mémoire de master d'histoire. Baoding : Université du Hebei, 2021. 63 p.

CHEN, Xing 陈星. *Tizhi jiangou yu linian chuanbo: zhonghua huli xuehui yanjiu* 体制建构与理念传播：中华护理学会研究, 1909-1949 (Construire un système et diffuser ses idées : étude sur l'Association chinoise des infirmiers et infirmières, 1909-1949), Mémoire de master d'histoire. Baoding : Hebei daxue, 2014. 66 p.

GLAISE, Anne-Frédérique. *L'évolution sanitaire et médicale de la Concession française de Shanghai entre 1850 et 1950*, Thèse de doctorat en histoire. Lyon : Université Lumière, 2005. 440 p.

HE, Mengxiao 贺萌晓. *Minguo shiqi de junyi jiaoyu yanjiu* 民国时期的军医教育研究 (Recherches sur l'éducation médicale militaire pendant la période républicaine), Mémoire de master d'histoire. Zhengzhou : Université de Zhengzhou, 2021. 100 p.

JIA, Jiangrong 贾江溶. *Beiyang yi xuetang yanjiu 北洋医学堂研究, 1881-1911 (Recherches sur l'école de médecine Beiyang, 1881-1911)*, Thèse de doctorat en médecine. Shijiazhuang : Université médicale du Hebei, 2022. 140 p.

LI, Sheng-Jen. « Miraculous Surgery in a Heathen Land: Medical Missions to Nineteenth-Century China », *Conference on Religion, Popular Culture and Social Changes in Asia, Harvard-Yenching Institute*. 2006.

LIN, Shing-Ting. *The Female Hand: The Making of Western Medicine for Women in China, 1880s–1920s*, Thèse de doctorat en histoire. New York : Columbia University, 2015. 218 p.

MATTHEWS, James J. *The Union Jack on the Upper Yangzi: The Treaty Port of Chongqing, 1891-1943*, Thèse de doctorat en histoire. Toronto : York University, 1999. 444 p.

MU, Jingqiang 慕景强. *Minguo xiyi gaodeng jiaoyu yanjiu* 民国西医高等教育研究,1912-1949) (Recherche sur l'enseignement supérieur de la médecine occidentale sous le République, 1912-1949), Thèse de doctorat en histoire. Shanghai : Université normale de l'Est de la Chine, 2005. 240 p.

RENSHAW, Michelle. *Accomodating the Chinese: The American Hospital in China, 1880-1920*, Thèse de doctorat en études asiatiques et santé publique. Adelaide : University of Adelaide, 2003. 306 p.

WANG, Qihui 王启辉. *Minguo yishi falü yanjiu* 民国医师法律研究 (Étude sur le droit des médecins sous la République), Thèse de doctorat en théorie du droit. Nanjing : Université de Nanjing, 2015. 229 p.

WU, Xiumei 吴秀梅. *Cen Chunxuan yu Qingmo Xinzheng* 岑春煊与清末行政, 1901-1907 (Cen Chunxuan et les Nouvelles politiques de la fin des Qing, 1901-1907), Mémoire de master d'histoire. Shanghai : Université normale de l'Est de la Chine, 2007. 53 p.

XIE, Lizhen 谢丽珍. *Jindai Henan hushi qunti yanjiu* 近代河南护士群体研究 (Étude sur la population infirmière du Henan moderne), Mémoire de master d'histoire. Zhengzhou : Université de Zhengzhou, 2018. 63 p.

XU, Silin 徐斯琳. *Minguo shiji Shanghai nüxiyi yanjiu* 民国时期上海女西医研究, 1919-1937 (Recherche sur les femmes médecins à Shanghai pendant la période républicaine, 1919-1937), Mémoire de master d'histoire. Guangzhou : Université Jinan, 2020. 176 p.

ZHAN, Yonghua 詹勇华. *Wan Qing minchu Chengdu zhishi jingying de fengsu guan - yi Fu Chongju wei zhongxin de kaocha* 晚清民初成都知识精英的风俗观—以傅崇矩为中心的考察 (La vision des coutumes par l'élite intellectuelle de Chengdu à la fin de la période Qing et au début de la période républicaine - Enquête centrée sur Fu Chongju), Mémoire de master de littérature. Chengdu : Université normale du Sichuan, 2022. 87 p.

ZHANG, Zhen 张震. *Zhongyang junyi xuexiao yanjiu* 中央军医学校研究, 1902-1949 (Recherche sur l'école centrale de médecine militaire, 1902-1949), Mémoire de master d'histoire. Changsha : Université normale du Hunan, 2020. 96 p.

Annexes

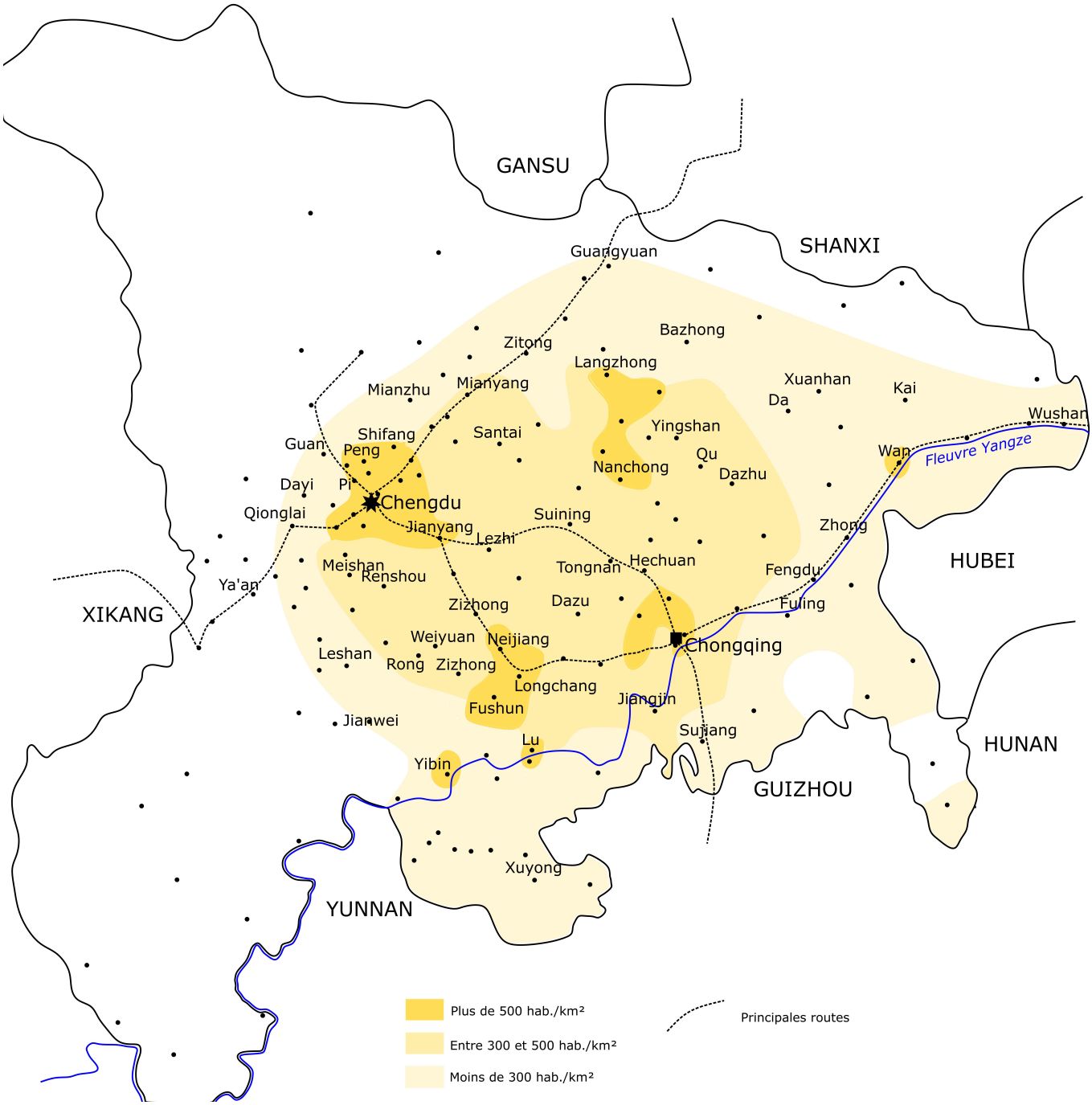
I. Cartes

1. L'occupation japonaise en 1939

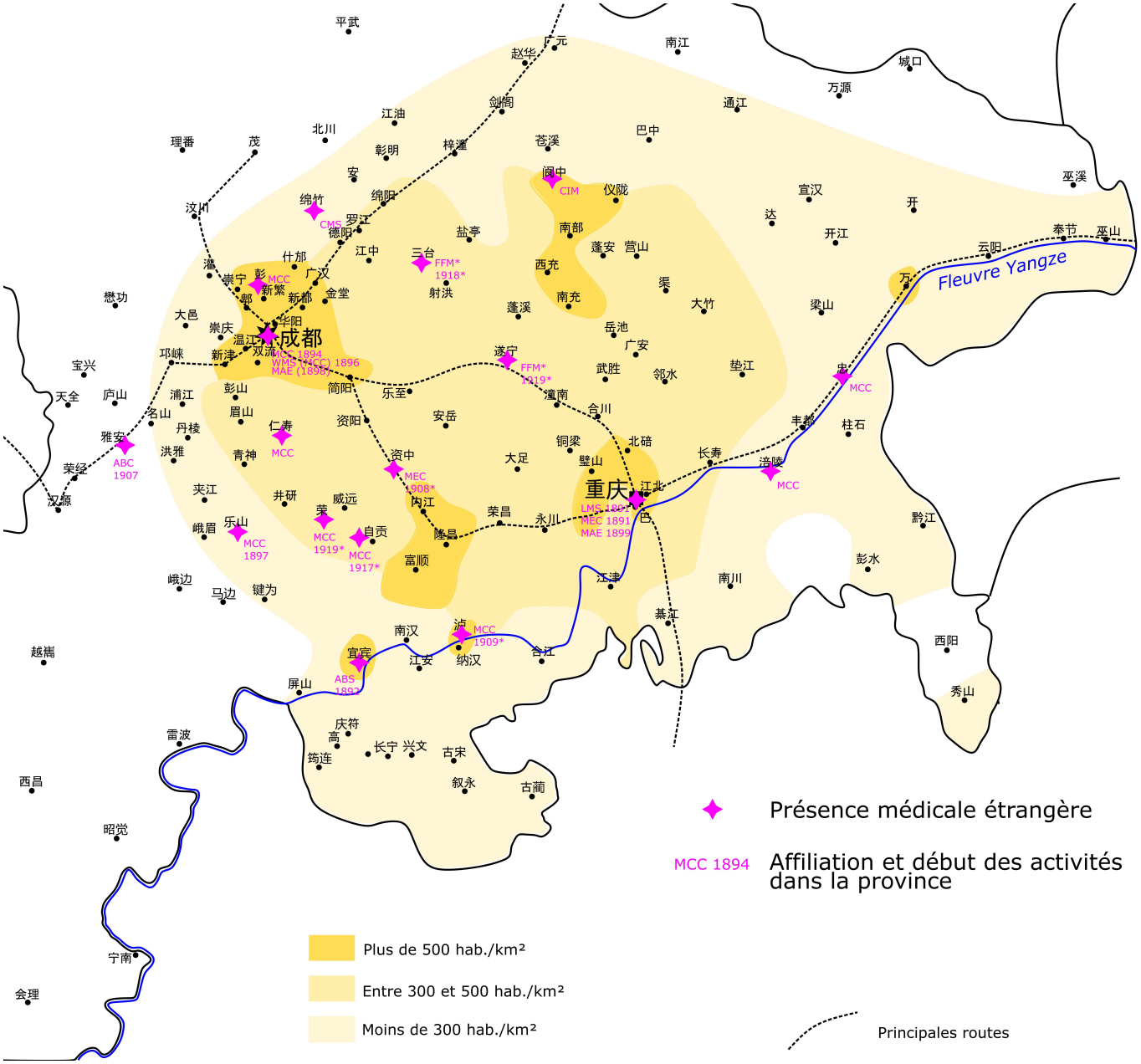


Source : LARY, Diana. *The Chinese people at war: human suffering and social transformation, 1937 - 1945*. Cambridge : Cambridge University Press, 2010, p. 79.

2. Province du Sichuan (vers 1937)



3. La présence médicale étrangère au Sichuan au début du XXe siècle

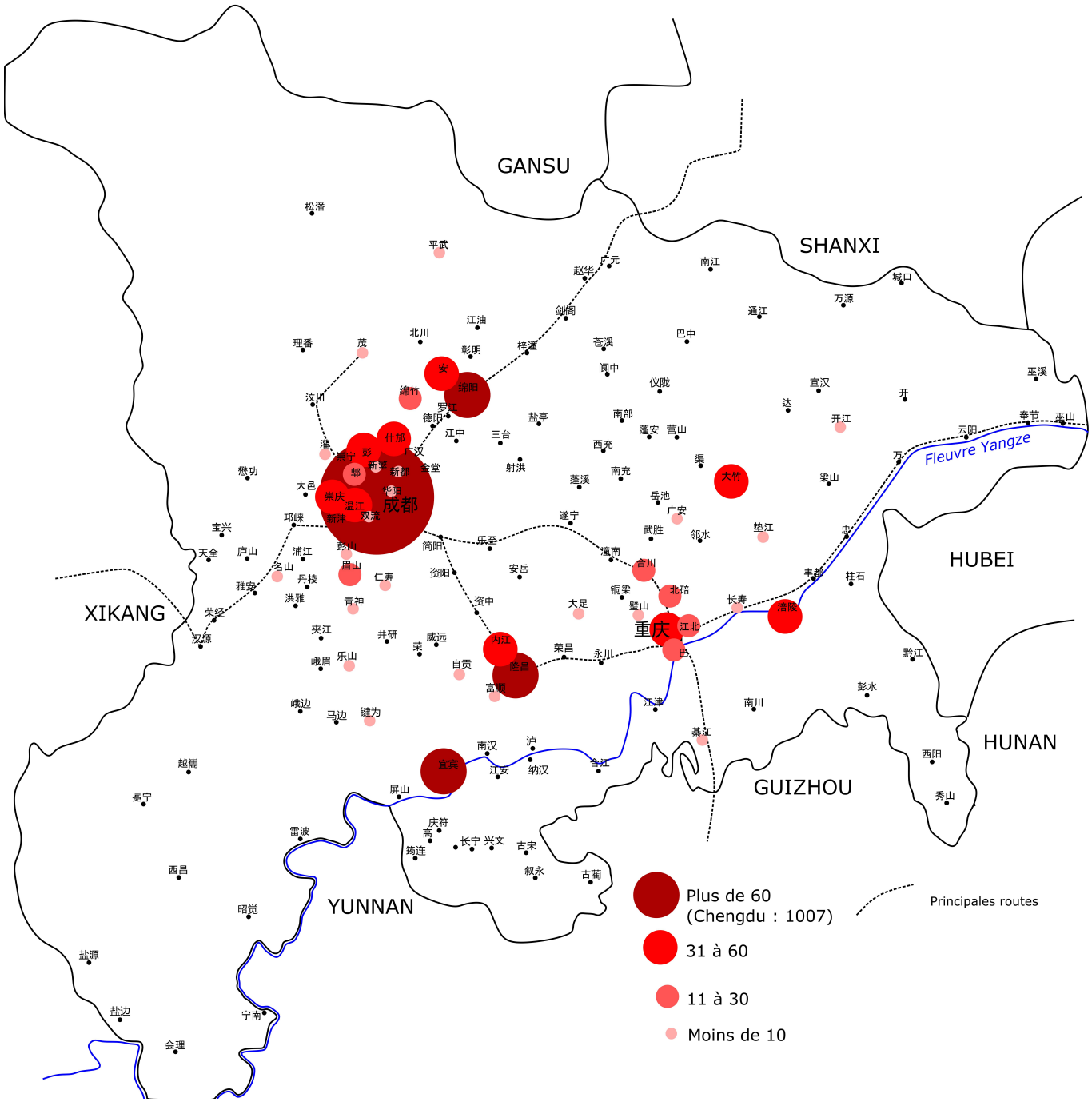


MCC : Methodist Church of Canada
WMS : Women's Missionary Society
MEC : Methodist Episcopal Curch
LMS : London Missionary Society
FFM : Friends Foreign Mission
ABC : American Baptist Church
CIM : China Inland Mission
MAE : Ministère des Affaires Etrangères

Cette carte recoupe les informations tirées de plusieurs sources primaires et secondaires : *Our West China Mission*. Toronto : Missionary Society of the Methodist Church, 1920 ; *Missionary Cameralogs. West China*. New York : American Baptist Foreign Mission Society, 1920 ; BIRD, Isabella. *The Yangtze Valley and beyond: an account of journeys in China, chiefly in the province of Sze Chuan and among the Man-tze of the Somo territory*. London : Murray, 1899 ; BARNES, Nicole Elizabeth. *Protecting the National Body: Gender, Public Health and Medicine in Southwest China during the War of Resistance against Japan, 1937-1945*. PhD Thesis in history. Irvine : University of California, 2012 ; RENSHAW,

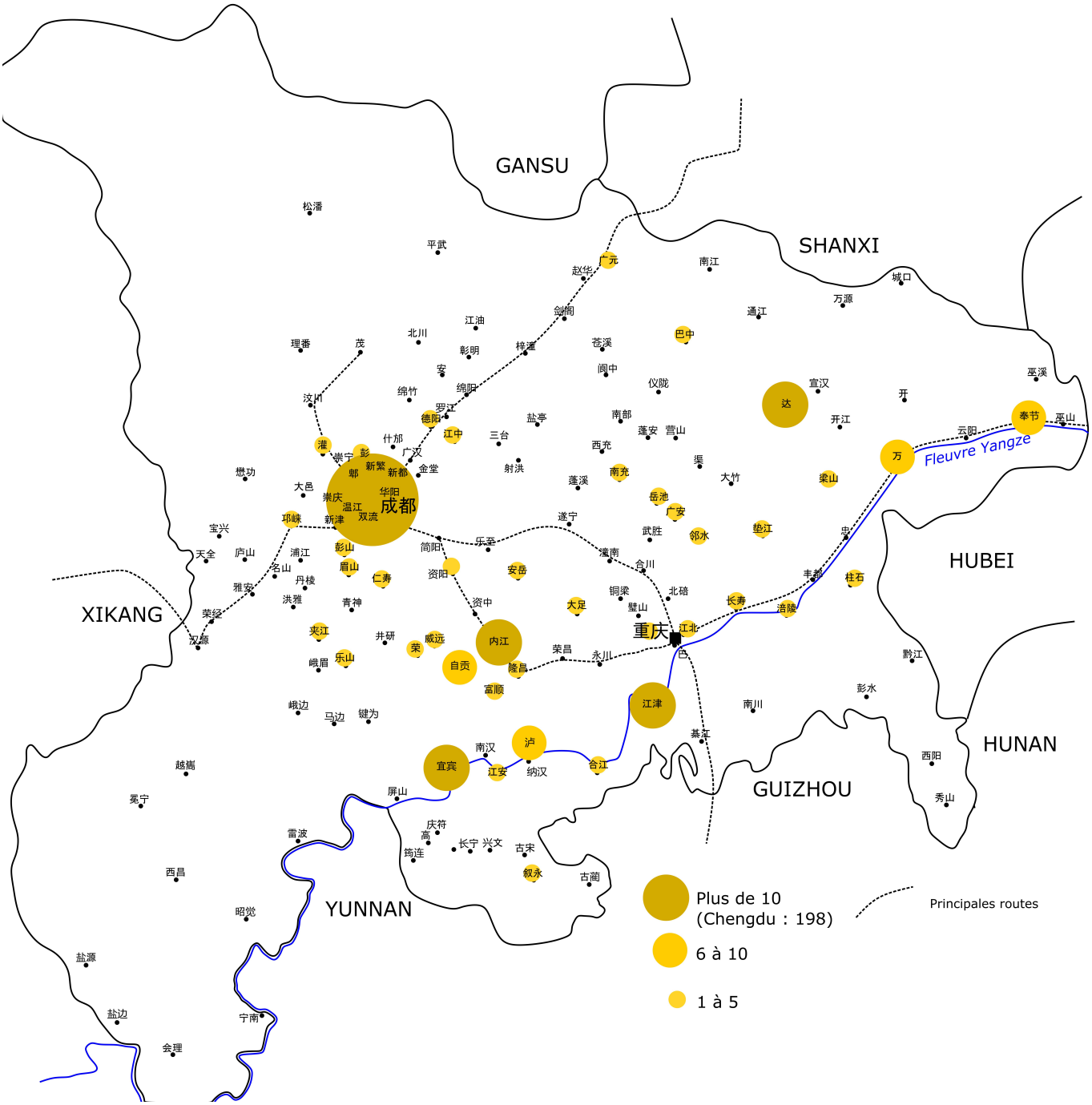
Michelle. *Accommodating the Chinese: the American hospital in China, 1880-1920*. New York : Routledge, 2005. Elle inclut également des informations (marquées par un astérisque) issues de la Base de données sur les hôpitaux et institutions médicales étrangères en Chine constituée par l'Université de l'Indiana. En ligne : https://www.ulib.iupui.edu/wmicproject/institutions/table [consulté le 21 juin 2024].

4. Répartition géographique des demandes de licence de praticien de la médecine chinoise (années 1930-1940)[1]

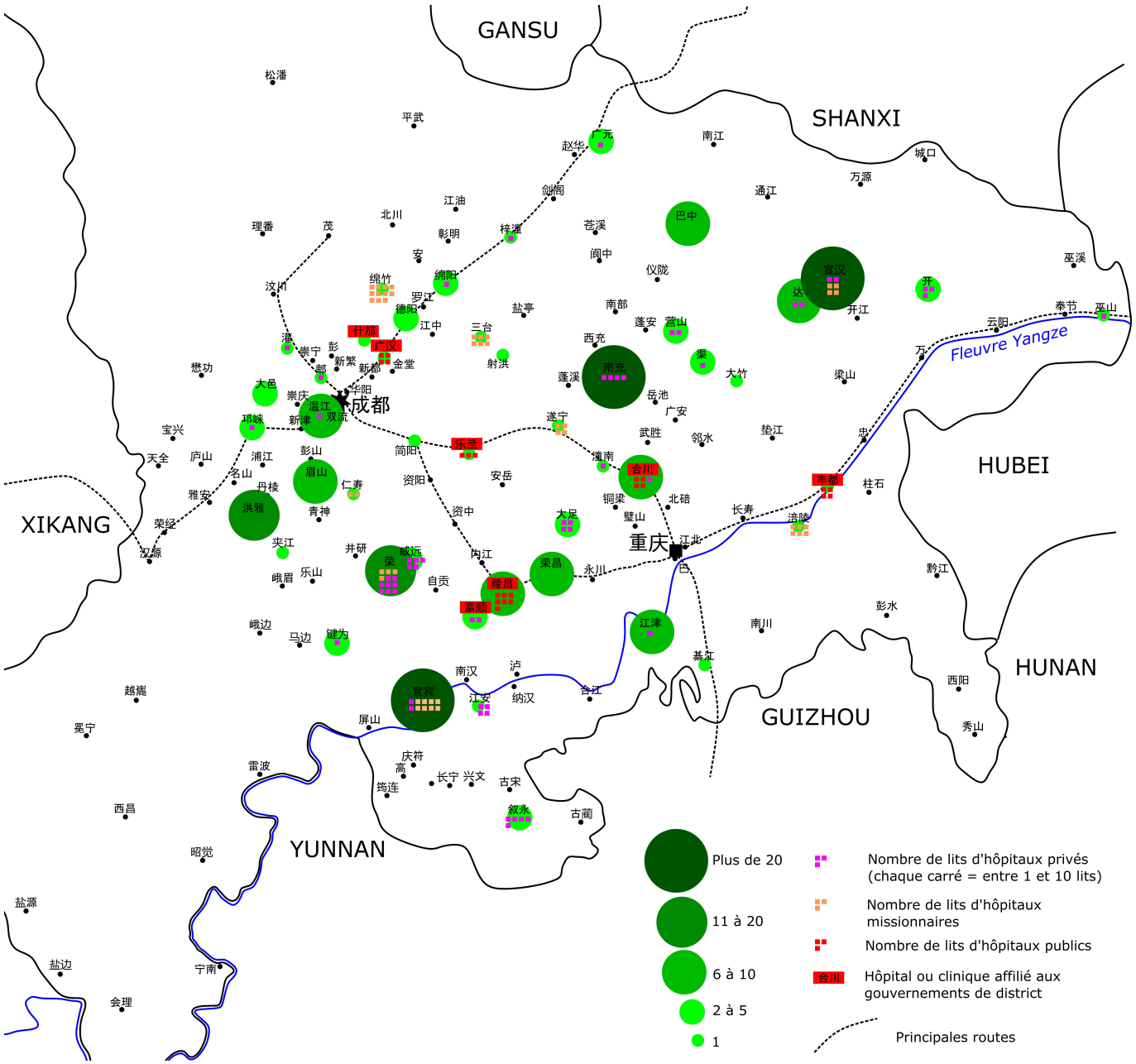


[1] Lieu où la demande de licence est déposée par les praticiens.

5. Répartition géographique des demandes de licence de praticien de la médecine occidentale (années 1930-1940)



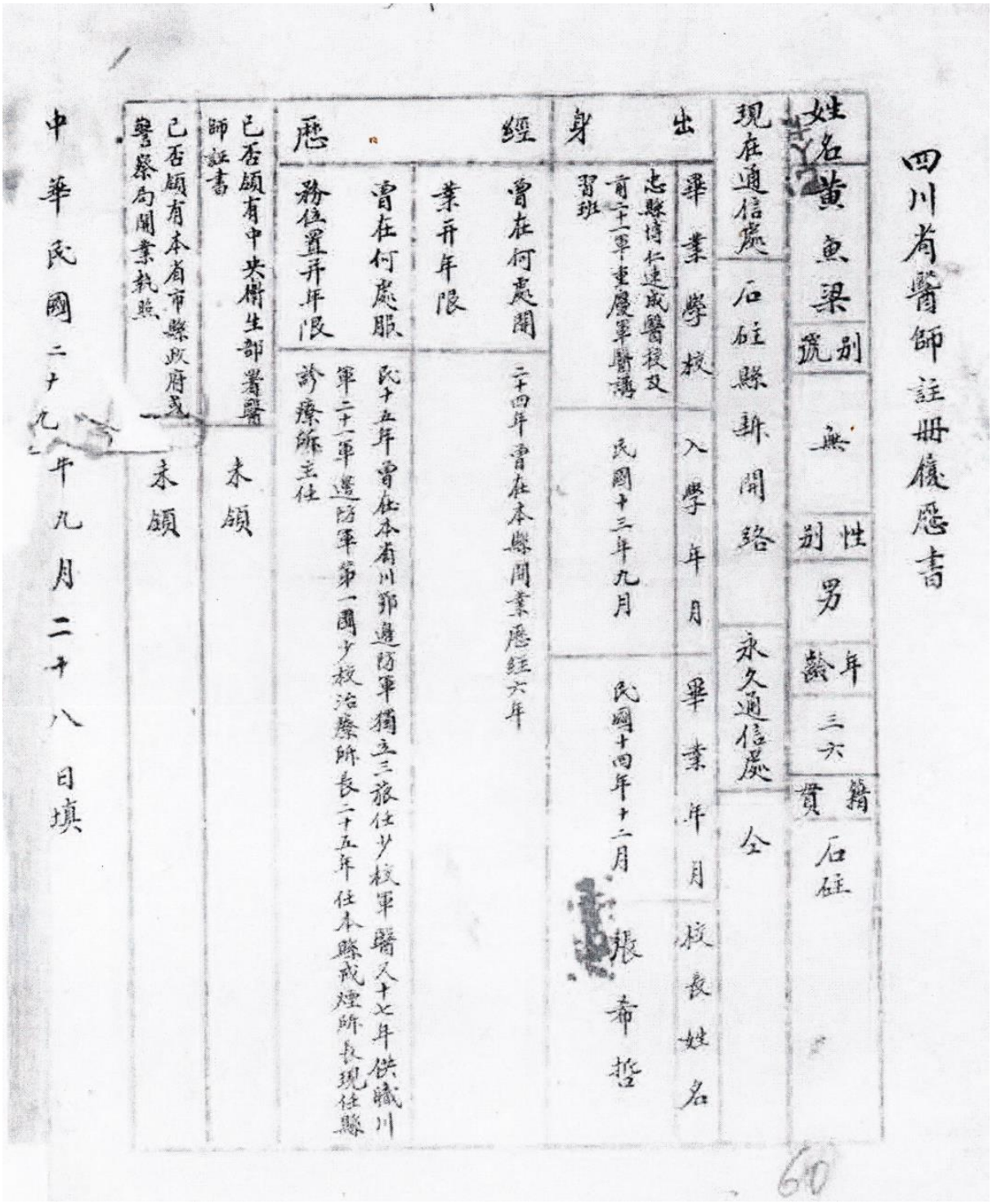
6. Hôpitaux et cliniques recensés dans les districts du Sichuan par l'enquête de 1938-1939



APS, 113-01-0023, 113-01-0296, 113-01-0511, 113-01-1730.

II. Documents d'archive et transcriptions

1. Curriculum vitae de médecins



四川省醫師註冊履歷書

姓名	黃魚梁	性別	男	年齡	三六	籍貫	石砫
現在通信處	石砫縣新開路			永久通信處	仝		

出身	畢業學校	入學年月	畢業年月	校長姓名
	忠縣博仁速成醫校及前二十一軍重慶軍醫講習班	民國十三年九月	民國十四年十二月	張希哲

經歷	曾在何處開業幷年限	曾在何處服務位置幷年限
	二十四年曾在本縣開業歷經六年	民十五年曾在本省川鄂邊防軍獨立三旅任少校軍醫又十七年供職川軍二十一軍邊防軍第一團少校治療所長二十五年任本縣戒煙所長現任縣診療所主任

已否領有中央衛生部醫師証書　未領

已否領有本省市縣政府或警察局開業執照　未領

中華民國二十九年九月二十八日填

60

Exemple de curriculum vitae pour demande d'inscription en tant que médecin (praticien de la médecine occidentale)
Source : APS, 113-01-331

Curriculum vitae pour inscription en tant que médecin, province du Sichuan

Nom	Huang Yuliang	Alias	Aucun	Sexe	Homme	Âge	36	Lieu de naissance	Shizhu
Adresse postale actuelle		District de Shizhu, Route Xinkai			Adresse permanente		Idem		

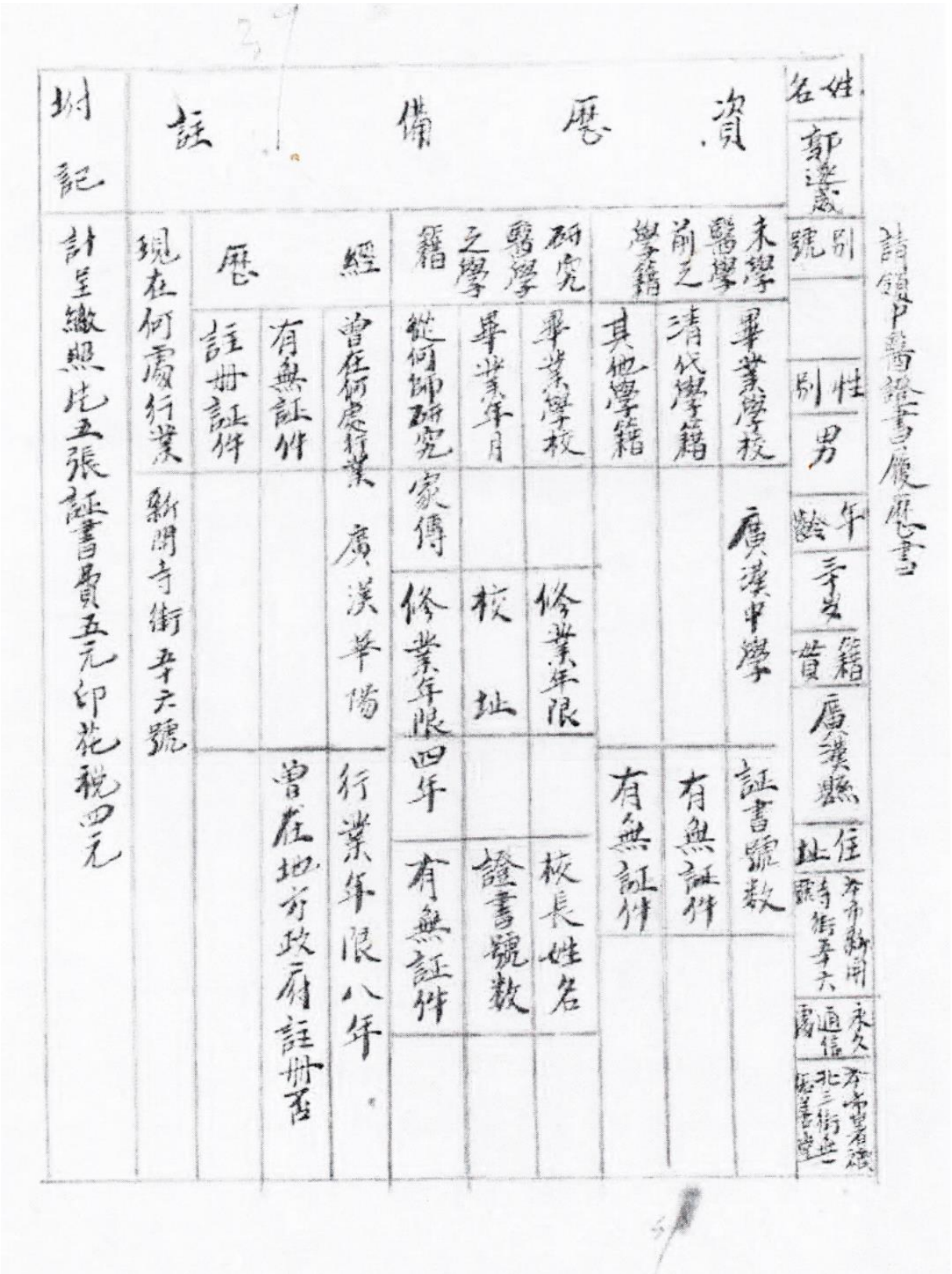
Issu de	Ecole diplomante	Date d'entrée	Date de d'obtention du diplôme	Directeur
	Ecole de médecine Boren Yuancheng du district de Zhongxian et auparavant classe de médecin militaire de la 21e armée à Chongqing	Septembre 1924 (13e année de la République)	Février de 1925 (14e année de la République)	Zhang Xizhe

Expérience	Où vous êtes vous installé à votre compte et pour quelle durée ?	1925 : installé dans ce district pendant six ans
	Où avez-vous servi et pour quelle durée ?	1926 : médecin officier dans la troisième brigade indépendante de protection de la frontière avec le Hubei ; 1928 : directeur de la clinique du premier régiment des gardes frontière de la 21e armée ; 1936 : directeur du centre de désintoxication de ce district ; actuellement : directeur de la clinique du district.

Avez-vous déjà obtenu un certificat de médecin du Bureau national de santé	Non
Avez-vous déjà obtenu une licence d'exercice du gouvernement de la province, du district ou du bureau de police ?	Non

Rempli le 28 septembre 1940 (29e année de la République de Chine)

Traduction de l'archive située à la page précédente



Exemple de curriculum vitae pour demande de certificat de praticien de la médecine chinoise
Source : APS, 113-01-0362

Curriculum vitae pour inscription en tant que médecin, province du Sichuan

Nom	Huang Yuliang	Alias	Aucun	Sexe	Homme	Âge	36	Lieu de naissance	Shizhu
Adresse postale actuelle			District de Shizhu, Route Xinkai			Adresse permanente		Idem	

	Ecole diplomante	Date d'entrée	Date de d'obtention du diplôme	Directeur
Issu de	Ecole de médecine Boren Yuancheng du district de Zhongxian et auparavant classe de médecin militaire de la 21e armée à Chongqing	Septembre 1924 (13e année de la République)	Février de l925 (14e année de la République)	Zhang Xizhe

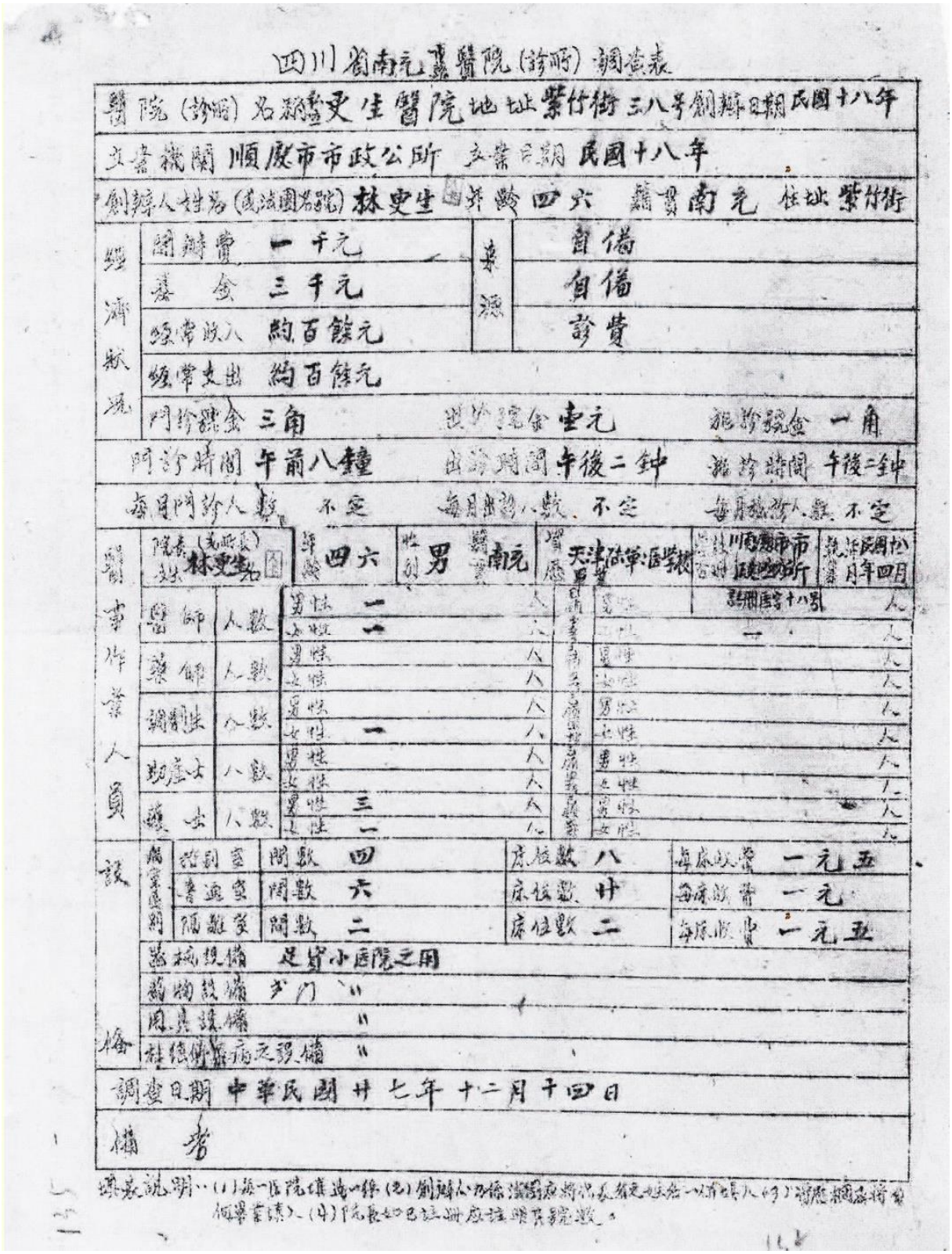
Expérience	Où vous êtes vous installé à votre compte et pour quelle durée ?	1925 : installé dans ce district pendant six ans
	Où avez-vous servi et pour quelle durée ?	1926 : médecin officier dans la troisième brigade indépendante de protection de la frontière avec le Hubei ; 1928 : directeur de la clinique du premier régiment des gardes frontière de la 21e armée ; 1936 : directeur du centre de désintoxication de ce district ; actuellement : directeur de la clinique du district.

Avez-vous déjà obtenu un certificat de médecin du Bureau national de santé	Non
Avez-vous déjà obtenu une licence d'exercice du gouvernement de la province, du district ou du bureau de police ?	Non

Rempli le 28 septembre 1940 (29e année de la République de Chine)

Traduction de l'archive située à la page précédente

2. Fiches d'enquête sur les hôpitaux et cliniques



Exemple de fiche de l'enquête sur les hôpitaux et cliniques des districts du Sichuan menée en 1938-1939 (traduction à la page suivante)
Source : APS, 113-01-0023

Formulaire d'enquête sur les hôpitaux (cliniques) du district de Nanchong dans la province du Sichuan

Nom de l'hôpital (clinique) : hôpital privé Biansheng Adresse : Rue Zizhu n° 38 Date de création : [1929]							
Organisme d'enregistrement : Siège de la municipalité de Shunqing Date d'enregistrement : [1929]							
Nom du fondateur (ou nom de l'organisation) : Lin Biansheng Âge : 46 Lieu de naissance : Nanchong Adresse : [...]							
Situation économique	Frais d'ouverture : 1000 yuans		Origine	Fonds propres			
	Capital : 3000 yuans			Fonds propres			
	Recettes courantes : environ 100 yuans			Honoraires			
	Dépenses courantes : environ 100 yuans						
	Honoraires des consultations sur place : 3 jiao À domicile : 1 yuan De charité : 1 jiao						
Horaires de consultation sur place : 8h du matin À domicile : 2h de l'après-midi De charité : 2h de l'après-midi							
Nombre de patients sur place : irrégulier À domicile : irrégulier Consultations de charité : irrégulier							

Personnel médical	Nom du directeur : Lin Biansheng		Âge : 46	Sexe : Homme	Lieu de naissance : Nanchong	Expérience : [établissement de formation médicale]	Déjà enregistré ? [ville de Shunqing]	Date de début d'exercice : [avril 1929]
	Médecins	Nombre	Hommes 1			Déjà inscrit?	Hommes 1	
			Femmes 1				Femmes	
	Pharmaciens	Nombre	Hommes			Déjà inscrit?	Hommes	
			Femmes				Femmes	
	Préparateurs	Nombre	Hommes			Déjà inscrit?	Hommes	
			Femmes 1				Femmes	
	Sages-femmes	Nombre	Hommes			Déjà inscrit?	Hommes	
			Femmes				Femmes	
	Infirmiers	Nombre	Hommes 3			Déjà inscrit?	Hommes	
			Femmes 1				Femmes	

Equipement	Types de chambres	Chambres spéciales	Nb de chambre 4	Nb de lits 8	Tarif par lit 1,5 yuans
		Chambres normales	Nb de chambre 6	Nb de lits 20	Tarif par lit 1 yuan
		Chambres d'isolement	Nb de chambre 2	Nb de lits 2	Tarif par lit 1,5 yuans
	Instruments et appareils : Suffisant pour le fonctionnement d'un petit hôpital				
	Equipement pharmaceutique : Idem				
	Accessoires : Idem				
	Équipement pour l'élimination des maladies infectieuses : Idem				
Date de l'enquête [14 janvier 1938]					
Remarques					

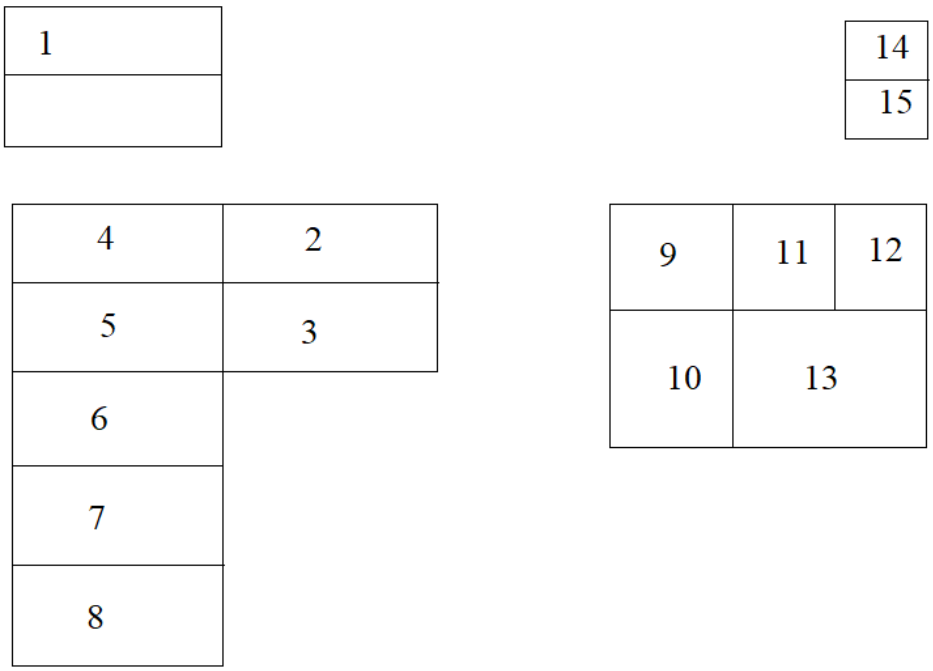
Fiche d'enquête sur les hôpitaux et cliniques n° …….

Nom de la clinique/de l'hôpital		Adresse		Enregistré le ……
Nom des médecins	Origine (*chushen* 出身) et numéro de certificat			Commentaires
Nom des infirmiers	Origine (*chushen* 出身) et numéro de certificat			Commentaires
Nom des sages femmes	Origine (*chushen* 出身) et numéro de certificat			Commentaires
Autres personnels				
Situation d'équipement de la clinique/de l'hôpital				

[Date et nom du représentant de l'établissement]

Modèle de formulaire de l'enquête sur les hôpitaux et cliniques de Chengdu (1944)
APS, 113-01-0730

3. Plan schématique de l’hôpital des frères Xiao (Chengdu)



1. Salle d’enregistrement (*guahaoshi* 挂號室)

2. Salle de consultation (*zhenduanshi* 診斷室)

3. Salle d’examen (*jianchashi* 檢查室)

4-7 & 9-13. Chambres des malades (*bingshi* 病室)

8. Salle de chirurgie (*shoushushi* 手術室)

Sur le plan original la pièce attenante à la salle d’enregistrement n’a pas de numéro et les numéros 14 et 15 n’ont pas de légende. La chambre 13 a visiblement une surface équivalente à celle de deux autres chambres.

Source : APS, 113-01-0322

III. Traduction de règlements et lois sur les médecins

1. Règlement provisoire pour la supervision des médecins (9 mars 1922) *guanli yishi zanxing guize* 管理醫師暫行規則

Article 1 Jusqu'à la promulgation de la loi sur les médecins, le présent règlement s'applique provisoirement à la qualification des médecins.

Article 2 Toute personne qualifiée en tant que médecin doit obtenir une licence du ministère de l'Intérieur. Toute personne qui n'a pas obtenu de licence n'est pas autorisée à exercer en tant que médecin.

Art. 3 La licence de médecin sera délivrée aux personnes âgées de plus de 20 ans possédant les qualifications suivantes

1. Ceux qui ont obtenu un diplôme d'une faculté de médecine gouvernementale (*guan* 官), publique (*gong* 公) ou privée (*si* 私) ou d'une école spéciale de médecine du pays et qui ont reçu la validation ou un certificat du ministère de l'Education.
2. Ceux qui ont obtenu un diplôme d'une faculté de médecine officielle, publique ou privée ou d'une école spéciale de médecine à l'étranger, ou qui y ont obtenu une licence pour exercer la médecine, et qui ont reçu la validation ou un certificat du ministère de l'Education.
3. Ceux qui, avant la promulgation de ce règlement, ont suivi plus de trois années d'étude dans une école de médecine fondée par des étrangers et y ont obtenu un diplôme.
4. Les étrangers qui possèdent une licence pour exercer la médecine du gouvernement de leur pays et qui ont reçu la validation du ministère des Affaires étrangères et jugés aptes à exercer la médecine.

Article 4 Quiconque commet l'une des infractions suivantes ne peut se voir délivrer une licence de médecin

1. Ceux qui ont été condamnés à une peine de prison de rang 3 ou supérieur. Toutefois, les personnes qui ont été réintégrées dans les affaires de l'Etat ne sont pas soumis à cette limite.
2. Ceux qui sont sous le coup d'une suspension de leurs droits publics.
3. Les sourds, muets, aveugles, malades mentaux, les personnes sous tutelle (*jinzhichan* 禁治產) ou à la capacité civile limitée (*zhunjinzhichan* 准禁治產).

Article 5 Quiconque obtient une licence de médecin doit s'acquitter de droits de licence de vingt yuans, d'un droit de timbre de deux yuans et fournir une photographie à mi-corps, un curriculum vitae (*lülishu* 履歷書), ainsi que son diplôme et les documents attestant de ses qualifications au ministère de l'Intérieur ou bureau de police indiqué par les autorités qui les transmettront au ministère pour vérification.

Article 6 En cas de destruction ou de perte d’une licence, le demandeur doit s’acquitter de deux yuans et de droits de timbre de deux yuans conformément à l’article 5 du présent règlement. Il doit solliciter le ministère de l’Intérieur ou le bureau de police pour transmission aux autorités en vue d’une nouvelle délivrance.

Article 7 Avant la publication du présent règlement, les personnes ayant reçu une licence du ministère et dont les qualifications sont conformes à celles visées dans l’article 3 peuvent demander un renouvellement en s’acquittant de deux yuans de droits de timbre, sans frais supplémentaires. Ceux qui sont enregistrés auprès du département de la police et qui n'ont pas obtenu de licence ministérielle sont toujours tenus de soumettre l’original pour inspection et s’acquitter des frais prévus à l’article 5 pour le remplacement de leur licence par une licence ministérielle.

Article 8 Après la promulgation de ces règles, tout médecin qui exerce actuellement sans licence du ministère sera tenu de soumettre une demande au bureau de police compétent.

Article 9 Tout médecin qui désire exercer dans un lieu déterminé doit demander son inscription au bureau de police compétent et joindre sa licence ministérielle.

Article 10 Tout médecin qui ouvre, ferme, reprend, transfère ou décède doit se signlaer au bureau de police compétent dans les dix jours.

Article 11 Si un médecin tombe sous le coup de l’article 4 alinéa 1 ou 3, il est déchu de sa licence. Toutefois, si les raisons énumérées à l’alinéa 3 disparaissent ou sont corrigées, l’autorisation d’exercer peut être de nouveau délivrée.

Article 12 Lorsqu'un médecin, dans le cadre de sa pratique, adopte un comportement inapproprié ou est mentalement incapable d'exercer sa profession, il lui est ordonné de cesser temporairement sa pratique après examen par l'association locale des médecins saisie par les autorités compétentes. Toutefois, s’il souhaite récupérer sa licence, sa demande est examinée par le Comité central de la santé (*Zhongyang weishenghui* 中央衛生會).

Article 13 Un médecin ne peut administrer ni prescrire un traitement, ni délivrer un certificat de diagnostic sans avoir examiné personnellement [le patient]. Il ne peut délivrer un certificat d'examen ou un certificat de mortinaissance que s'il a examiné lui-même le corps.

Article 14 Un médecin doit tenir un carnet médical dans lequel sont consignés le nom du patient, son âge, le nom de la maladie et le traitement, etc. et le conserver pendant dix ans.

Article 15 Lorsqu’il remet le médicament au patient traité, le médecin doit indiquer sur le récipient ou l’emballage la posologie, le nom du patient et le nom de la clinique ou son propre nom.

Article 16 Si un médecin diagnostique une personne atteinte de maladie contagieuse, ou qu’il examine un corps atteint de maladie contagieuse, il doit donner des instructions sur la méthode de désinfection. Il doit également rapporter ce fait aux autorités compétentes.

Article 17 Un médecin qui examine un cadavre ou un enfant mort-né de plus de quatre mois de gestation et qui croit qu'il y a suspicion d'un crime doit le signaler aux autorités compétentes dans les vingt-quatre heures.

Article 18 Un médecin ne peut refuser de délivrer un certificat de diagnostic, un certificat d'examen ou un certificat de mortinaissance sans motif valable.

Article 19 Il est interdit à un médecin de falsifier un certificat par invitation ou corruption, ou de provoquer un avortement par drogues ou d'autres moyens. Ceux qui désobéissent seront punis conformément aux sanctions en vigueur.

Article 20 Il est interdit à un médecin de publier et de diffuser des publicités fausses et exagérées concernant son activité.

Article 21 Un médecin ne doit pas faire un usage abusif de médicaments toxiques tels que l'opium ou la morphine, sauf dans le cadre d'un traitement approprié.

Article 22 Tout médecin est tenu de suivre les directives des autorités compétentes en matière de procès, de police et de prévention.

Article 23 Après la promulgation de ces règles, nul ne sera autorisé à exercer une activité médicale s’il ne possède pas une licence délivrée par le ministère, si sa licence a été annulée ou s’il a cessé son activité. Les contrevenants sont passibles d'une amende maximale de deux cents yuans.

Article 24 Si un médecin fait l'objet d'une sanction d'annulation, il doit remettre sa licence au bureau de police compétent dans un délai de trois jours. En cas de suspension, il doit envoyer sa licence au bureau de police compétent, qui inscrit le motif et la durée de la suspension sur la licence avant de lui remettre.

Article 25 Si un médecin commet une infraction pénale, il doit être traduit devant une autorité judiciaire conformément aux dispositions du droit pénal. En cas de violation du présent règlement, le bureau de police compétent imposera des amendes prononcera la suspension ou l’arrêt de l’activité, selon la gravité de l’infraction.

Article 26 Après la promulgation de ces règles, les médecins locaux organisent l'association des médecins. Leurs statuts sont publiés dans un règlement séparé.

Article 27 Ce règlement sera modifié lorsque le ministère de l'Education promulguera la règlementation relative à l'examen des médecins et des pharmaciens.

Article 28 Les présentes règles entrent en vigueur à la date de leur promulgation.

2. Règlement provisoire pour la supervision des praticiens médicaux (9 mars 1922)
***guanli yishi zanxing guize* 管理醫士暫行規則**

Article 1 Toute personne autorisée par le ministère de l'Intérieur à pratiquer la médecine conformément aux dispositions du présent règlement est appelée praticien médical (*yishi* 醫士).

Article 2 Toute personne qualifiée en tant que praticien médical doit se voir délivrer une licence de praticien médical par le ministère de l'Intérieur et ne peut exercer en tant que praticien médical sans que cette licence lui soit accordée.

Article 3 La licence de praticien médical sera délivrée aux personnes âgées de plus de 25 ans possédant les qualifications suivantes :

1. Ceux qui ont réussi l'examen du service de police local concerné et qui ont un document pour en attester ;
2. Ceux qui ont suivi au moins trois années d'études dans une école de médecine chinoise ou un centre de formation en médecine chinoise et qui ont obtenu un diplôme ;
3. Ceux qui ont travaillé en tant que personnel médical (*yiyuan* 醫員) dans des hôpitaux gouvernementaux ou publics pendant plus de trois ans, avec des résultats réels et un document permettant d'en attester, et qui ont obtenu de la part d'au moins trois médecins ou praticiens médicaux qu'ils se portent garants ;
4. Ceux qui possèdent des connaissances et une expérience dans l'art médical (*yishu* 醫術), qui ont pratiqué la médecine pendant plus de cinq ans avant l'entrée en vigueur du présent règlement, et qui ont obtenu de la part d'au moins trois médecins ou praticiens médicaux qu'ils se portent garants.

Article 4 Quiconque commet l'une des infractions suivantes ne peut se voir délivrer une licence de praticien médical

1. Ceux qui ont été condamnés à une peine de prison de rang 3 ou supérieur. Toutefois, les personnes qui ont été réintégrées dans les affaires de l'Etat ne sont pas soumis à cette limite.
2. Ceux qui sont sous le coup d'une suspension de leurs droits publics.
3. Les sourds, muets, aveugles, malades mentaux, les personnes sous tutelle ou à la capacité civile limitée.

Article 5 Quiconque obtient une licence de praticien médical doit s'acquitter de droits de licence de dix yuans, d'un droit de timbre de deux yuans et fournir une photographie à mi-corps, un curriculum vitae, ainsi que son diplôme et les documents attestant de ses qualifications au ministère de l'Intérieur ou bureau de police indiqué par les autorités qui les transmettront au ministère pour vérification.

Article 6 En cas de destruction ou de perte d’une licence, le demandeur doit s’acquitter d’un yuan et de droits de timbre de deux yuans conformément à l’article 5 du présent règlement. Il doit solliciter le ministère de l’Intérieur ou le bureau de police pour transmission aux autorités en vue d’une nouvelle délivrance.

Article 7 Avant la publication du présent règlement, les personnes ayant reçu une licence du ministère et dont les qualifications sont conformes à celles visées dans l’article 3 peuvent demander un renouvellement en s’acquittant de deux yuans de droits de timbre, sans frais supplémentaires. Ceux qui sont enregistrés auprès du département de la police et qui n'ont pas obtenu de licence ministérielle sont toujours tenus de soumettre l’original pour inspection et s’acquitter des frais prévus à l’article 5 pour le remplacement de leur licence par une licence ministérielle.

Article 8 Après la promulgation de ces règles, tout praticien médical qui exerce actuellement sans licence du ministère sera tenu de soumettre une demande au bureau de police compétent.

Article 9 Tout praticien médical qui désire exercer dans un lieu déterminé doit demander son inscription au bureau de police compétent et joindre sa licence ministérielle.

Article 10 Tout praticien médical qui ouvre, ferme, reprend, transfère ou décède doit se signaler au bureau de police compétent dans les dix jours.

Article 11 Si un praticien médical tombe sous le coup de l’article 4 alinéa 1 ou 3, il est déchu de sa licence. Toutefois, si les raisons énumérées à l’alinéa 3 disparaissent ou sont corrigées, l’autorisation d’exercer peut être de nouveau délivrée.

Article 12 Lorsqu'un praticien médical, dans le cadre de sa pratique, adopte un comportement inapproprié ou est mentalement incapable d'exercer sa profession, les autorités compétentes peuvent suspendre sa pratique ou révoquer sa licence après avoir consulté au moins trois autres praticiens médicaux licenciés.

Article 13 Chaque praticien médical doit indiquer au bureau de police compétent s’il fait payer des honoraires ainsi que leur montant. Il doit également, conformément au modèle fixé par les autorités, préparer en double le document suivant : [réalisé] lors de la consultation, [il doit comporter] la date et l'heure de la consultation, le nom du praticien médical, le nom du patient, l'âge, le nom du médicament, le dosage, la posologie et le dosage, etc., un numéro de document et le cachet de l’auteur. Une copie sera remise au patient et une copie sera conservée en cas d’inspection. S'il y a une divergence entre le médicament et la prescription, ou s'il y a une erreur dans le traitement médical, lorsque le fonctionnaire responsable enquête sur le cas, les autorités concernées imposerons, après enquête, une sanction adaptée à la gravité de l’infraction.

Article 14 Pour les consultations externes, [le praticien médical] doit également apporter deux copies du formulaire conformément à l’article précédent.

Article 15 Un praticien médical ne peut administrer un traitement ou prescrire et délivrer un diagnostic sans avoir examiné personnellement le patient.

Article 16 Chaque mois, le praticien médical doit rapporter au bureau de police compétent le nombre de patients traités, y compris ceux qui ont été guéris, ceux qui ont été transférés et ceux qui sont décédés. En cas de maladie contagieuse ou suspectée de l'être, ou d'empoisonnement, il doit immédiatement le signaler au bureau de police compétent.

Article 17 Un praticien médical ne peut refuser de délivrer un certificat de diagnostic, un certificat d'examen ou un certificat de mortinaissance sans motif valable.

Article 18 Il est interdit à un praticien médical de falsifier un certificat par invitation ou corruption, ou de provoquer un avortement par drogues ou d'autres moyens. Ceux qui désobéissent seront punis conformément aux sanctions en vigueur.

Article 19 Il est interdit à un praticien médical de publier et de diffuser des publicités fausses et exagérées concernant son activité.

Article 20 Tout praticien médical doit suivre les instructions des autorités compétentes dans le cadre de ses fonctions publiques (*gongwu* 公務).

Article 21 Après la promulgation de ces règles, nul ne sera autorisé à exercer une activité médicale s’il ne possède pas une licence délivrée par le ministère, si sa licence a été annulée ou s’il a cessé son activité. Les contrevenants sont passibles d'une amende maximale de deux cents yuans.

Article 22 Si un praticien médical fait l'objet d'une sanction d'annulation, il doit remettre sa licence au bureau de police compétent dans un délai de trois jours. En cas de suspension, il doit envoyer sa licence au bureau de police compétent, qui inscrit le motif et la durée de la suspension sur la licence avant de lui remettre.

Article 23 Si un praticien médical commet une infraction pénale, il doit être traduit devant une autorité judiciaire conformément aux dispositions du droit pénal. En cas de violation du présent règlement, le bureau de police compétent imposera des amendes et prononcera la suspension ou l’arrêt de l’activité, selon la gravité de l’infraction.

Article 24 Les dispositions des articles 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 21 du Règlement sur les médecins (*yishi* 醫師) s'appliquent à tous les médecins qui adoptent les méthodes occidentales (*caiyong xifa* 采用西法). Les dispositions des articles 12, 13 et 14 du présent règlement ne sont alors pas applicables.

Article 25 Deux ans après la publication des présentes règles, aucune licence de praticien médical ne peut être délivrée à une personne qui ne remplit pas les deux conditions énoncées à l'article 3, alinéas 1 et 2, du présent règlement.

Article 26 Ce règlement sera modifié lorsque le ministère de l'Education promulguera la règlementation relative à l'examen des médecins et des pharmaciens.

Article 27 Les présentes règles entrent en vigueur à la date de leur promulgation.

3. Règlement sur les praticiens de la médecine occidentale (27 mai 1930) *xiyi tiaoli* 西醫條例

Article 1 Toute personne âgée de plus de vingt-cinq ans et possédant l'une des qualifications suivantes, après avoir passé un examen ou fait certifier ses qualifications et obtenu un certificat (*zhengshu* 證書), peut exercer la médecine occidentale (*xiyi* 西醫).

1. Les diplômés d'une école spéciale de médecine, ou d'un établissement de niveau supérieur, soit étatique (*guoli* 國立), soit public ou privé enregistré officiellement (*li'an* 立案), et qui ont un certificat.
2. Les diplômés d'une école spéciale de médecine étrangère, ou d'un établissement de niveau supérieur, reconnu par le ministère de l'Education, et qui ont un certificat.
3. Les étrangers qui possèdent un certificat de médecin du gouvernement de leur pays et qui ont été certifiés par le ministère des Affaires étrangères

Article 2 Tout praticien de la médecine occidentale (*xiyi* 西醫) qui exerce actuellement et qui remplit l'une des conditions de l'article 1 peut continuer à le faire pendant la durée des examens ou de la certification.

Article 3 Après la tenue de l'examen ou de la certification, tout praticien de la médecine occidentale qui souhaite exercer dans un certain lieu doit présenter un certificat (*zhengshu* 證書) aux autorités compétentes pour demander son enregistrement (*dengji* 登記).

Article 4* Un praticien de la médecine occidentale qui commence à exercer, est suspendu, reprend la pratique, déménage ou décède doit être signalé sous dix jours aux autorités compétentes, par lui-même ou par ses proches.

Article 5 Un praticien de la médecine occidentale ne peut administrer un traitement, prescrire des ordonnances ou délivrer un diagnostic sans avoir examiné personnellement [le patient]. Il ne peut délivrer un diagnostic de décès ou un certificat de mortinaissance qu'après avoir examiné personnellement le corps.
La forme du certificat de décès et du certificat de mortinaissance visés à l'alinéa précédent sont fixées par le ministère de la Santé.

Article 6* Tout praticien de la médecine occidentale établit, dans l'exercice de sa profession, un dossier de traitement (*zhiliao jilu* 記錄治療) contenant le nom, l'âge, le sexe, la profession du patient, le nom de la maladie, les antécédents médicaux ou la méthode de traitement. Les dossiers de traitement mentionnés ci-dessus sont conservés pendant trois ans.

Article 7* Lorsqu'un praticien de la médecine occidentale prescrit un médicament, les éléments suivants doivent être enregistrés

(1) Son nom, son adresse et son sceau ou sa signature.

(2) Le nom du patient, son âge, le nom du médicament, la posologie et la date.

Article 8 Lors de la délivrance des médicaments, le praticien de la médecine occidentale indique sur le récipient ou l'emballage la posologie, le nom du patient et son nom ou celui de sa clinique.

Article 9 Si un praticien de la médecine occidentale diagnostique une maladie contagieuse ou examine un cadavre atteint d'une maladie contagieuse, il doit donner des instructions sur la méthode de désinfection et le rapporter aux autorités compétentes.
Les maladies contagieuses qui doivent être déclarées sont celles prévues par la réglementation sur la prévention des maladies infectieuses.

Article 10* Lorsqu'un praticien de la médecine occidentale examine un cadavre ou un mort-né et estime qu'il y a suspicion de crime, il doit signaler le cas aux autorités compétentes dans les 48 heures.

Article 11* Dans le cadre de ses fonctions, tout praticien de la médecine occidentale est tenu de remplir un rapport de diagnostic, un rapport d'examen ou un certificat de mortinaissance. Toutefois, il peut refuser de le faire pour des raisons justifiées.

Article 12 Un praticien de la médecine occidentale ne doit pas publier ou diffuser des publicités fausses et exagérées concernant son activité.

Article 13* Un praticien de la médecine occidentale ne doit pas faire un usage abusif de médicaments toxiques tels que l'opium ou la morphine, sauf dans le cadre d'un traitement approprié.

Article 14 Tout praticien de la médecine occidentale est tenu d'accepter les missions confiées par les tribunaux, des bureaux de sécurité publique ou des bureaux administratifs compétents pour les assister en matière de procès, de sécurité publique et de prévention des maladies.

Article 15* Si un praticien de la médecine occidentale commet une faute dans sa pratique ou souffre de troubles mentaux, les autorités compétentes peuvent le suspendre de ses fonctions.

Article 16 Après l'entrée en vigueur du présent règlement, toute personne n'ayant pas reçu de certificat ou dont l'autorisation d'exercice a été suspendue ne sera pas autorisée à exercer son activité. Les contrevenants sont passibles d'une amende fixée par les autorités compétentes d'un montant maximal de trois cents yuans.

Article 17* Si un praticien de la médecine occidentale fait l'objet d'une suspension d'exercice, il doit envoyer le certificat aux autorités compétentes qui inscrivent au dos le motif et la durée de la suspension. Une fois l'enregistrement effectué, l'organisation administrative doit encore renvoyer le certificat à l'adresse suivante

Article 18 Si un praticien de la médecine occidentale enfreint les dispositions du présent règlement, il peut se voir infliger une amende d'un montant maximal de cinquante yuans par les autorités compétentes, en plus des sanctions déjà prévues.
Si, dans le cadre de sa pratique, il enfreint la loi, il sera déféré devant un tribunal.

Article 19 Toute personne diplômée d'une école non conforme aux dispositions de l'article 1, alinéa 1 et 2, ou formée dans un hôpital et exerçant au même endroit depuis plus de trois ans,

dont l'expérience académique a été vérifiée par le ministère de la Santé comme étant suffisante pour exercer les fonctions de praticien de la médecine occidentale, avec délivrance d'un certificat, est autorisée à se porter candidate à un examen ou à la certification de praticien de la médecine occidentale. Si l'examen ou la certification n'a pas lieu, les dispositions de l'article 2 s'appliquent.

Article 19 Toute personne diplômée d'une école qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article 1, paragraphe 2 ou paragraphe 3, ou qui a exercé au même endroit pendant plus de trois ans, et qui a été certifiée par le ministère de la Santé comme étant compétente pour exercer les fonctions de médecin occidental après examen de son expérience académique, peut passer un examen ou un test en médecine occidentale. Lorsque l'examen ou le concours n'a pas eu lieu, les dispositions de l'article 2 s'appliquent.

Article 20 La date de mise en œuvre du présent règlement est fixée par arrêté.

* Articles applicables aux praticiens de la médecine chinoise selon l'article 7 du Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise (22 janvier 1936)

4. Règlement sur les praticiens de la médecine chinoise (22 janvier 1936) *zhongyi tiaoli* 中醫條例

Article 1 Avant que des examens pour les praticiens de la médecine chinoise ne soient organisés par le Yuan des examens, toute personne ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans et possédant l'une des qualifications suivantes qualifiée par le Comité de médecine chinoise du Département de santé et reçoit un certificat lui permettant d'exercer la profession de praticien de médecine chinoise.

1. Ceux qui ont passé un examen ou la certification pour les praticiens de médecine chinoise du gouvernement central ou des gouvernements municipaux ou provinciaux, et qui ont un certificat.
2. Ceux qui ont reçu une licence pour pratiquer la médecine chinoise par le gouvernement central ou provincial.
3. Les diplômés des écoles de médecine chinoise qui ont un certificat.
4. Ceux qui pratiquent la médecine chinoise depuis plus de cinq ans.

Les règles de qualification susmentionnée sont fixées par le Bureau national de santé (*weishengshu* 衛生署).

Article 2 Tout praticien de la médecine chinoise en exercice peut continuer à le faire à titre provisoire sans avoir été examiné par le ministère de l'Intérieur.

Article 3 Lorsqu'un praticien qualifié en médecine chinoise souhaite exercer dans un certain lieu, il doit présenter un certificat aux autorités locales compétentes et demander son enregistrement.

Article 4 Un praticien de la médecine chinoise ne peut administrer un traitement, prescrire des ordonnances ou délivrer un diagnostic sans avoir examiné personnellement [le patient]. Il ne peut délivrer un diagnostic de décès ou un certificat de mortinaissance qu'après avoir examiné personnellement le corps.
La forme du certificat de décès et du certificat de mortinaissance visés à l'alinéa précédent sont fixées par le ministère de la santé.

Article 5 Si un praticien de la médecine chinoise diagnostique une maladie contagieuse ou examine un cadavre atteint d'une maladie contagieuse, il doit donner des instructions sur la méthode de désinfection et le rapporter aux autorités compétentes.

Article 6 Tout praticien de la médecine chinoise est tenu d'accepter les missions confiées par des tribunaux, des bureaux de sécurité publique ou des bureaux administratifs compétents pour les assister en matière de procès, de sécurité publique et de prévention des maladies.

Article 7 Les dispositions des articles 4, 6, 7, 10, 11, 13, 15 et 17 du Règlement sur la médecine occidentale sont applicables à la médecine chinoise.

Article 8 Si un praticien de la médecine chinoise fait l'objet d'une sanction de suspension de pratique et continue d'exercer, les autorités responsables peuvent imposer une amende d'un montant maximal de trois cents yuans.

Article 9 Si un praticien de la médecine occidentale enfreint les dispositions du présent règlement, il peut se voir infliger une amende d'un montant maximal de cinquante yuans par les autorités compétentes, en plus des sanctions déjà prévues.

Article 10 Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa promulgation.

5. Loi sur les médecins (22 septembre 1943)
yishifa 醫師法

Chapitre I Qualifications

Article 1 Toute personne ayant passé un examen ou la certification pour les médecins de la République de Chine est qualifiée en tant que médecin.

Article 2 L'examen prévu à l'article précédent est organisé pour les personnes qui possèdent l'une des qualifications suivantes :

1. Ceux qui ont étudié dans une école spéciale de médecine, ou dans un établissement de niveau supérieur, soit étatique, soit enregistré auprès du ministère de l'Education, en Chine ou à l'étranger, qui ont réussi leur stage (*shixi* 實習) et qui ont un certificat de diplôme.
2. Ceux qui ont un certificat de médecine délivré par un gouvernement étranger et validé par le Bureau national de santé.

La méthode d'examen du point précédent est déterminée par le Yuan des examens (*kaoshiyuan* 考試院) en collaboration avec le Yuan exécutif (*xingzhengyuan* 行政院).

Article 3 Un praticien de médecine chinoise qui possède l'une des qualifications suivantes peut également être certifié comme médecin :

1. Ceux qui ont obtenu un certificat d'aptitude ou une licence d'exercice de la médecine délivrée l'administration centrale compétente ou le gouvernement provincial ou municipal.
2. Ceux qui qui ont étudié la médecine dans une école de médecine chinoise, qui ont qui ont réussi leur stage et qui ont obtenu un certificat de diplôme.
3. Ceux qui pratiquent la médecine chinoise depuis plus de cinq ans et qui jouissent d'une excellente réputation.

Article 4 Une personne qui se trouve dans l'une des situations suivantes ne peut être qualifiée de médecin. Une personne qui l'est déjà se voit retirer sa qualification ;

1. Ceux pour qui il a été prouvé qu'ils ont trahi la République de Chine.
2. Ceux qui ont été soumis à une peine d'exclusion prévue par la présente loi.

Article 5 Une personne ayant passé un examen ou la certification de médecin peut demander un certificat de médecin (*yishi zhengshu* 醫師證書).

Article 6 Le demandeur d'un certificat de médecin doit soumettre un formulaire de demande et les documents prouvant ses qualifications au Bureau national de santé pour vérification et délivrance.

Chapitre II Pratique

Article 7 Un médecin en exercice doit soumettre son certificat médical au gouvernement local du comté ou de la ville pour vérification, demander son enregistrement (*jilu* 記錄) et se voir délivrer une licence d'exercice (*kaiye zhihao* 開業執照).

Article 8 Lorsqu'un médecin cesse, reprend ou déménage sa pratique, il doit en informer le bureau gouvernemental compétent sous dix jours. Le décès [d'un médecin] doit être rapporté par son parent le plus proche.

Article 9 Un médecin ne peut exercer sa profession que s'il est membre de l'association publique de médecins de cette localité.

Chapitre III Obligations

Article 10 Un médecin ne peut administrer ou prescrire un traitement, ni délivrer un certificat de diagnostic sans avoir examiné personnellement [le patient]. Il ne peut délivrer un certificat d'examen ou un certificat de mortinaissance que s'il a examiné lui-même le corps.

Article 11 Tout médecin doit tenir un carnet de soins dans lequel il inscrit le nom, l'âge, le sexe, la profession du patient, sa maladie, ses antécédents et la méthode de traitement. Ce carnet doit être conservé pendant dix ans.

Article 12 Tout médecin doit noter les éléments suivants lorsqu'il délivre une prescription ;

1. Son nom, son certificat et son numéro de licence, ainsi que sa signature ou son sceau.
2. Le nom du patient, son âge, le nom et la posologie du médicament, et la date.

Article 13 Lors de la délivrance des médicaments, le praticien de la médecine occidentale indique sur le récipient ou l'emballage la posologie, le nom du patient et son nom ou celui de sa clinique.

Article 14 Si un praticien de la médecine occidentale diagnostique une maladie contagieuse ou examine un cadavre atteint d'une maladie contagieuse, il doit donner des instructions sur la méthode de désinfection et le rapporter aux autorités compétentes.

Article 15 Lorsqu'un médecin examine un cadavre ou un mort-né et estime qu'il y a suspicion de crime, il doit signaler le cas aux autorités compétentes dans les 48 heures.

Article 16 Un médecin ne peut refuser de délivrer un certificat de diagnostic, un certificat d'examen ou un certificat de mortinaissance sans motif valable.

Article 17 Un médecin ne doit pas publier et diffuser des publicités fausses et exagérées concernant son activité.

Article 18 Un médecin ne doit pas faire un usage abusif de médicaments toxiques tels que l'opium ou la morphine, sauf dans le cadre d'un traitement approprié.

Article 19 Un médecin ne doit pas violer la loi ou la convention de l'association publique de médecins, ni pratiquer d'honoraires dépassant un montant fixé. Il en va de même pour un responsable d'hôpital.

Article 20 Un médecin ne peut pas ne pas répondre à une demande de traitement pour une maladie grave ou retarder le traitement d'une maladie grave sans raison valable.

Article 21 Un médecin ne doit pas faire de fausse déclaration ou de faux rapport lorsqu'il est interrogé par un ministère public.

Article 22 Un médecin ne doit pas révéler sans raison les secrets d'autrui qu'il connaît du fait de sa pratique.

Article 23 Tout médecin est tenu de se conformer aux instructions des autorités compétentes sur les questions relatives à la prévention des maladies infectieuses.

Chapitre IV Sanctions

Article 24 Si un médecin commet une faute dans l'exercice de sa profession ou s'il est mentalement incapable d'exercer sa profession, les autorités sanitaires compétentes peuvent ordonner la révocation de sa licence ou la suspension de sa pratique.

Article 25 Si le médecin fait l'objet d'une sanction d'annulation de sa licence, il doit la restituer sous trois jours ; si un médecin fait l'objet d'une sanction de suspension de sa licence, il doit la transmettre aux autorités sanitaires compétentes qui inscrivent au dos le motif et la durée de la suspension, et la gardent en leur possession pendant la durée de la suspension.

Article 26 Un médecin qui exerce sans certificat de médecin ou sans être membre d'une association publique de médecins est passible d'une amende d'un montant maximal de cent yuans.

Article 27 Un médecin qui enfreint les dispositions des articles 10 à 23 de la présente loi est passible d'une amende d'un montant maximal de trois cent yuans. Si un médecin enfreint le droit pénal, il est renvoyé devant l'autorité judiciaire compétente, et sa qualification peut être révoquée par le Bureau national de santé.

Chapitre V Associations

Article 28 Les associations publiques de médecins sont ramifiées en associations de villes et de districts et en associations provinciales, et peuvent établir une fédération nationale d'associations de médecins au siège du gouvernement national.

Article 29 Le zonage de l'association publique de médecins correspond au zonage administratif existant et, dans une même zone, il ne peut y avoir plus d'une association de même niveau.

Article 30 Les associations publiques de médecins des villes et districts sont constituées à l'initiative d'au moins neuf médecins exerçant dans la zone donnée, tandis que ceux qui sont moins de neuf peuvent adhérer aux associations des zones voisines ou organiser conjointement leurs propres associations.

Article 31 La création d'une association provinciale de médecins doit être initiée par plus de cinq associations publiques de médecins de villes ou districts dans la province, avec l'approbation de la majorité de toutes les associations. Si les associations de villes et districts sont inférieures à cinq, l'association provinciale peut être organisée conjointement par deux provinces au plus.

Article 32 La création de la fédération nationale des associations publiques de médecins est initiée par au moins sept associations provinciales ou de villes relevant directement du Yuan [exécutif] (*yuanxiashi* 院轄市), avec l'accord de la majorité des membres.

Article 33 Les associations publiques de médecins sont placées, à chaque échelon administratif, sous l'autorité des organes de l'administration des affaires sociales (*shehui xingzheng jiguan* 社會行政機關) ; néanmoins leurs objectifs et leurs activités sont soumis à la direction et à la surveillance des autorités sanitaires compétentes.

Article 34 Les associations de médecins à chaque échelon ont un conseil d'administration et un conseil de surveillance conformément à leur échelon, leurs effectifs sont ;

1. De trois à trente membres pour le conseil d'administration.
2. D'un à neuf membres pour le conseil de surveillance.

Le mandat des membres des conseils d'administration et de surveillance visés à l'alinéa précédent ne peut excéder trois ans et ils sont rééligibles une fois.

Article 35 L'association publique de médecins établit des statuts, une liste de ses membres et une liste de ses employés, et les soumet à l'administration des affaires sociales de sa localité pour enregistrement ; elle les soumet également au Bureau national de santé pour examen.

Article 36 Les statuts des associations publiques de médecins à chaque échelon doivent contenir les éléments suivants :

1. Nom, échelon et lieu de l'association ;
2. But, organisation, mission ou cause ;
3. Adhésion ou retrait de ses membres ;
4. Effectifs, autorité et durée du mandat du conseil d'administration et de surveillance, ainsi que leur élection ou leur révocation ;
5. Dispositions relatives à l'assemblée générale des membres et aux réunions du conseil d'administration et de surveillance ;
6. Convention à respecter par ses membres ;
7. Mesures pour la mise en œuvre de l'assistance médicale aux pauvres ;
8. Financement et comptabilité ;
9. Changements de statuts ;
10. Autres questions nécessaires à la conduite des affaires de l'association.

Article 37 Les résolutions des assemblées générales ou des conseils d'administration et de surveillance des associations publiques de médecins à chaque échelon qui enfreignent les lois et règlements peuvent être révoquées par les autorités compétentes.

Article 38 Si un membre de l'association enfreint une loi ou un règlement, l'association peut signaler les preuves de cette infraction aux autorités compétentes sur résolution des conseils d'administration et de surveillance ou de l'assemblée générale de l'association.

Chapitre VI Mesures additionnelles

Article 39 Le règlement d'application de la présente loi est élaboré par le Bureau national santé en collaboration avec le ministère des Affaires sociales et soumis au Yuan exécutif pour décision.

Article 40 La présente loi entre en vigueur le jour de sa promulgation.

IV. Tableaux et graphiques

1. Analyse du corpus de demandes de licence

Tableau 1 : Répartition chronologique des dossiers d'enregistrement de praticiens de la médecine chinoise

Lieu d'enregistrement	1940 et avant	1941-1942	1943 et après	Inconnu	Total
Plaine de Chengdu	142 (12%)	777 (64%)	237 (19%)	65 (5%)	1221 (100%)
Chongqing et alentour	53 (83%)	10 (16%)	1 (2%)	0 (0%)	64 (100%)
Autres districts	64 (11%)	220 (36%)	319 (53%)	39	642 (100%)
Inconnu	4	31	0	1	36
Total	263 (13%)	1038 (53%)	557 (28%)	105 (5%)	1963 (100%)

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont le lieu d'enregistrement n'est pas connu)

Tableau 2 : Répartition chronologique des dossiers d'enregistrement de la médecine occidentale

Lieu d'enregistrement	1940 et avant	1941-1942	1943 et après	Inconnu	Total
Plaine de Chengdu	8 (4%)	79 (40%)	113 (56%)	2 (1%)	202 (100%)
Chongqing et alentour	6	4	1	1	12
Autres districts	27 (21%)	66 (52%)	31 (25%)	3 (2%)	127 (100%)
Inconnu	2	4	0	6	12
Total	43 (12%)	153 (43%)	145 (41%)	12 (4%)	353 (100%)

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont le lieu d'enregistrement n'est pas connu)

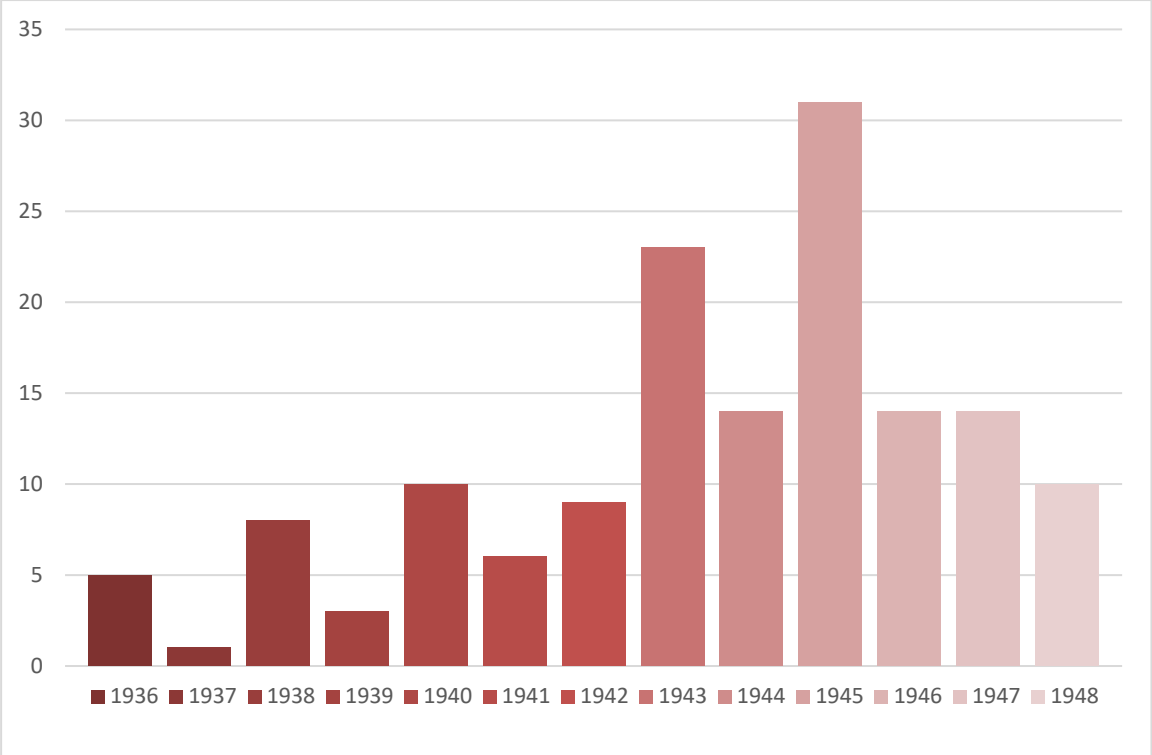
Tableau 3 : Types de demandes d'enregistrement

Type de praticien	Certificat (*zhengshu* 證書)	Inscription (*zhuce* 注冊)	Inconnu	Total
Médecine chinoise	1639 (84%)	323 (16%)	1 (<1%)	1963 (100%)
Médecine occidentale	28 (8%)	323 (92%)	2 (<1%)	353 (100%)
Autres et inconnus	34 (45%)	42 (55%)	0 (<1%)	76 (100%)
Total	1701 (71%)	688 (29%)	3 (<1%)	2392 (100%)

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont le type de demande n'est pas connu)

2. Associations publiques de médecins (*yishi gonghui* 醫師公會)

Graphique 1 : Répartition des associations de médecins (*yishi gonghui* 醫師公會) en fonction de leur « date d'entrée » dans le registre d'enregistrement des organisations de personnes (*renmin tuanti zhuce bu* 人民團體注冊簿)[1]. Nombre total d'associations enregistrées : 125.



La « date d'entrée » correspond pour 104 associations à leur date de création, pour les autres il s'agit en général de la « date d'approbation » (*hezhun bei'an riqi* 核准備案日期), parfois après réorganisation (*gaizu* 改組), peut-être pour mettre leurs statuts en conformité avec la règlementation. Il est possible que certaines existent depuis déjà quelques années avant d'être officiellement enregistrées.

Tableau 1 : Des associations de praticiens de la médecine chinoise dans la majorité des districts

Associations de praticiens dans le district	Moins de 200 000 habitants	200 à 500 000 habitants	Plus de 500 000 habitants	Total général
Deux types de médecine	3	13	11	27
Seulement praticiens de la médecine chinoise	22	30	16	68
Seulement praticiens de la médecine occidentale	0	1	1	2
Aucune association	23	7	7	37
Total général	48	51	35	134

[1] APS, 118-02-3131, 3132 et 3135.

3. Modalités d'exercice de la médecine

Notes sur l'échantillonnage

Dans les tableaux qui suivent, sauf indication contraire, les résultats présentés découlent de l'analyse de deux échantillons aléatoires : un échantillon de 300 demandes de licence déposées par des praticiens de la médecine chinoise (sur un total de 1963) ; un échantillon de 100 demandes de licence déposées par des praticiens de la médecine occidentale (sur un total de 353).

Tableau 1 : L'immense majorité des médecins ont déjà exercé à leur propre compte

Type de praticien	N'ont pas exercé à leur compte	Ont exercé à leur compte	Pas de case sur cette question dans le formulaire	Total
Médecine chinoise	11 (4%)	285 (95%)	4 (1%)	300 (100%)
Médecine occidentale	26 (26%)	71 (71%)	3 (3%)	100 (100%)
Total	39 (10%)	355 (89%)	6 (1%)	400 (100%)

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux qui n'ont pas de case sur cette question dans leur formulaire)

Sur 100 curriculums vitae de praticiens de la médecine occidentale analysés, trois seulement n'ont aucune case les interrogeant spécifiquement sur le fait d'avoir pratiqué à son compte (*kaiye* 開業). Sur les 97 curriculums restants, la case a été laissée vide pour 26 d'entre eux, ou bien le médecin y déclare explicitement n'avoir jamais pratiqué à son compte. 71 déclarent avoir pratiqué à leur compte à un moment dans leur carrière.

Tableau 2 : Les praticiens de la médecine occidentale ont plus souvent été employés ou exercé des fonctions médicales au sein d'un établissement

Type de praticien	Aucune fonction médicale déclarée	Au moins une fonction médicale (même si aucune case)	Pas de case fonction (et aucune fonction déclarée ailleurs)	Total
Médecine chinoise	45 (15%)	83 (28%)	172 (57%)	300 (100%)
Médecine occidentale	10 (10%)	74 (74%)	16 (16%)	100 (100%)
Total général	55 (14%)	157 (39%)	188 (47%)	400 (100%)

Test chi très significatif (résultat <0,01).

Codage réalisé à partir des informations renseignées dans les parties des formulaires se rapportant aux « fonctions » (*zhiye* 職業) exercées par le médecin ou aux lieux où ils ont « servi » (服務). Ne sont retenues ici que les fonctions qui impliquent de pratiquer la médecine, c'est-à-dire celle de médecin (*yishi* 醫師, *yishi* 醫士 ou *yisheng* 醫生), médecin militaire (*junyi* 軍醫), employé médical (*yiyuan* 醫員) ou encore médecin scoalire (*xiaoyi* 校醫). À l'inverse, nous avons exclu les fonctions d'enseignement ou administratives.

4. Répartition géographique des médecins

Tableau 1 : Répartition des médecins selon le rang administratif de leur lieu de résidence

Type de praticien	Bourgs (*zhen* 鎮) et villages (*xiang* 鄉)	Chef-lieu district (*xian* 縣)	Métropole (Chengdu, Chongqing)	Inconnu	Total
Médecine chinoise	44 (15%)	91 (30%)	160 (53%)	5 (2%)	300 (100%)
Médecine occidentale	0	40 (40%)	58 (58%)	2 (2%)	100 (100%)
Total	44 (11%)	131 (33%)	218 (54%)	7 (2%)	400 (100%)

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01).

5. Une médecine occidentale à deux visages

Tableau 1 : Lieu des études médicales selon le type de formation*

Formation du médecin	Même province	Province différente	Total
Faculté de médecine	26	24	50
Autre	32	7	39
Total	58	31	89

Test Fisher significatif (résultat <0,05).

- Sont exclus de ce tableau les 11 médecins formés dans des facultés et écoles de médecine étrangères.

Tableau 2 : Type de formation médicale en fonction de la province d'origine

Formation du médecin	Hors-Sichuan	Sichuan	Total
Faculté de médecine	30	31	61
Autre	9	30	39
Total	39	61	100

Test Fisher significatif (résultat <0,05).

Tableau 3 : Les postes de direction sont plus souvent occupés par des diplômés de faculté de médecine

Formation du médecin	Poste de direction (établissement, département, équipe)	Pas de poste direction	Aucune fonction ou case absente	Total
Faculté de médecine	24	20	17	61
Autre	11	25	3	39
Total	35	45	20	100

Test chi-2 significatif (résultat <0,05).

Tableau 4 : Des facultés de médecine qui forment des professeurs

Formation du médecin	A exercé une fonction d'enseignement	A exercé d'autres types de fonction	Aucune fonction déclarée ou case absente[1]	Total
Faculté de médecine	9	35	17	61
Autre	0	36	3	39
Total	9	71	20	100

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01).

Tableau 5 : Les diplômés de facultés de médecine exercent plus souvent dans des hôpitaux (*yiyuan* 醫院)

Formation du médecin	A exercé dans un hôpital	N'a jamais exercé dans un hôpital	Aucune fonction ou case absente	Total
Faculté de médecine	34	10	17	61
Autre	19	17	3	39
Total	53	27	20	100

Test Fisher significatif (résultat <0,05).

[1] L'absence d'informations concernant les fonctions exercées par les diplômés de facultés de médecine est principalement due à un biais de source. Deux séries de curriculum vitae (cartons 113-01-0322 et 0326) ne comportent aucun espace dédié à ce type d'informations. Parmi les 16 curriculum vitae en question, 15 concernent des diplômés de facultés de médecine.

Tableau 6 : Pays de destination des médecins formés à l'étranger*

Pays de destination	Né entre 1891-1900	Né entre 1901-1910	Total
Japon	11	4	15
Autres destinations (dont Allemagne)	7 (6)	16 (10)	23 (16)
Total général	11	20	38

Test Fisher significatif (résultat <0,05).

*Ce tableau ne se fonde pas sur l'échantillon aléatoire de 100 demandes de licence, mais sur toutes les demandes de licence déposées par des praticiens de la médecine occidentale ayant étudié la médecine à l'étranger relevées dans les archives provinciales du Sichuan, soit un total de 38.

Tableau 7 : Les médecins les plus jeunes ont plus rarement étudié à l'étranger

Année de naissance	Médecins formés en Chine*	Médecins formés à l'étranger**	Total
Avant 1900	28	18	46
1901-1910	41	20	61
1911-1920	19	0	19
Inconnue	1	0	1
Total	89	38	127

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01).

*La population de cette colonne correspond à l'échantillon aléatoire de 100 demandes de licence de praticien de la médecine occidentale auquel nous avons retranché 11 médecins formés à l'étranger.

**La population de cette colonne correspond à toutes les demandes de licence déposées par des praticiens de la médecine occidentale ayant étudié la médecine à l'étranger relevées dans les archives provinciales du Sichuan (soit 38 sur un total de 353 demandes).

Tableau 8 : Les diplômés d'écoles spéciales exercent plus souvent dans les centres de santé

Formation du médecin	Jamais de poste dans un centre de santé	Poste dans un centre de santé	Aucune fonction ou case absente	Total
École spéciale	18	7	3	28
Faculté de médecine	43	1	17	61
Autre	10	1	0	11
Total général	71	9	20	100

Test Fisher très significatif (résultat <0,01).

Tableau 9 : Les diplômés d'écoles spéciales exercent plus souvent des fonctions militaires

Formation du médecin	Jamais de fonction militaire	Fonction militaire	Aucune fonction ou case absente	Total
École spéciale	9	16	3	28
Faculté de médecine	34	10	17	61
Autre (dont centres de formation militaires)	5 (0)	6 (4)	0	11 (4)
Total général	48	32	20	100

Test Fisher très significatif (résultat <0,01).

Tableau 10 : Dans les établissements pour opiomanes, des médecins formés dans le cursus technique (écoles techniques et centres de formation militaires)*

Formation médicale	Aucun poste dans un centre de désintoxication	Poste dans un centre de désintoxication	Aucune fonction ou case absente	Total
Cursus technique	23	6	3	32
Cursus académique	43	1	17	61
Total général	64	7	20	93

Test Fisher significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux qui ne déclarent aucune fonction).

* Sont exclus de ce tableau les sept médecins qui n'ont pas été formés dans une faculté de médecine, ni dans une école spéciale ou un centre de formation militaire

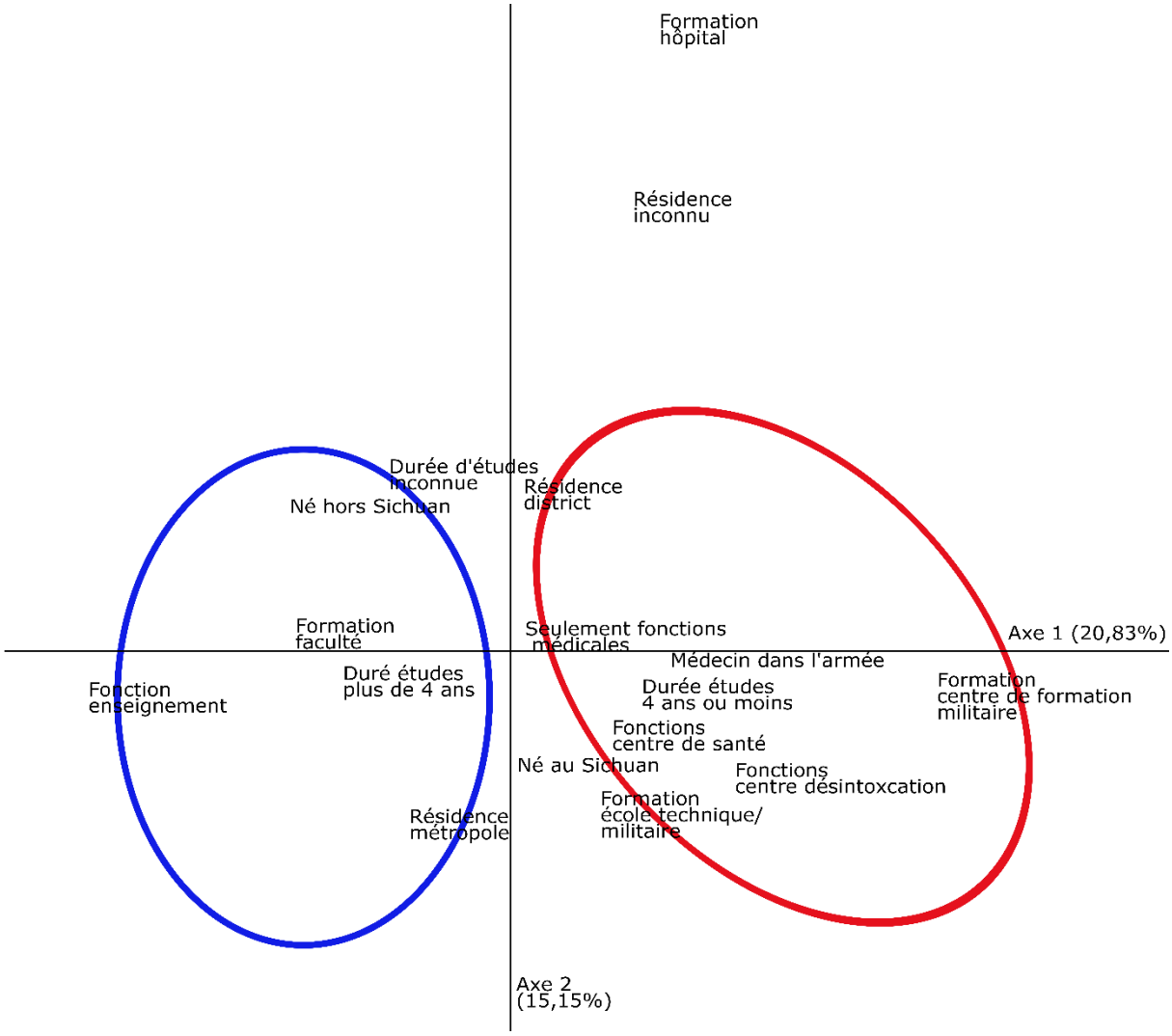
Tableau 11 : Les médecins issus du cursus technique sont surtout présents dans les districts*

Formation médicale	Installé dans un chef-lieu de district	Installé dans une métropole (Chengdu, Chongqing)	Adresse inconnue	Total
Cursus technique	19	13	0	32
Cursus académique	14	45	2	61
Total	33	58	2	93

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont on ne connait pas le lieu de résidence).

* Sont exclus de ce tableau les sept médecins qui n'ont pas été formés dans une faculté de médecine, ni dans une école spéciale ou un centre de formation militaire

Graphique 1 : Une médecine occidentale à deux visages



Projection graphique des caractéristiques des praticiens de la médecine occidentale de notre échantillon à partir des informations contenues dans leur curriculum vitae (N=100).

Les caractéristiques sont d'autant plus proches sur le graphique que le nombre d'individus présentant ensemble ces mêmes caractéristiques est élevé. Par exemple, beaucoup d'individus ayant étudié la médecine quatre ans ou moins ont aussi été médecin dans l'armée et ont exercé des fonctions dans un centre de santé. Le cercle rouge dessine un ensemble se rapportant aux médecins formés par l'enseignement technique, le cercle bleu les caractéristiques communes aux diplômés de l'enseignement académique.

6. L'enseignement de la médecine chinoise

Tableau 1 : Le médecin autodidacte, un profil en déclin

Date de naissance	Déclare avoir étudié la médecine en autodidacte [sans aucune autre formation médicale]	Pas d'apprentissage autodidacte	Total
1900 et avant	12 (8%) [6 (4%)]	143 (92%)	155 (100%)
Après 1900	3 (2%) [1 (1%)]	140 (97%)	143 (100%)
Incertaine	2 [0]	0	2
Total	15 (5%) [7 (2%)]	285 (95%)	300 (100%)

Test Fisher significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux dont on ne connait pas la date de naissance).

Tableaux 2-3 : La transmission familiale en baisse parmi les médecins nés après 1905

Date de naissance	Déclare avoir appris la médecine dans sa famille	Pas de mention de transmission familiale	Total
1860-1890	27 (33%)	55 (67%)	82 (100%)
1891-1905	39 (33%)	78 (67%)	117 (100%)
1906-1920	20 (21%)	76 (79%)	96 (100%)
Incertaine	1	4	5
Total	87 (29%)	213 (71%)	300 (100%)

Test chi-2 plutôt significatif (résultat <0,1, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

Date de naissance	Déclare avoir appris la médecine dans sa famille	Pas de mention de transmission familiale	Total
1860-1905	66 (33%)	133 (67%)	199 (100%)
1906-1920	20 (21%)	76 (79%)	96 (100%)
Incertaine	1	4	5
Total	87 (29%)	213 (71%)	300 (100%)

Test Fisher significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

Tableaux 4-5 : Persistance de la transmission maître-disciple

Date de naissance	Déclare avoir appris la médecine auprès d'un maître	Pas mention d'un maître	Total
1860-1890	39 (48%)	43 (52%)	82 (100%)
1891-1905	42 (36%)	75 (64%)	117 (100%)
1906-1920	49 (51%)	47 (49%)	96 (100%)
Inconnue	3	2	5
Total	133 (44%)	167 (56%)	300 (100%)

Test chi-2 plutôt significatif (résultat <0,1, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

Date de naissance	Déclare avoir appris la médecine auprès d'un maître	Pas mention d'un maître	Total
1890 et avant	39 (48%)	43 (54%)	82 (100%)
1891-1900	22 (30%)	50 (68%)	72 (100%)
1901-1910	47 (48%)	51 (52%)	98 (100%)
1911-1920	22 (50%)	22 (50%)	44 (100%)
Incertaine	3	1	4
Total général	133 (44%)	167 (56%)	300 (100%)

Test chi-2 non significatif (résultat >0,1, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

On observe une légère baisse de la transmission maître disciple pour la génération née entre 1891 et 1900, mais la cause de cette baisse reste incertaine (elle pourrait être due au hasard). Dans l'ensemble, il n'y a pas de baisse significative de ce mode de transmission d'une génération à l'autre.

Tableau 6 : La transmission familiale, une formation plus longue que l'apprentissage auprès d'un maître

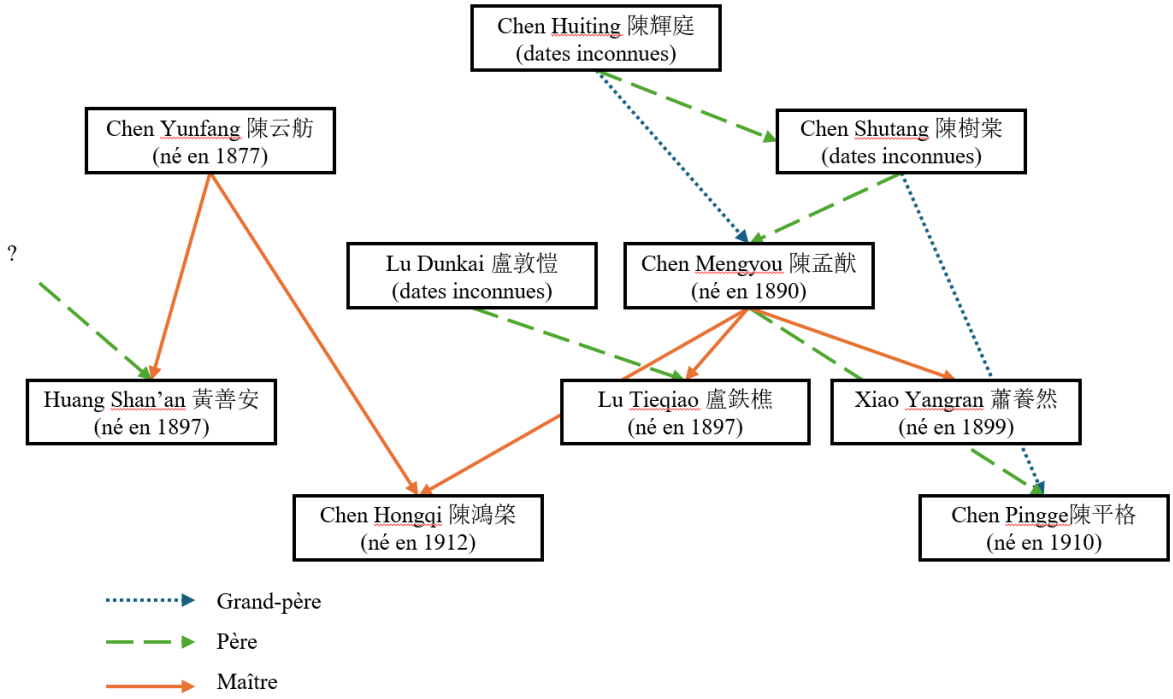
Date de naissance	Durée déclarée en moyenne pour l'apprentissage familiale en année (effectifs)	Durée déclarée en moyenne pour l'apprentissage auprès d'un maître en année (effectifs)
1860-1890	12,9 (14)	5,9 (30)
1891-1905	8,6 (20)	6 (33)
1906-1920	6,9 (11)	4,6 (46)
Incertaine	5 (1)	11 (1)
Total	9,4 (46)	5,4 (110)

Tableau 7 : Essor de l'enseignement scolaire de la médecine chinoise

Date de naissance	Déclare avoir étudié dans une école de médecine chinoise	Pas de mention d'une école	Total
1860-1890	1 (1%)	81 (99%)	82 (100%)
1891-1905	22 (19%)	95 (81%)	117 (100%)
1906-1920	37 (39%)	59 (61%)	96 (100%)
Inconnue	1	4	5
Total	61 (20%)	239 (80%)	300 (100%)

Test chi-2 très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

Graphique 1 : Liens familiaux et relations maître-disciple : la famille Chen du district de Yibin



Source : APS, 113-01-0614.

7. Les femmes et la médecine dans la Chine républicaine

Dans les tableaux de cette section, sauf indication contraire, la population concernée par les lignes « femmes » correspond à la toutes les demandes de licence déposées par des praticiennes de la médecine chinoise ou occidentale relevées dans les archives provinciales du Sichuan ; soit 28 demandes de licence déposées par des praticiennes de la médecine chinoise et 30 par des praticiennes de la médecine occidentale. Les lignes « hommes » correspondent à notre échantillon de 300 praticiens de la médecine chinoise ou de 100 praticiens de la médecine occidentale (selon le type de médecine dont il est question), auxquels nous avons retranché les femmes et les cinq praticiens de la médecine chinoise n'ayant pas renseigné leur genre.

Tableau 1 : Praticiens et praticiennes déposant une demande de licence au Sichuan entre 1937 et 1947

Genre du médecin	Médecine occidentale	Médecine chinoise	Total
Femmes	30 (8%)	28 (1.5%)	58 (2.5%)
Hommes	315 (90%)	1886 (96%)	2201 (95%)
Inconnu	8 (2%)	49 (2.5%)	57 (2.5%)
Total	353 (100%)	1963 (100%)	2316 (100%)

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux dont on ne connaît pas le genre).

Tableau 2 : Les praticiennes de la médecine chinoise sensiblement plus jeunes

Genre du médecin	Né entre 1860 et 1890	Né entre 1891 et 1905	Né entre 1906 et 1920	Total	Date de naissance moyenne
Femmes	1	16	11	28	1903,6
Hommes*	81	111	94	285	1897,9
Total	82	127	105	313	

Test chi-2 significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux dont la date de naissance est incertaine).

* N'inclut pas les cinq praticiens de la médecine chinoise dont la date de naissance est inconnue ou incertaine.

Tableau 3 : Les praticiennes de la médecine chinoise ont plus souvent fait des études dans un autre domaine

Genre du médecin	Mentionne des études dans un autre domaine que la médecine (dont école normale)	Mentionne des études réalisées jusqu'au secondaire (*zhongxue* 中學)	Aucune information sur les études non médicales (dont case absente*)	Total
Femmes	9 (6)	14	5 (1)	28
Hommes	21 (11)	165	103 (44)	290
Total	30 (17)	180	108 (45)	318

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux qui ne donnent pas d'informations sur leurs études non médicales).

* Le formulaire rempli par le médecin ne contient aucune case appelant explicitement à renseigner les études effectuées en dehors de l'apprentissage de la médecine.

Tableaux 4 : Les femmes exclues des fonctions d'encadrement de la médecine chinoise

Genre du médecin	Enseignement dans une école de médecine, publication à caractère médical, responsabilités associatives	Autres types de fonctions	Aucune fonction déclarée (dont case absente)	Total
Femmes	0	8	20 (16)	28
Hommes	44	66	180 (140)	290
Total	44	74	200 (156)	318

Test Fisher significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux qui ne déclarent aucune fonction).

Tableau 5 : Praticiens et praticiennes de la médecine occidentale licenciés en Chine entre 1929 et 1934[1]

Age	60 to 69	50 to 59	40 to 49	30 to 39	20 to 29	Total
Femmes	3 (<1%)	25 (4%)	89 (15%)	234 (39%)	254 (42%)	605 (100%)
Hommes	26 (<1%)	224 (4%)	1071 (18%)	3020 (51%)	1524 (26%)	5865 (100%)
Total	29 (<1%)	249 (4%)	1160 (18%)	3254 (50%)	1778 (27%)	6470 (100%)

Tableau 6 : Praticiens et praticiennes de la médecine occidentale licenciés au Sichuan entre 1937 et 1947

Date de naissance	Avant 1885	1886-1895	1896-1905	1906-1915	Après 1915	Inconnue	Total
Femmes	0	0	11 (37%)	18 (60%)	1 (3%)	0	30 (100%)
Hommes	1 (1%)	15 (16%)	39 (43%)	32 (36%)	3 (3%)	1 (1%)	91 (100%)
Total	1 (1%)	15 (12%)	50 (41%)	50 (41%)	4 (3%)	1 (1%)	121 (100%)

Tableau 7 : Des praticiennes de la médecine occidentale issues d'études longues

Genre du médecin	Cursus médical de trois années ou moins	Cursus de plus de trois années	Durée des études inconnue	Total	Durée moyenne
Femmes	0	22	8	30	6,2 ans
Hommes	13	56	22	91	5,2 ans
Total	13	78	30	121	

Test Fisher significatif (résultat <0,05, sans inclure ceux dont on ne connaît pas la durée d'études).

Tableau 8 : Les praticiennes de la médecine occidentale déclarent rarement avoir dirigé un hôpital

Genre du médecin	Fonctions de direction d'hôpital (ou autre établissement médical)	Aucune fonction de direction d'hôpital	Aucune fonction déclarée (dont case absente)	Total
Femmes	1	27	2 (1)	30
Hommes	21	51	19 (15)	91
Total	22	78	21 (16)	121

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux qui ne déclarent aucune fonction).

[1] *Neizheng bu nianjian 内政部年鑒 (Annuaire statistique du ministère de l'Intérieur)*. *Op. cit.* p. G134-135

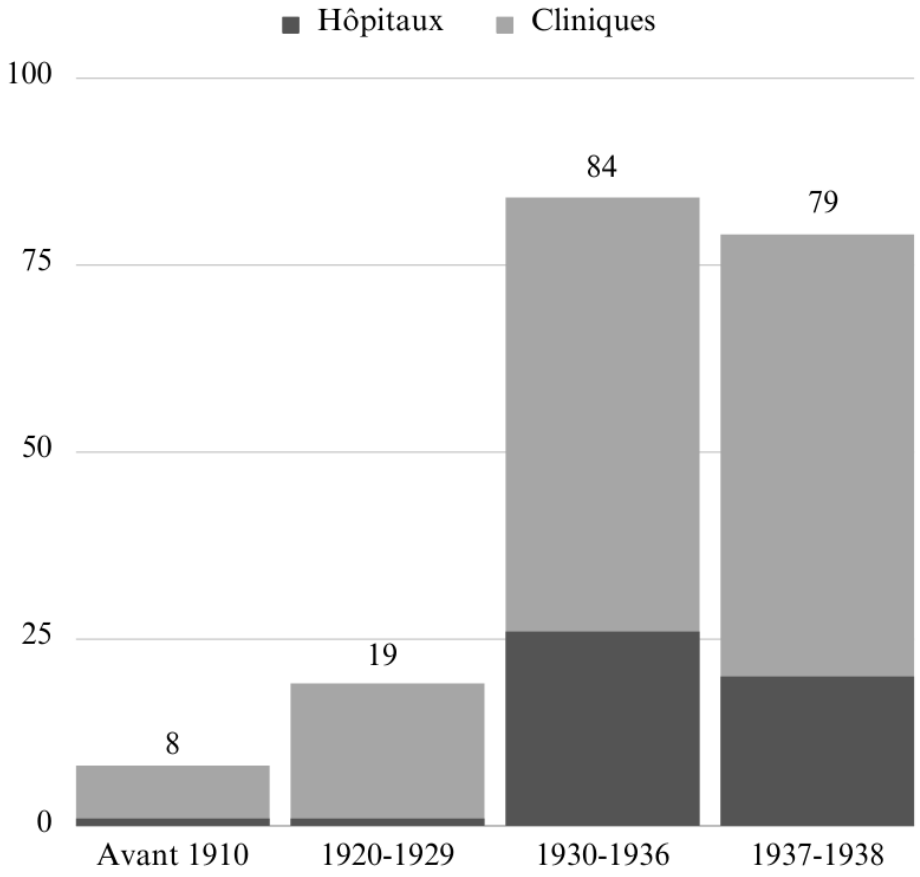
Tableau 9 : Peu de femmes à la tête des établissements médicaux recensés dans la province en 1938-39*

Genre du médecin	Médecin	Directeur (il s'agit du seul médecin)	Total
Femmes	28 [37%]	9 (6) [4%]	37 [13%]
Hommes	48 [63%]	197 (146) [96%]	245 [87%]
Total	76 [100%]	206 (152) [100%]	282 [100%]

Test Fisher très significatif (résultat <0,01, sans inclure ceux qui ne déclarent aucune fonction).

* Ce tableau n'inclut pas les praticiens de la médecine chinoise. Il exclut également les directeurs de quatre établissements qui ne renseignent pas leur genre dans la fiche d'enquête et les quatre directeurs de clinique qui ne sont pas médecins mais infirmiers ou sage-femme.

8. Le développement des établissements de soins dans les années 1930



Selon des dates de création des établissements de soins recensées en 1938-1939 dans les districts du Sichuan par l'enquêtes sur les hôpitaux et cliniques (*yiyuan zhensuo diaocha* 醫院診所調查). APS, 113-01-0023, 113-01-0296, 113-01-0511, 113-01-1730.

Ce décompte ne comprend pas les hôpitaux de Chengdu et de Chongqing.

9. Personnels de santé

Annexe IX. C. 1.a. Tableau 1 : Les diplômés d'écoles d'infirmerie aux postes d'infirmier en chef

Type de formation	Diplômés d'écoles d'infirmiers ou de sages-femmes	Autres formation ou employés sans instruction préalable	Total
Infirmier en chef	8	2	10
Autres infirmiers	15	24	39
Total	23	26	49

Test Fisher significatif (résultat <0,05).

Annexe IX. C. 1. b. Tableau 2 : Durée d'étude déclarée par les infirmiers employés au début des années 1940 dans cinq centres de santé du Sichuan

Groupe	Durée moyenne d'études
Hommes	28 mois
Femmes	35 mois
Hommes (sauf études militaires)	33 mois
Femmes (sauf études sage-femme)	33 mois

Dossiers du personnel des centres de santé de Qionglai (APS, 113-01-2133), Kaijiang (APS, 113-01-2184), Quxian (APS, 113-01-2187), Fuling (APS, 113-01-2194) et Qijiang (APS, 113-01-2211).