

La médecine en Algérie pendant l'occupation française



Mostéfa Khiati

préfacé par le Dr Chawki Mostéfaï



دار الطب
دار الطب

Table de Matières

<i>Préface du Dr Chawki Mostéfaï</i>	3
<i>Remerciements</i>	13
I- Introduction	15
II- Données Générales	29
- 1- <i>Données démographiques</i>	29
- Un nombre d'habitants sous estimé au départ ?	31
- 1866-1876 : Une baisse de population mal expliquée !	33
- La thèse de génocide peut-elle être écartée ?	35
- 2- <i>Eclairage socioculturel sur le début de l'occupation</i>	40
- Paupérisation de la population musulmane	41
- Aspects socioculturels	43
- Une hygiène publique déplorable	45
- Généralisation du tabac	46
- L'ivrognerie devient un fléau social	47
- Alger transformée en lieu de débauche	48
- Insécurité et augmentation des délits	49
- Diffusion de la consommation des drogues	50
- De nouvelles mœurs s'installent	53
- 3- <i>Religion et santé</i>	56
- Etablissements de culte transformés en structures de santé	56
- Confiscation des biens 'habous'	57
- La santé devient un immense champ d'évangélisation	59
- Instrumentalisation médicale du refus pèlerinage	60
- 4- <i>Conséquences psychologiques de l'introduction de l'état civil français en Algérie</i>	65
- Pourquoi la loi de 1882?	66
- Une application raciste de la loi	68
- En Conclusion	70
III-Pratique de la médecine populaire	71
- 1- <i>Médecine traditionnelle</i>	73
- La médecine traditionnelle et les auteurs français	74
- Exercice de la médecine populaire	76
- Structures hospitalières traditionnelles	81
- Honoraires, reconnaissance et privilèges	82
- Formation pratique	83
- Equipements, drogues usuelles et préparation des remèdes	83
- Hygiène corporelle	86

- Place particulière du <i>henné</i> et du <i>koheul</i>	88
- Moyens thérapeutiques utilisés	91
- Références bibliographiques utilisées par les médecins arabes	93
- Qualité et niveau de la médecine algérienne au moment de la colonisation.	102
- 1-l- Pathologie chirurgicale	102
- Orthopédie et traumatologie	102
- Médecine de réhabilitation	109
- Neurochirurgie	112
- Chirurgie	119
- Urologie	121
- Gynécologie, obstétrique et sexologie	122
- Ophtalmologie	123
- Otorhinolaryngologie	127
- 1-m- Pathologie médicale	128
- Stomatologie	129
- Pneumologie	131
- Cardiologie	133
- Gastro-entérologie	134
- Dermatologie	137
- Neurologie	143
- Parasitologie, pathologie du sud	146
- 1-n- Plantes médicinales	149
- Catalogue des plantes médicinales	152
- 1-o- Conclusion	156
- 2- Organisation du système de soins dans l'Etat fondé par l'Emir Abdelkader	158
- Qui est l'Emir Abd El Kader	159
- Son but : construire un Etat moderne	160
- Son Intérêt pour les sciences et l'enseignement	163
- Son amour pour les livres	164
- Organisation générale de l'Etat	165
- Organisation sanitaire	168
- Pratique de la médecine	170
- Médecins autour de l'Emir	173
- Formation médicale	175
- Maladies fréquentes	180
- Aspects Social et humaniste de l'Emir	181
- 3- Médecins traditionnels	183
- De nombreux médecins mais peu sont connus	184
- Abdallah Ezzerouali	186
- Sidi Mohammed Tounsi	187

- Mohammed Ben Zergua	188
- Mohammed Ben Chaoua	189
- Auteurs de livres de médecine	192
- IV- La médecine durant la colonisation :	199
- <i>Le Système de santé colonial au XIXe siècle :</i>	201
- 1- Médecine militaire	202
- Des hôpitaux militaires français partout en Algérie	203
- Une forte mortalité et une morbidité exceptionnelle	209
- Missions des médecins militaires	218
- 2- Médecine coloniale	219
- 3- Offre de soins proposée aux Algériens	233
- Attitude des populations algériennes à l'égard de la médecine française	237
- Modalités d'exercice	246
- Mortalité infantile	247
- La conscription, un paramètre reflétant de l'état de santé de la population	248
- Maladies épidémiques	249
- Affections les plus communes en Algérie	249
- Assistance médicale	257
- 4- Découverte de la maladie	262
- 5- médecine et médecins dans le Sud du pays	262
- Etat de santé déplorable des populations du Sud	262
- Des structures de santé largement insuffisantes et éloignées	264
- Les maladies oculaires étaient très fréquentes	267
- Des épidémies aussi sévères qu'au Nord	269
- Pratique de la médecine dans le Sud	272
- Médecins du Sud	273
- Plantes médicinales du Sud	275
- 6- Histoire des premiers hôpitaux français en Algérie	277
- Premiers hôpitaux de fortune	280
- Histoire des hôpitaux de la région Centre	284
- Histoire des hôpitaux de la région Est	293
- Histoire des hôpitaux de la région Ouest	298
- Histoire des hôpitaux et des infirmeries « indigènes »	300
- Autres structures de soins .	300
- V- Les médecins de l'école française et leur formation	305
- 1- Les étapes de l'enseignement médical	307
- Situation de l'enseignement avant la colonisation	307

- L'école française	309
- Enseignement médical	313
- Recherche médicale	338
- Conclusion	339
- <i>2- Les premiers médecins algériens formés à l'école française (1857-1909)</i>	342
<i>2a-Les officiers de santé</i>	343
- Ali Ben Mohamed Ben Boulouk Bachi	344
- Kaddour Ben Ahmed (ou Ben Mohammed),	347
- Mohammed Ben Sayah (Saiah)	348
- Amar Ben Mohamed	349
- Mohamed Ben Mustapha	349
- Djilali Ben Fiah	350
- Abdelkader Ben Zahra	351
<i>2b-Les docteurs en médecine</i>	357
- Le docteur Mustapha Hadj Moussa	359
- Le docteur Mohammed Nakkach (Mohamed Ben El Hadj Benamar)	363
- Le docteur Taieb Morsly	366
- Le docteur Ben Larbi (Larbey ou Benlarbey) Mohamed Séghir	371
- Le docteur Kadour Ben Larbi	378
- Le docteur Ben Amor Mohamed	380
- Le docteur Bouziane Ould Abdelkader	382
- Le docteur Mohammed Ben Youcef Ben Ali	383
- Le docteur Ali Boudherba	383
- Le docteur Bentami Belkacem ou Bentami Belkacem Ould Hamida Ould Tami	384
- Le docteur Mohammed Hocine	385
- Le docteur Zerrouk Ben Brihmat	396
<i>2c-Les médecins catéchistes</i>	386
<i>2d-Les Pharmaciens</i>	388
- Abdallah Ben Mohammed	388
- Boumédiène Benhassine	390
- Hafiz Boumédiène	391
- Mohammed Khaznadar	391
<i>2e-Les Dentistes</i>	391
- Boudherba	391
<i>2-f- Les Auxiliaires médicaux : Adjoints techniques de la santé</i>	392
- Abdelmadjid Ben Mohamed Salah Keroughlane	392
- Mohamed Ben Mohamed Kebir	393

- Ben Smail Sahraoui	393
- Ammar Selmi	393
- <i>3- Les médecins coloniaux</i>	395
<i>3a-Médecins étrangers présents à Alger à la veille de la colonisation</i>	395
<i>3b-Expérience du Dr Pouzin, le premier médecin civil français</i>	397
<i>3c-Médecins militaires du XIXe siècle dont l'apport a été remarquable</i>	399
- Lucien Jean Baptiste Baudens	400
- François Clément Maillot	401
- Alphonse Laveran	401
- Jean Hyacinthe Vincent	403
- Henri Foley	404
- Léon Charles Albert Calmette	405
- <i>4- Médecins français nés en Algérie</i>	407
- Fernand Isidore Widal	407
- Edmond Sergent	408
- Etienne Sergent	410
- Robert Aubaniac	411
- <i>VI-Le Système de santé colonial au XXe siècle</i>	413
- <i>1- Médecine militaire et médecine coloniale</i>	415
- -Médecine militaire	415
- -Médecine coloniale	419
- <i>2- Offre de soins proposée aux Algériens</i>	422
- Une mortalité infantile élevée	424
- Une mortalité par maladies épidémiques toujours élevée	426
- La conscription, un paramètre reflétant la détérioration de l'état de santé de la population	427
- La santé mentale : un parent pauvre de la santé	430
- Une assistance médicale insuffisante	431
- <i>3- La formation médicale en Algérie au cours du XXe siècle</i>	442
- L'université d'Alger : une "citadelle du colonialisme"	442
- Evolution du nombre d'étudiants	446
- L'exercice libéral : seule débouché possible pour les Musulmans	450
- <i>4- Pratique raciste de la médecine</i>	460
- Séparation raciale des malades	464
- Ethique et exercice médical	465
- Ethique et enseignement médical	467

- Thèses racistes véhiculées par l'élite coloniale	468
- Ethique et déontologie	478
VII- Le long combat des étudiants algériens	481
VIII- Les médecins du mouvement national (1909-1962)	495
<i>1-La génération de l'après guerre 1914-1918</i>	498
- Le docteur Abdenmour Tamzali Ould Aissa	500
<i>2- La génération de l'entre deux guerres</i>	501
- Le docteur Mohammed Salah Bendjelloul	504
- Le docteur Mohammed Boumali	508
- Le docteur Abdelkader Smati	410
- Le docteur Hadj Ali	510
- Le docteur Abdelouahab Bachir Ben Mohammed	510
- Le docteur Smaïl Lakhdari Ben Mustapha	511
- Le docteur Abdeslam Benkhelil Ben Mohammed	513
- Le docteur Hadj Ahmed Cherif Saadane	514
- Le pharmacien Ferhat Abbas	515
<i>3- La génération de la guerre de libération</i>	519
<i>4- Les médecins de l'autre bord</i>	525
- Le docteur Chérif Sid Cara	526
- Le Docteur Abdelkader Barakrok	527
IX- Conclusion	529
X- Bibliographie	531
XI- Abréviations	537

I- INTRODUCTION

L'histoire de la santé en général et de la médecine et des médecins en particulier durant l'occupation française en Algérie reste relativement peu connue. Plusieurs raisons sont liées à cela, la plus importante d'entre elles est peut être la non accessibilité des chercheurs nationaux aux sources d'informations françaises et particulièrement aux archives militaires françaises de cette époque.

L'indisponibilité d'informations vérifiables de cette période et de celle qui l'a immédiatement précédée, par suite des destructions opérées par les forces coloniales, a permis aux auteurs européens, plus prolifiques, d'être la référence essentielle de tout ce qui touche cette période particulièrement sa première phase qui intéresse le XIXe siècle.

Les informations, les descriptions ou les constations faites par les auteurs européens ne peuvent malgré leur importance, constituer qu'un aspect de la réalité en l'absence de source locale comparative.

La version la plus répandue, de la motivation de la conquête et de l'état de l'Algérie au moment de sa colonisation, nous paraît aujourd'hui assez simpliste. Schématiquement, la France est venue sauver les Algériens du joug dominateur des Ottomans. Selon les auteurs européens, la France, à son arrivée, a trouvé un immense pays abandonné, peu habité, très arriéré pour ne pas dire sauvage, il n'y avait ni médecins, ni hôpitaux, ni autres structures de soins : « On ne voit pas un seul médecin à Alger, ni dans le reste du Royaume... Les seules applications externes sont employées parmi les Algériens. Chaque famille est pourvue de ces sortes de remèdes en cas d'accidents... ». (Laugier de Tassy, *Histoire des Etats barbaresques qui exercent la piraterie*, p. 199, Paris 1757) « Il est facile de concevoir que la médecine n'est pas à Alger dans un état brillant. On donne aux docteurs le nom de thibib ; et toute leur science est tirée d'une traduction espagnole de Dioscoride... ». (Pananti, *Relation d'un séjour à Alger*, p. 371, Paris 1820) « Il est inutile de parler de l'état des sciences à Alger, ou elles n'existent pas, ou elles sont méprisées, la médecine même y est sans prix. » (Shaler W., *Esquisse de l'Etat d'Alger*, p. 77, Paris 1830)

La France, est ainsi venue en Algérie pour civiliser malgré lui ce 'peuple barbare' : « si nous avons le droit d'aller chez ces barbares, c'est

parce que nous avons le devoir de les civiliser ». (Jules Ferry, Discours prononcé à la Chambre des Députés du le 27 mars 1884)

Des connaissances médicales peu rationnelles à l'époque :

Jules Ferry ne s'est pas trompé, l'occupation française de l'Algérie et son maintien durant 132 années sont essentiellement liés à un rapport de force. Seulement, l'apport civilisationnel tant proclamé par les dirigeants français, ne s'est réellement matérialisé qu'au cours du XXe siècle et encore au bénéfice presque exclusif des colons. Au plan médical, en effet, l'évolution des connaissances n'a enregistré un départ décisif qu'après les travaux de Pasteur. Avant 1850, la théorie des "humeurs" régnait en maîtresse sur toutes les conceptions scientifiques. Cette théorie remonte à la haute antiquité, elle tentait d'expliquer la maladie par les changements d'humeur qui s'opéraient chez la personne ou dans son environnement. La théorie de la génération spontanée qui constitue une continuité logique de la théorie des humeurs a permis le développement des techniques chirurgicales dans les champs de guerre en l'absence d'asepsie avec une mortalité désastreuse. Dans toute l'Europe et malgré le nombre parfois impressionnant de facultés de médecine, c'est le règne des barbiers, des apothicaires et des devins : « L'empirisme, parfois le charlatanisme, voire la sorcellerie et l'astrologie tentent de suppléer à l'absence de connaissances scientifiques. » La confrontation qui a eu lieu entre Mohammed Ben Chaoua, médecin traditionnel algérien, ne parlant que l'arabe et le baron de Larrey H., chirurgien chef des armées napoléoniennes, en 1843 à l'hôpital du Dey à Alger a montré que le niveau de connaissances des deux écoles était similaire. (Armand A., *l'Algérie médicale*, Masson Ed, Paris, 1854)

A travers quelques exemples pris dans les connaissances médicales de base enseignées ou exercées par les médecins européens de l'époque, il est aisé de se rendre compte du niveau de la médecine européenne de cette époque.

Le goitre paraissait assez peu fréquent en Algérie, cette rareté apparente avait retenu l'attention du Dr. Bertherand, qui ne s'empêche pas de la commenter avec une petite note de racisme : « Une remarque généralement faite, et avec plus de raison peut-être, c'est la rareté du

goitre chez les peuples d'origine sémitique. Cette immunité tiendrait-elle aux pratiques religieuses d'hygiène ? On observe assez fréquemment le goitre chez les juifs des villes mauresques ; la constitution de ce peuple est, du reste, profondément entachée de lymphatisme et de scrofule. » (Bertherand L. E., Hygiène et médecins des Arabes, p. 409) Le même Bertherand, explique cette rareté par une cause vestimentaire : « les Arabes, notamment au cou ; l'absence de toute compression dans le costume indigène en est sans doute l'explication la plus rationnelle. » (Bertherand L. E., Op. cité, p. 409) Cet auteur avait pourtant cité le Dr. Finot qui pensait de façon plus rationnelle que la survenue du goitre était favorisée par l'environnement : « Plusieurs cas, chez les femmes des douairs de l'Atlas, ont été également cités par ce même médecin, qui rattache l'affection à des causes purement locales, l'habitation des vallées, la disposition des cours d'eau, la qualité des eaux, etc. » (Bertherand L. E., Op. cité, p. 410) M. Le docteur Guyon (Guyon, Mém. de med et de chir. militaires, t. 48) avait signalé la présence du goitre dans le Sahara (dans le Zab, à Ouergla, à Metlili, etc.), puis il a émis l'opinion que les causes de cette maladie sont, « non pas une température habituellement basse, l'humidité atmosphérique, la crudité des eaux, etc., mais bien uniquement le court séjour du soleil dans certaines contrées, les vallées par exemple. » (Académie des Sciences, séance du 20 octobre 1845) Le baron de Larrey, médecin chef des armées napoléoniennes, avait avancé une explication que déjà Bertherand n'avait pas vérifiée sur le terrain : « L'illustre Larrey avait remarqué que l'habitude de porter sur la tête de lourds fardeaux dès la plus tendre enfance, dans les Pyrénées et les Alpes, pourrait bien disposer au goitre. Dès le jeune âge, les femmes des douairs, des decheras, des oasis, ont la coutume d'aller aux sources voisines chercher de l'eau dans de grandes cruches et de rapporter ces dernières appuyées sur la voûte crânienne ; jamais nous n'avons observé l'augmentation du volume du cou chez elles. » (Bertherand L. E., Op. cité, p. 414) Une étude publiée en 1867 fait d'ailleurs la synthèse des connaissances de l'époque, lesquelles appartiennent au musée de l'histoire : « Le goitre est une maladie endémique par excellence, il se rencontre à toutes les altitudes. Aucun genre d'alimentation ne produit le goitre endémique. L'eau potable est le véhicule de la substance goitrigène. Le manque d'iode n'est pas la

cause du goitre endémique. » (St.-Lager J., Etude sur les causes du crétinisme et du goitre endémique, Baillière et fils Ed., Paris 1867)

Pour Bertherand, futur directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, les scrofules sont liées à la promiscuité et à la mauvaise hygiène. Pour appuyer son explication, il en exagère même la fréquence : « On observe les scrofules dans la population arabe, mais à un degré de fréquence bien moindre qu'on ne l'a cru de prime-abord. Cette hideuse maladie se rencontre surtout chez les Maures, habitants des villes, dont les rues étroites et sombres, les demeures humides, malpropres, obscures, entassées les unes contre les autres, laissent tant à désirer sous le rapport de l'hygiène publique. Ainsi à Alger les conjonctivites scrofuleuses, les abcès scrofuleux se voient presque à chaque pas. » (Bertherand R. L., Op. cité, p. 412)

Les médecins militaires ont été impressionnés par les quelques cas d'éléphantiasis observés çà et là. La plupart en parle dans les rapports en l'associant à la syphilis : « L'étiologie de cette affection laisse beaucoup à désirer. Il est à remarquer qu'ici, elle a été observée chez les habitants des villes, des vallées et des montagnes. L'humidité, condition la plus vaillante de ces diverses circonstances, ne serait peut-être pas moins étrangère à son apparition que la syphilis. En effet, un des malades de M. Mestre avait eu une vérole avant d'être atteint d'éléphantiasis, et l'Indigène, signalé par M. Dufay, accusait des douleurs ostéocopes, articulaires, antérieures à la présence de la tumeur. » (Bertherand L. E., Op. cité, p. 422) Pour le Dr. Guyon, l'éléphantiasis est lié à l'humidité : « remarquant que les Arabes sont complètement exempts de la lèpre et de l'éléphantiasis, tandis que ces maladies semblent très communes chez les Kabyles ou les habitants des montagnes, attribue cette différence à ce que les premiers passant leur existence sous la tente, se trouvent constamment exposés à la lumière et à l'air, et les seconds ayant des demeures fixes, plus ou moins creusées dans le sol, vivent dans une atmosphère humide, altérée par toutes sortes d'émanations végétales et animales. Il a vu une famille Arabe complètement à l'abri de ces affections, comme c'est la règle dans sa tribu, présenter un cas d'éléphantiasis scrotal dès qu'abandonnant la vie nomade elle se fixa dans des habitations construites de boue, de pierres et de branchages. » (Mémoires de médecine et de chirurgie, 1851) L'éléphantiasis est à la fois héréditaire et contagieux pour un autre

auteur : « Cette terrible maladie, qui se développe souvent dans les climats sujets à de soudaines variations de la température, tels que dans nos colonies d'Amérique et dans les régions et les contrées où règnent tout ensemble une chaleur brûlante et une grande humidité ; ce mal, c'est l'éléphantiasis, ainsi nommé parce que les membres deviennent monstrueux, parce que la peau devient calleuse comme les membres et la peau de l'éléphant. Malheur à qui en est attaqué ! Chacun se détourne avec horreur, chacun évite le contact du malheureux, car ce mal épouvantable est regardé comme contagieux. C'est surtout parmi les classes infimes des noirs, esclaves ou libres, qu'il se manifeste trop souvent ; il s'y transmet de génération en génération ; mais la race blanche en est rarement atteinte. » (Berteuil A., *L'Algérie française*, t. 1, Dentu Ed., Paris, 1856)

Les Français ont longtemps hésité à croire qu'il y avait de la rage en Algérie. L'instruction médicale pour la Commission scientifique de l'Algérie (lue le 26 mars 1838) contenait cette question : « Est-il vrai que la rage chez les chiens soit très rare dans les pays chauds, particulièrement chez les Musulmans ? » (Bertherand L. E., *Op. cité*, p. 488)

Les maladies observées en Algérie ont donné lieu à de nombreuses interprétations souvent irrationnelles :

« Le baras (vétiligo) des Algériens serait un albinisme partiel, congénial ou accidentel. » (Bertherand, *Op. cité*, p. 425) Pour Berteuil, la survenue d'un choc explique l'apparition de l'albinisme : « Ces deux genres d'albinisme diffèrent de l'albinisme complet en ce qu'ils sont très-souvent produits d'une manière tout à fait accidentelle ; car c'est un fait bien démontré que la décoloration plus ou moins complète des cheveux ou de la peau peut être l'effet presque instantané d'une émotion violente, d'une frayeur subite et prolongée, d'une douleur vive. » (Berteuil A., *L'Algérie française*, t. 1, Dentu Ed., Paris, 1856)

« La dysenterie est principalement liée à l'abus de fruits peu mûrs, à la consommation d'eaux saumâtres, aux fréquentes variations de température et chaleurs intenses, telles sont les principales causes de la dysenterie » (Bertherand L. E., *Op. cité*, p. 529) ;

« L'abus de plaisirs vénériens donne des calculs » (Bertherand L. E., *Op. cité*, p. 536)

«L'influence du soleil sur les yeux et les têtes rasées des Algériens, jointe à la fraîcheur des nuits d'été, pendant lesquelles un grand nombre couche dehors, détermine beaucoup d'ophtalmies. Cette maladie étant négligée dégénère en cécité; on voit souvent des enfants de dix à douze ans qui ont déjà perdu la vue.» (De Fontaine de Resbecq, *Alger et les cotes d'Afrique*, Gaume frères Ed., Paris, 1832)

«Les fatigues, chez les indigènes, que les nécessités du commerce obligent à parcourir de grandes distances, la difficulté de trouver des stations de repos durant les voyages, la constipation assez habituelle; les changements brusques de température, déterminent facilement les hépatites aiguës ou chroniques, les abcès du foie....» (Bertherand L. E., *Op. cité*, p. 532)

Des mesures préventives contre les épidémies, peu appliquées :

Les auteurs français de l'époque ont, par ailleurs, fortement critiqué les Ottomans pour leur laxisme dans l'application de la quarantaine et les ont rendus responsables des épouvantables épidémies de peste qui ont fait des milliers de morts. Il est établi aujourd'hui que les autorités coloniales ont été elles mêmes responsables d'une importation massive et répétée du choléra et du typhus comme elles ont participé à la réactivation et à la diffusion de la tuberculose et de la syphilis. (Khiati M., *Histoire des épidémies et des famines en Algérie*, Anep Ed, Alger 2011, sous presse)

Ainsi, le choléra, est entré en Algérie pour la première fois le 26 septembre 1834 à Mers El Kébir. Il avait été importé d'Espagne par des immigrants, depuis Carthagène et Gibraltar. Toute l'Europe était alors traversée par une pandémie depuis 1830. L'autorité coloniale d'Oran a fait preuve d'un laxisme aux conséquences tragiques : «Le navire [incriminé aurait été] renvoyé une première fois; il s'est dirigé vers Mahon puis est revenu à Mers El Kébir où 87 cas maladie ont été enregistrés et 37 décès. L'épidémie s'est déclarée dans ces deux villes après son accostage.» (Archives du musée du Val de Grace, lettre manuscrite du 18 octobre 1834, signée F. Broussais, carton 71, dossier 65) Les premiers cas ont été admis à l'hôpital militaire dans les 48 heures qui ont suivi l'arrivée du bateau. L'épidémie s'est rapidement répandue dans la garnison, puis dans la population civile, on a

dénombré 1.037 victimes dont 525 décès. En l'absence de cordon sanitaire, les fuyards ont répandu l'infection à l'intérieur du pays. De proche en proche, les agglomérations sont touchées : Tlemcen, Mostaganem, Mascara, Miliana, Médéa... Les dégâts humains sont partout effroyables, la ville de Mascara, par exemple, a enregistré durant le seul mois d'octobre de la même année : 1 457 décès sur environ 10 000 habitants qu'elle comptait. Malgré cette gravité extrême, des scénarios pratiquement similaires vont se répéter et se succéder en 1835, 1837, 1839, 1846, 1849, 1855, 1859, 1865, 1866, 1884 et 1893 avec des bateaux ramenant des malades, les débarquant sur la terre d'Algérie, réactivant à chaque fois une épidémie qui venait de s'estomper. Les épidémies étaient en outre répandues à l'intérieur du pays à la faveur du déplacement des colonnes militaires. La facilité avec laquelle le choléra se répandait, outre l'absence de mesures de quarantaine, de cordon sanitaire et d'isolement des malades, était certainement liée à l'absence de mesures élémentaires d'hygiène et de propreté. Ceci n'est pas étonnant, car les médecins français de l'époque n'avaient pas de connaissances précises sur les infections, ils croyaient à la faveur de la théorie des humeurs que le choléra se transmettait par le mauvais air. Aussi, ils n'hésitaient pas à le faire combattre en faisant tonner le canon : «Le 18 Août, la mortalité a été encore plus forte que les autres jours. Le 19, la désolation était dans tous les esprits ; les boutiques étaient fermées... On a cherché à repousser l'élément cholérique que l'on supposait disséminé dans l'air et qui planait sur toutes les têtes. Pour cela, l'armée a été appelée à la rescousse, on a fait tirer le canon à plusieurs reprises, on alluma de grands feux de bois résineux sur les places publiques dans les rues et sur les terrasses ». (Audouard ; Histoire de choléra morbus qui a régné dans l'armée française au Nord de l'Afrique en 1834 et en 1835).

La colonisation de l'Algérie a tenté de faire remplacer les éléments autochtones par des français ou à défaut des européens. Les appels à des volontaires n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, la terre algérienne a été utilisée comme une terre de déportation alors qu'au même moment les Algériens étaient envoyés sur l'île de sainte Marguerite puis en Nouvelle Calédonie et ailleurs. Ainsi, l'Algérie a reçu des émigrants de tout bord, des populations carcérales, des personnes de 'l'opposition', des populations suspectes d'agitation...

Le pou de corps, porteur de rickettsies, agent du typhus historique, est alors arrivé, par vagues et en nombres considérables, porté par ces populations faméliques, dans un nouveau territoire créant de nombreux foyers endémiques. Les épidémies qui ont fait tant de victimes n'ont pas tardé à éclater, puis à réapparaître de nouveau chaque fois que des conditions favorables étaient réunies : famine, malpropreté... L'acmé a été probablement atteinte lors de la seconde guerre mondiale avec la grande épidémie de typhus qui a inspiré le film de Lakhdar Hamina 'les années de braise'. Malgré la découverte de l'agent responsable de la maladie, quelques années avant, les médecins de la colonisation prescrivaient pour prévenir le typhus 'une certaine agitation du corps' comme lors de l'épidémie qui s'est déclarée à El Affroun entre 1927 et 1929 : « ... Le typhus succédant à une dévastatrice invasion de criquets se déclara. Détail tragique de cette sinistre époque : certains médecins à bout de sciences et de remèdes en vinrent à prescrire "d'intensives danses" "supposées" mettre le sang en mouvement. Chaque nuit donc les survivants, en deuil d'êtres chers, harassés après d'éprouvantes journées et entre deux mises en terre, se dépensaient en polkas, valse et autres quadrilles, au son grinçant d'un violon de bastingue... » (doc. Aversing d'El Affroun, Algérie)

La syphilis a été réactivée à travers les nouveaux réservoirs ramenés en Algérie pour entretenir le moral des soldats mais également à travers les multitudes de centres de dépravation mis en place par les autorités militaires françaises au niveau des garnisons tels les fameux BMC.

La tuberculose était pratiquement inconnue en Algérie à la veille de l'occupation, elle a été propagée par la main d'œuvre algérienne appelée à soutenir l'effort industriel français, notamment au cours de la grande guerre. Placée dans un état d'insalubrité, de promiscuité et de carence alimentaire tels, qu'elle a contracté le bacille de Koch puis est revenue dans le pays pour mourir essaimant à tout va le bacille meurtrier.

Le bilan des épidémies survenues pendant l'occupation française est très lourd, celles-ci ont, en effet, fait autant de morts que la guerre de libération nationale soit un million et demi de personnes. En plus, ce chiffre ne prend pas en considération les victimes, le plus souvent

très jeunes, d'autres épidémies telles la variole, la rougeole, la scarlatine, la dysenterie, la typhoïde!

Les famines observées en Algérie durant l'occupation française ont, par leur envergure et le nombre de victimes occasionnées, été les plus meurtrières de l'histoire d'Algérie. La responsabilité de l'occupant dans les famines de 1838, de 1847, de la grande famine 1866-1868, de 1891-1892 et de 1921-1922 est liée à la déstructuration de la société autochtone, à la dépossession des terres, à la confiscation des terres pastorales, à l'altération des pratiques sociales qui **permettaient traditionnellement** à la population de faire face aux calamités (dispersion des populations, constitution de silos de réserve [mtamers], développement de l'élevage, prêts sans intérêt [mouaouana], etc.). Ces famines ont également été responsables au minimum d'un million et demi de victimes. La grande famine de 1866-1868 a tué, à elle seule, plus de 800 000 personnes.

La médecine européenne n'était pas forcément supérieure à la médecine traditionnelle :

Comme on peut le voir à travers ces quelques exemples, la puissance de la force coloniale était plus liée à son imposante machine de guerre favorisée par la division des Algériens qu'à une maîtrise des sciences et des technologies. Le nombre impressionnant d'hôpitaux militaires mis en place au fur et à mesure des avancées des troupes d'occupation a du procurer aux soldats plus de soutien psychologique qu'une réelle prise en charge de leurs maux.

Pour certains auteurs, la pratique de la médecine traditionnelle **est même supérieure dans son efficacité par rapport à la chirurgie** interventionnelle des médecins français, tout au moins durant une bonne partie du XIXe siècle. Ainsi à propos des amputations, Bertherand L. E. écrit dans son livre 'Hygiène et médecins des Arabes' : «En résumé, tout en faisant la part du climat, de l'isolement des blessés, de l'absence de complications consécutives des plaies, etc., il faut avouer avec franchise que la pratique des tébibs indigènes, pour ce qui regarde les blessures d'armes à feu, est sous beaucoup de rapports plus rationnelle, que la nôtre ; et quant aux amputations, il serait à désirer que les chirurgiens de nos grands hôpitaux suivissent la sage réserve des tébib arabes... Dans un travail statistique publié en

1842 (Archives générales de médecine, année 1842) M. Malgaigne a prouvé d'une manière incontestable, que sur un grand nombre d'amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, quelques unes seulement étaient suivies d'un heureux résultat. Ce mémoire est remarquable sous le rapport de l'exactitude avec laquelle l'auteur a indiqué l'influence comparative de l'âge, du sexe, des saisons, des localités et des conditions de l'opérateur et de l'opéré, sur la mortalité après les amputations. Plus d'une amputation n'est point arrivée à la cicatrisation complète ; plus d'un malade sorti prématurément est rentré plus tard dans le même hôpital ou dans un autre, pour y subir de nouvelles opérations et souvent y mourir. Je ne devais pas omettre ce dernier trait de ce lugubre tableau ; il fallait dévoiler en entier cette plaie profonde, et non soupçonnée de notre chirurgie ; maintenant les maîtres sont avertis et mis en demeure d'y pourvoir. » (Bertherand L. E., Médecine et hygiène des Arabes, pp. 324-26)

La colonisation a mis en place un système de santé et de formation hybride :

Le système de santé colonial a d'ailleurs eu un développement hybride. Il est resté très longtemps orienté vers les besoins exclusifs de l'armée d'occupation. Il y a eu un surdimensionnement de ses capacités d'accueil dont une partie a fini par être cédée aux civils en 1932. Dès que les colons sont devenus une force politique, ils ont orientés les investissements de santé vers leurs besoins propres. Ils ont créé un système de soins parallèle à celui des militaires et ont fini par le concurrencer. Dans tout cela, les populations autochtones marginalisées de la décision politique sont restées suspendues à des décisions charitables telles les infirmeries indigènes, les infirmières visiteuses, les bouyout el aïnin... Les colons ne voulaient pas de leur promiscuité, ni dans l'habitat, ni à l'école, ni à l'hôpital. Il s'est trouvé même des théoriciens médecins pour légitimer scientifiquement cet apartheid. Seules quelques poignées de privilégiés parmi les habitants profitaient de l'un de ces deux systèmes du fait de leur fonction ou de leur soumission. La grande majorité de la population accédait difficilement aux soins. Pour satisfaire cette demande, des médecins traditionnels sont restés disponibles durant toute l'occupation coloniale (malgré leur interdiction) et même au-delà de l'indépendance.

Ces populations sont, ainsi, restées des proies facilement accessibles à la malnutrition, aux maladies dont certaines étaient devenues évitables, aux épidémies... L'une des graves contradictions de ce système était d'ignorer les 9/10^e de la population et de se consacrer à la satisfaction des demandes du 1/10^e restant. Ainsi, les vaccins produits en Algérie par l'Institut Pasteur servaient plus à protéger les Européens résidant en Algérie ou étaient destinés aux armées alliées. Les populations algériennes ont donc été confrontées depuis l'occupation française à la face abjecte du colonialisme. Pour elles, la civilisation, tant vantée, n'a profité qu'aux colons.

Les mêmes disparités ont caractérisé le système de formation. La formation médicale en est un exemple frappant. De 1830 à 1909, date d'ouverture de la faculté de médecine d'Alger, onze docteurs en médecine algériens ont été formés dans les universités françaises. En 1959, il y avait en Algérie 1 954 médecins civils dont moins de 200 algériens soit un pour dix. Ce dixième de la corporation médicale devait répondre à la demande en soins des 9/10^e de la population totale ! Il y avait en même temps 710 pharmaciens dont seulement 60 musulmans, c'est-à-dire un pour douze... (Héduy P., Soustelle J., Jouhaud Ed. et Ordioni P., Algérie française, 1942-1962 Edité en , 110 .p ,1980)

Ainsi, le colonialisme a non seulement soumis l'autre, il ne l'a également pas accepté. Faute de le vouer à la même fin que les "Peaux rouges" d'Amérique, il l'a tantôt massacré, tantôt cantonné puis a fini par l'ignorer. Il a édifié un espace à lui, qui n'avait rien à envier à l'Europe. Cet espace est resté fermé pour la grande masse des autochtones, maintenue dans sa précarité et exploitée comme réservoir de main d'œuvre. Ce clivage institutionnalisé n'a pas permis, en fin de compte, à la population autochtone d'accéder aux bienfaits de la civilisation.



Mostéfa Khiati, professeur de pédiatrie et acteur social connu est un passionné de l'histoire de la médecine. Après un livre général sur l'histoire de la médecine en Algérie paru en 2000, il étudie en détail les œuvres des médecins à différentes époques : médiévale, ottomane et pendant l'occupation française, qu'il livre sous forme d'études séparées. Il traite également de l'histoire des blouses blanches durant la guerre de libération. Il a par ailleurs présenté un travail sur l'histoire des épidémies de des famines. Il comble ainsi un grand vide de notre histoire, celle des maladies, des souffrances, des soins et des médecins.

« L'état sanitaire du pays est décrit à travers ses traditions, sa pharmacopée, ses techniques chirurgicales souvent supérieures et reconnues comme telles, y compris la neurochirurgie développée notamment dans les Aurès, et ce, avec un luxe de détails qui rend leur lecture passionnante. De même la pathologie et la thérapeutique des différentes spécialités médicales.

« Le Professeur Khiati décortique l'état de la médecine durant la colonisation, le système de santé colonial avec ses médecins, l'histoire des premiers hôpitaux installés dans les mosquées, le système de santé et de gestion de l'Etat par l'Emir Abdelkader, l'enseignement de la médecine, conçu lui aussi au départ de la conquête, comme par la suite, en fonction de la progression de l'implantation d'un peuplement européen dans le reste du pays. L'effort indéniable fait par la colonisation pour développer l'enseignement en général et l'enseignement médical en particulier inspire au Professeur Khiati l'introduction suivante : « l'enseignement supérieur devait être préparé par une formation primaire et secondaire. L'objectif avoué de cette formation était « une conquête morale » laquelle consiste en une intégration des Algériens dans la civilisation des vainqueurs, autrement dit, conquérir ce que la force n'a pu réaliser : leur esprit ».

Dr Chawki Mostéfaï

ISBN : 978-9961-52-583-8



05 شارع مسعودي محمد - القبة القديمة - الجزائر

هـ : 021.68.86.49 هـ/ف : 021.68.86.48