



HAL
open science

Préserver la santé des masses. Expertises médicales et naissance de l'armée impériale japonaise, 1853-1894

Ken Daimaru

► To cite this version:

Ken Daimaru. Préserver la santé des masses. Expertises médicales et naissance de l'armée impériale japonaise, 1853-1894. Histoire, médecine et santé, 2020, 15, pp.67-85. hal-02948718

HAL Id: hal-02948718

<https://hal.science/hal-02948718>

Submitted on 25 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Préserver la santé des masses

Expertises médicales et naissance de l'armée impériale japonaise, 1853-1894

Ken Daimaru

Université de Paris, Centre de recherche sur les civilisations de l'Asie orientale (CRCAO, UMR 8155)

Au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle au Japon, les médecins, plongés dans le contexte culturel et politique d'ingérence occidentale et de guerre civile, mais aussi dans la généralisation de la conscription à partir de 1873, se voient assigner un nouveau rôle : la préservation de la santé des masses de soldats. Parallèlement à cette reconnaissance du métier, l'armée japonaise intègre un nombre croissant d'auxiliaires de santé, d'infirmières, mais aussi d'associations philanthropiques dans sa stratégie de développement. La réflexion menée sur la professionnalisation du service de santé militaire permet de mettre en lumière la coconstruction de l'expertise médicale et de l'État japonais comme les facettes d'un même effort de mobilisation et de structuration du corps social.

Mots-clés : professionnalisation, santé militaire, genre, traduction et circulation des savoirs, Japon moderne, association philanthropique

This article examines the institutionalization process of military hygiene expertise in Japan during the second half of the nineteenth century. It presents the principles, actors, institutional mechanisms and reforms that have contributed to the establishment of a modern health service. Immersed as they were in a cultural and political context of Western interference and civil wars, but also in the context of the generalization of conscription since 1873, doctors were assigned a new role: the preservation of the masses of soldiers' health. Along with this recognition of the profession, the Japanese army has integrated a growing number of sanitary auxiliaries, nurses and philanthropic associations as part of its development strategy. The analysis of the professionalization process of the military health service highlights the co-construction of medical expertise and of the modern state system as two facets of the same effort to mobilize and restructure the social body.

Keywords: professionalization, military health, gender, translation and circulation of knowledge, Modern Japan, philanthropic association

En 1872, le gouvernement japonais envoie un médecin de 34 ans, Nagayo Sensai (1838-1902), en tant qu'observateur médical dans le cadre d'une mission diplomatique aux États-Unis et en Europe¹. Il rapporte de son périple l'idée que la santé publique est devenue une composante essentielle de la gouvernance de l'État :

J'ai à plusieurs reprises entendu les mots « sanitari » (*sanitary*) et « herusu » (*health*) au cours de mes visites aux États-Unis et en Grande Bretagne ; de même que le terme « gezuntohaitsupurège » (*Gesundheitspflege*) à Berlin. Au départ, je m'en suis tenu, de manière superficielle, au sens littéral de ces derniers, mais j'ai fini par me rendre compte, à l'aune de l'avancée de mes recherches, qu'ils ne recouvraient pas simplement le sens strict de protection individuelle de la santé. Alors que mes doutes grandissaient, j'ai finalement compris, à force de creuser, qu'il s'agissait d'une organisation administrative spéciale dédiée à la préservation de la santé du corps collectif de la nation².

Dès son retour à Tokyo, il s'efforce de trouver un moyen de traduire ce qu'il a vu à l'étranger. Sous le nom d'*hygiène*, *health*, *gezondheidsleer* ou *öffentliche Hygiene*, les sociétés européennes et nord-américaines soutiennent un réseau d'ingénierie, d'éducation, d'administration publique et de laboratoires qui relie la santé de l'individu à celle des populations³. Sur la base de cette interprétation, Nagayo traduit le mot *hygiène* par le mot japonais *eisei* lorsqu'il rédige en 1874 le premier décret japonais relatif au système médical de l'ère Meiji (1868-1912). *Eisei* était un terme d'origine chinoise dont le caractère *ei* signifiait « défendre » ou « patrouiller » et *sei* « vie ». Nagayo revient à ce sens original pour créer un mot visant à désigner un ensemble de politiques de santé publique sous le contrôle des autorités compétentes⁴. Dans cette perspective, l'armée, en plein essor durant cette période, fait fonction de « laboratoire » en tant que sous-ensemble spécifique de la population générale.

1 | Cet article est tiré du premier chapitre de ma thèse de doctorat soutenue à l'Université Paris-Nanterre en 2017 sous la direction d'Annette Becker et de Naoko Shimazu et la codirection d'Emmanuel Lozerand : « Préserver la santé des armées dans le Japon moderne : la médecine militaire face à la guerre russo-japonaise ». Je remercie Sophie Buhnik, Anne Carol, Edouard L'Hérisson et Anne Rasmussen ainsi que les trois évaluateurs anonymes pour leurs commentaires des versions antérieures de ce texte. Les noms japonais cités dans le corps du texte sont présentés selon l'ordre japonais, qui place le patronyme avant le prénom.

2 | Teizō Ogawa et Shizu Sakai (dir.), *Matsumoto Jun Jiden – Nagayo Sensai Jiden* [Autobiographie de Matsumoto Jun, Autobiographie de Nagayo Sensai], Tokyo, Heibonsha, 1980, p. 133.

3 | Dorothy Porter (dir.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Rodopi, 1994 ; Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001.

4 | Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity. Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*, Berkeley, University of California Press, 2005, notamment chap. 5 ; Rie Hōgetsu, *Kindai nihon ni okeru eiseino tenkai to juyō* [Développement et réception de la notion d'hygiène dans le Japon moderne], Tokyo, Tōshindō, 2010 ; Mieko Macé, *Médecins et médecine dans l'histoire du Japon*, Paris, Les Belles Lettres, 2013.

Cet exemple japonais illustre l'émergence au XIX^e siècle d'une préoccupation pour la santé des populations dont la gestion militaire, en tant qu'objet de recherche, a récemment retenu l'attention des historiens⁵. Le développement des armées nationales et la généralisation progressive de la conscription conduisent les médecins et les militaires à nouer des liens nouveaux durant cette période. Accompagnant la professionnalisation d'un service médical propre au sein des institutions militaires, un ensemble de savoirs sur les pathologies des soldats, en temps de paix comme en contexte de guerre, est promu au statut de « science »⁶. La reconnaissance des services de santé des armées a été parallèle à l'essor de la santé publique dans les institutions étatiques. Ce phénomène est dû en particulier à la forte concentration des grandes masses d'hommes dans les territoires occupés par les armées. Avec l'expansion des grandes puissances, le modèle de gestion sanitaire des corps à l'origine de l'hygiène publique a été confronté aux problèmes de son application dans des sociétés différentes de celles où il avait été conçu et mis au point. Ainsi, les principaux spécialistes de la « médecine tropicale » appartenaient en fait à l'armée ou à la marine, britannique, française ou japonaise⁷.

Cette élaboration des savoirs médicaux et des dispositifs institutionnels s'est développée en divers endroits dans le monde depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, empruntant différentes trajectoires historiques ; elle est en outre loin d'être monolithique⁸. Au Japon, les facteurs politiques ont joué un rôle de catalyseur dans ce processus. Dans le contexte réformateur de l'après-1868⁹, l'expérimentation de la santé des populations avait pour objectif à la fois d'ins-tituer un nouvel appareil de l'ordre social, mais aussi de mettre le pays sur un

5 | Pour une synthèse historiographique récente, voir Jean-François Chanut, Claire Fredj et Anne Rasmussen, « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le Mouvement social*, 257, 2016, p. 3-19. Sur les reformulations des champs médicaux en contexte colonial, voir Roberto Zaugg, « Guerre, maladie, empire. Les services de santé militaires en situation coloniale pendant le long XIX^e siècle », *Histoire, médecine et santé*, 10, 2016, p. 9-16.

6 | Roger Cooter, Mark Harrison et Steve Sturdy (dir.), *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1999.

7 | Philip D. Curtin, *Disease and empire. The Health of European troops in the conquest of Africa*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998 ; Laurence Monnaie-Rousselot, *Médecine et colonisation, l'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris, CNRS Édition, 1999 ; Wataru Iijima, *Mararia to teikoku – Shokuminchi igaku to higashi ajia no kôiki chitsujo* [Malaria et Empire. Médecine coloniale et ordre régional en Asie orientale], Tokyo, Tôkyô daigaku shuppan-kai, 2005 ; Claire Fredj, « Du local au global. Les médecins militaires français, l'Algérie et les "maladies des pays chauds" », *Gesnerus*, 72, 2015, p. 250-268.

8 | Hormoz Ebrahimnejad (dir.), *The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries: Historical Perspectives*, Londres, Routledge, 2009.

9 | Pierre François Souyri, *Moderne sans être occidentale : aux origines du Japon d'aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2016. Voir également le numéro spécial « Japon : comment les samourais sont devenus des savants » des *Cahiers de Science et Vie, Révolutions scientifiques* (hors série n° 41, octobre 1997).

ped d'égalité avec les puissances européennes. L'État japonais de l'ère Meiji, comme l'a montré Bernard Thomann, s'inscrit dans la tendance mondiale des pays industrialisés où les experts se sont intégrés à un grand nombre de réseaux de professionnels qui créent des socles communs de connaissances spécialisées sur un large éventail de questions relatives à la gouvernance¹⁰. Bien que ce phénomène s'insère dans un schéma connu renvoyant à un Japon soucieux « d'apprendre de et de s'adapter à » l'Occident, il est important ici de souligner que les médecins des armées japonaises ont participé activement au circuit international des experts¹¹.

Nous voudrions pour notre part revenir sur l'émergence et le développement de l'expertise de santé militaire dans le Japon de la seconde moitié du XIX^e siècle, nous inscrivant ainsi dans le prolongement de l'histoire de la « santé des grands nombres », pour reprendre la formule utilisée par Anne Rasmussen dans son analyse du poids des hygiénistes militaires en France¹². Cette lecture permettra non seulement de donner un sens à des acteurs donnés jusqu'alors comme marginaux, mais aussi d'ouvrir la voie à une analyse pluriscalaire et à une éventuelle possibilité de comparaison. Il s'agit de mieux saisir les enjeux liés à la santé des soldats. Cette dernière est marquée par la circulation de modèles, de débats, mais aussi par des apprentissages croisés (moderne/non moderne, occidental/non occidental, militaire/civil). L'institutionnalisation de la gestion sanitaire du corps des soldats durant les premières décennies de l'existence de l'armée impériale japonaise illustre cette dynamique. De la mise en place d'une expertise sanitaire militaire dans des années 1850, jusqu'aux réformes mises en œuvre entre la création de l'armée nipponne dans les années 1870 et la veille du déclenchement de la guerre sino-japonaise en 1894, des médecins tentent, non sans tâtonnements et oscillations, d'appliquer de nouvelles formes d'expertises à la santé des populations militaires. Au cours de cette période, on voit émerger l'élaboration concomitante de la médecine militaire « moderne » et de l'État japonais, qui apparaissent telles les deux facettes d'un même effort de mobilisation et de structuration du corps social.

10 | Bernard Thomann, *La naissance de l'État social japonais. Biopolitique, travail et citoyenneté dans le Japon impérial (1868-1945)*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

11 | Voir Ken Daimaru, « Entre blessures de guerre et guerre des blessures : la "balle humanitaire" en débat en Europe et au Japon, 1890-1905 », *Le Mouvement social*, 257, 2016, p. 93-108.

12 | Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement social*, 257, 2016, p. 71-91.

La naissance d'une nouvelle élite japonaise, 1853-1867

En 1854, paraît à Edo¹³ un opuscule de 29 pages intitulé *Jûsô sâgen* (*Aperçu sur la plaie par balle*). Ce volume composite, traduction d'extraits d'ouvrages hollandais de médecine¹⁴, a été réalisé à la demande du magistrat shôgunal Egawa Hidetatsu (1801-1855). Egawa était chargé de surveiller la défense côtière dans la baie d'Edo où, un an plus tôt, l'équipage de quatre grands navires de guerre dirigé par le commodore américain Matthew Perry (1794-1858), baptisé les *Kurofune* (les « Bateaux noirs »), était arrivé pour négocier l'établissement des relations commerciales¹⁵. Egawa désigne Ôtsuki Shunsai (1806-1862), médecin occidentaliste renommé, comme responsable de la compilation. L'étude de la blessure de guerre est désormais un enjeu politique majeur. Dans l'introduction de l'ouvrage, Egawa relate que le recueil a pour principale finalité de répondre à des « questions militaires d'actualité urgente » et de « stimuler la nouvelle recherche »¹⁶. Or, dans ces années 1849-1859, le shôgunat des Tokugawa est peu favorable à la traduction des ouvrages de médecine occidentale¹⁷. Ainsi, en 1849, l'Igakukan (Institut de médecine), organe shôgunal de l'enseignement et la recherche médicale, avait acquis le contrôle de toutes les publications médicales, en interdisant le recrutement des médecins occidentalistes dans la fonction publique. De fait, Egawa a demandé au shôgunat d'autoriser exceptionnellement l'impression de ce travail de commande fondé exclusivement sur les ouvrages hollandais sans passer par la permission de l'Igakukan.

Le hollandais représente pour les médecins japonais le principal outil scientifique moderne dans le contexte d'isolement partiel du pays sous les Tokugawa (1603-1867)¹⁸. À partir de la seconde moitié du XVIII^e siècle, plusieurs groupes de

13 | Edo est rebaptisé Tokyo en 1868.

14 | Les originaux à partir desquels Ôtsuki réalise ses traductions sont respectivement : Maximilian Joseph Chelius, *Handbuch der Chirurgie zum Gebrauche bei seinen Vorlesungen*, 2 vol., Heidelberg, Neue Akademische Buchhandlung von Karl Groos, 1822-1823 et Georg Friedrich Most, *Encyclopädie der gesammten medicinischen und chirurgischen Praxis, mit Einschluss der Geburtshülfe und der Augenheilkunde*, Leipzig, F. A. Brockhaus, 1836.

15 | L'affaire des « Bateaux noirs » n'était qu'un incident parmi une longue série de manifestations qui se sont répétées dans la première moitié du XIX^e siècle, à mesure que les influences occidentales empiétaient sur les frontières maritimes japonaises. Sur les ingérences occidentales avant l'arrivée du commodore Perry, voir Andrew Rath, *The Crimean War in Imperial Context*, 1854-1856, New York, Palgrave Macmillan, 2015.

16 | Shunsai Ôtsuki (trad.), *Jûsô sâgen* [Aperçu sur la plaie par balle], 1854, Collection de la bibliothèque universitaire de Waseda, Bunko 08 Co159, p. 1-2.

17 | Masayoshi Sugimoto et David L. Swain, *Science and culture in traditional Japan: a.d. 600-1854*, Cambridge, MIT Press, 1978, p. 376-377.

18 | De 1639 à 1854, la Hollande est le seul pays occidental autorisé à entretenir des relations d'ordre mercantile avec le Japon. C'est ainsi que les sciences occidentales ont été étudiées essentiellement dans des ouvrages en hollandais jusqu'aux années 1850. Voir Mieko Macé, « Le hollandais et une

spécialistes en médecine dite de « méthode hollandaise » (*ranpô*) se forment alors progressivement. *Jûsô sagen* d'Ôtsuki Shunsai est le premier ouvrage japonais imprimé à traiter des plaies par arme à feu, s'appuyant sur les théories de balistique élémentaires développées dans les armées européennes. Les démonstrations y sont rigoureuses et le médecin traducteur fait preuve d'une grande précision dans les descriptions ; cependant, au lieu de se borner à l'examen des traitements non invasifs, il étudie des techniques chirurgicales encore peu familières, en particulier l'extraction des corps étrangers, et l'amputation des membres. Ôtsuki ne se contente donc pas d'un rôle de médiateur de la médecine européenne. Soutenu par un réseau de praticiens des écoles de médecine privées, il fonde en 1858 une clinique de vaccination au cœur de la capitale, Edo. En peu de temps, elle se transforme en une institution publique financée par le shôgunat qui prend le nom de Seiyô igakusho (Institut de médecine occidentale) en 1862. À la suite de la parution de *Jûsô sagen*, d'autres médecins occidentalistes poursuivent la traduction de livres hollandais consacrés aux blessures par arme à feu. Par exemple, Satô Takanaka (1827-1882) publie en 1865 une traduction de *Ueber die Bei Schusswunden Vorkommenden Knochen-Verletzungen* du Prussien Louis Stromeyer (1804-1876)¹⁹, et, l'année suivante, Shimamura Teihô (1830-1881) fait paraître en japonais *A System of Surgery* de l'Américain Samuel David Gross (1805-1885)²⁰. Ces deux ouvrages ont été adaptés à partir de leur traduction hollandaise, mais la diversité des pays d'origine des auteurs montre que la médecine de « méthode hollandaise » embrassait en réalité une grande variété de connaissances et de pratiques implantées en Europe et en Amérique du Nord.

Les pouvoirs publics envisagent pour leur part le développement d'un centre indépendant pour l'apprentissage des études scientifiques et techniques. Établi en 1855, le Yôgakusho (Institut pour les études occidentales) est le premier organe officiel du shôgunat chargé de l'étude des livres occidentaux. À Nagasaki, un nouveau centre de formation navale est créé en 1855 ; il offre des enseignements sur la construction navale, les machines à vapeur, le tir, la physique fondamentale, la chimie et les mathématiques. En 1857, le médecin hollandais Johannes Lidius Catharinus Pompe van Meerdervoort (1829-1908), qui a séjourné à Nagasaki entre 1857 et 1862, y crée un programme auxiliaire pour l'enseignement médical,

nouvelle approche scientifique ou les *rangaku* (études hollandaises) et les médecins traducteurs japonais au XIX^e siècle, » *Histoire Epistémologie Langage*, 38/1, 2016, p. 83-102.

19 | Takanaka Satô, *Sutoromaieru Hôiron* [Plaies par arme à feu selon Stromeyer], Edo, Shimamura Yarisuke, 1865, traduction de l'ouvrage de Louis Stromeyer, *Ueber die bei Schusswunden vorkommenden Knochen-Verletzungen. Separat-Abdruck aus dem Handbuch der Chirurgie*, Freiburg, Herder, 1850.

20 | Teihô Shimamura, *Sôï shinsetsu* [Nouvelles interprétations des plaies], Edo, Suharaya Ihachi, 1866, traduction de l'ouvrage de Samuel David Gross, *A System of Surgery; Pathological, Diagnostic, Therapeutic and Operative*, Philadelphie, Blanchard and Lea, 1859.

puis fait construire, en 1861, un bâtiment de deux étages comprenant cent vingt-huit lits en tant qu'hôpital d'instruction²¹. L'hôpital constituait un concept inédit au Japon, où l'usage était de traiter les malades à leur domicile²². La création d'un établissement hospitalier visait donc à concevoir un programme de formation médicale et à construire des espaces cliniques au service à la fois des étudiants et de la communauté. Par ailleurs, le service de vaccination de la ville était sous la responsabilité du personnel hospitalier.

Ces écoles ont été les modèles des institutions médicales fondées dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Toute une génération de médecins japonais a été formée à Nagasaki auprès de médecins hollandais qui, pour la plupart, avaient acquis une formation initiale en médecine militaire et navale en Europe. Pompe van Meerdervoort, notamment, a étudié la médecine à l'École de médecine militaire d'Utrecht dans les années 1840. Son successeur, Antonio F. Bauduin (1822-1885), enseignait dans la même école avant d'être affecté au Japon ; quant à Constant George van Mansveldt (1832-1912), il avait une formation en médecine navale²³. En outre, le curriculum de l'enseignement médical à Nagasaki, qui comprenait des programmes réguliers de pathologie, d'anatomie, de physique, de chimie et de physiologie, a pris pour modèle celui de l'École de médecine militaire d'Utrecht, où Pompe van Meerdervoort s'était formé. Les médecins japonais passés par ces écoles, dont Matsumoto Ryôjun (1832-1907), sont les premiers à bénéficier de l'opportunité d'expérimenter des nouveaux dispositifs institutionnels et des formes d'intervention sanitaire. Matsumoto est né à Edo peu de temps avant que son père, Satô Taizen (1804-1872), ne décide d'aller étudier à Nagasaki. En 1849, à 17 ans, il est adopté par un ami proche de son père, médecin officiel du shôgunat, Matsumoto Ryôho (1806-1877). À 23 ans, il devient lui-même médecin officiel des Tokugawa. Il participe à la mise en place d'une école de médecine à Nagasaki en 1857 auprès de Pompe van Meerdervoort ainsi que de son hôpital en 1861. En 1863, après son retour à Edo, il est nommé directeur de l'Institut de médecine²⁴.

Les pouvoirs publics japonais envoient dès le début des années 1860 des jeunes médecins instruits en missions d'étude à l'étranger. Les membres de la première ambassade envoyée vers l'Europe sous le shôgunat Tokugawa, qui date

21 | Shizu Sakai, *Nihon no iryôshi* [Histoire de la pratique médicale au Japon], Tokyo, Tôkyô shoseki, 1982, p. 362.

22 | Susan Burns, « Contemplating Places: The Hospital as Modern Experience in Meiji Japan », dans Helen Hardacre et Adam L. Kern (dir.), *New Directions in the Study of Meiji Japan*, Leyde, Brill, 1997, p. 702-718.

23 | Wolfgang Michel, Yumiko Torii et Masato Kawashima (dir.), *Kyûshû no rangaku - ekkyô to kôryû* [Études néerlandaises à Kyûshû. Dépassement des frontières et échanges], Kyoto, Shibunkaku shuppan, 2009, p. 303-310.

24 | Teizô Ogawa et Shizu Sakai (dir.), *Matsumoto Jun Jiden*, op. cit.

de 1862, sont ainsi les premiers Japonais à avoir visité l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris (Val-de-Grâce)²⁵. La même année, Hayashi Kenkai (1844-1882) est affecté à l'hôpital naval de Nieuwe Diep afin de poursuivre ses études auprès de Pompe van Meerdervoort, qui avait repris ses fonctions depuis peu²⁶.

Les années 1860 témoignent donc de contacts de plus en plus diversifiés entre les médecins occidentaux et les praticiens japonais. Nagayo Sensai, qui allait devenir le directeur fondateur du Bureau d'hygiène dans les années 1870, évoque en ces termes le regard des médecins nippons :

En Occident, le bon fonctionnement de la médecine militaire contribue au développement de l'esprit militaire. J'ai cependant honte d'admettre que dans mon pays, peu connaissent le traitement des plaies par armes à feu et je suis aussi gêné de ne pas pouvoir porter secours aux hommes d'autres pays en cas d'urgence. Je me suis déjà spécialisé en médecine interne, mais j'ai l'ambition de me rendre encore une fois à Nagasaki pour étudier la chirurgie²⁷.

Ces échanges ne servaient pas uniquement à la transmission des savoirs, ils étaient fondamentalement des lieux où se nouaient des relations alimentant les mouvements réformistes, qui engageaient à leur tour l'ensemble du pays.

La guerre civile de Boshin comme laboratoire sanitaire

Les années de la guerre civile de Boshin (1868-1869), qui ont accompagné le renversement du shogunat Tokugawa et la restauration du pouvoir impérial au Japon, occupent une place singulière mais paradoxale dans l'histoire du Japon. Elles ont fourni, en premier lieu, de nombreux héros à la mémoire moderne japonaise. Ceux qui y ont donné leur vie sont en effet consacrés dans le Tōkyō shōkon-sha (le « Sanctuaire pour l'invitation des âmes »), devenu le Sanctuaire Yasukuni en 1879²⁸. Néanmoins, dans le même temps, cette guerre civile n'est généralement pas considérée comme une guerre « moderne ». De plus, par rapport à d'autres révolutions dans le monde, elle passe pour avoir été inoffensive, sans véritable effusion de sang. Du point de vue des médecins japonais qui y ont participé, cependant, cette guerre a non seulement été sanglante, mais encore a-t-elle cristallisé de nouveaux défis : sa violence a créé de nouvelles pathologies de guerre, tout en soulevant des questions essentielles sur les formes d'intervention

25 | Takematsu Otsuka (dir.), *Kengai shisetsu nikki sanshu*, vol. 3 [Compilation des journaux de la mission étrangère], Tokyo, Nihon shiseki kyōkai, 1971 [1930], p. 186-190.

26 | Willem Otterspeer, *Leiden Oriental Connections 1850-1940*, Leyde, Brill, 1989, p. 367.

27 | Teizō Ogawa et Shizu Sakai (dir.), *Matsumoto Jun Jiden*, op. cit., p. 119.

28 | Sur le sanctuaire Yasukuni, voir Tetsuya Takahashi, *Morts pour l'empereur. La question du Yasukuni*, Paris, Les Belles Lettres, 2012.

sanitaire et le recrutement du personnel médical. Ce conflit a enfin posé la question de savoir quand et comment les propres ambitions politiques des médecins devaient entrer en jeu.

Pendant la guerre civile, on se bat avec les armements les plus récents provenant d'Europe. Or, la majorité des médecins japonais prend conscience qu'elle a peu d'expertise dans le traitement des blessures. Du côté shōgunal, l'Institut de médecine à Edo fonctionne comme un hôpital de l'arrière ; mais Matsumoto Ryōjun, son directeur, est pratiquement le seul à pouvoir intervenir dans les opérations des plaies par arme à feu, faute de médecins compétents. Les adversaires font face à une situation analogue. Ayant reçu une demande pressante des forces pro-impériales en janvier 1868, la légation britannique à Edo désigne William Willis (1837-1894) pour aider au traitement des blessures de guerre. Willis n'est toutefois pas médecin militaire de formation. Après avoir étudié la médecine à Glasgow, il est affecté à la légation britannique d'Edo au Japon en 1862. Dans un hôpital temporaire à Kyoto où Willis est intervenu auprès de centaines de blessés²⁹, la majorité des lésions étaient composées de plaies par balle et de brûlures, qui nécessitaient des opérations telles que l'amputation, l'extraction de balles ou l'incision d'abcès. Willis a également consacré son temps à enseigner aux soignants japonais les méthodes chirurgicales³⁰. Un parallèle existe donc entre les situations auxquelles sont confrontés Willis et Matsumoto. En avril 1868, Matsumoto quitte la capitale pour rejoindre les défenseurs du régime Tokugawa dans le nord du Japon. Durant la bataille d'Aizu en juin 1868, il ouvre un hôpital et se trouve confronté à l'afflux des blessés. Parmi les blessés que Matsumoto soigne, nombreux sont ceux qui ont été préalablement traités par des médecins de village : leurs blessures sont déjà gravement infectées ou atteintes par la gangrène. Durant les interventions, Matsumoto donne des leçons sur le traitement des plaies par armes à feu devant un auditoire d'une soixantaine de médecins envoyés par les fiefs septentrionaux. Ses leçons sont ensuite compilées sous le titre de *Ryōi ryakuden (Aperçu sur le traitement des plaies)*³¹.

Un autre défi est celui de l'évacuation des blessés. Les services de santé, des deux côtés, résultaient au départ d'une coopération entre des médecins officiels des fiefs qui leur étaient respectivement alliés. Mais la longueur et la lenteur des trajets d'évacuation ont été une cause majeure de mortalité. Lors de la bataille d'Aizu, le quartier général des forces pro-impériales désigne Seki

29 | Conformément aux traités d'amitié signés avec les pays occidentaux, il était encore officiellement interdit pour les étrangers de voyager à Kyoto durant cette période. La présence de Willis était donc une circonstance exceptionnelle à bien des égards.

30 | Hugh Cortazzi, *Dr. Willis in Japan. British Medical Pioneer 1862-1877*, Londres/Douvres, The Athlone Press, 1985, p. 104.

31 | Teizō Ogawa et Shizu Sakai (dir.), *Matsumoto Jun Jiden, op. cit.*, p. 71.

Kansai (1830-1912) comme directeur d'un hôpital de campagne, composé d'une quarantaine de médecins. Le personnel hospitalier dirigé par Seki suit le mouvement des troupes, en créant ponctuellement des annexes sanitaires installées dans des temples ou chez des notables³². Une évacuation des blessés par voie maritime est en outre organisée, établissant ainsi une communication entre le front et l'arrière. Une structure similaire est créée sur d'autres fronts, ce qui tend à normaliser une ligne de communication entre « dô-byôin » (hôpital mobile), « chûkan-byôin » (hôpital intermédiaire) et « fudô-byôin » (hôpital immobile)³³.

Au lendemain de la guerre civile, les préoccupations des médecins se réfèrent aux situations de champs de bataille qu'ils ont connues. En novembre 1869, le projet de création d'un hôpital militaire d'instruction est confié à Antonio F. Bauduin et Ogata Koreyoshi (1843-1909). Leur première tâche consiste à « former les médecins capables d'examiner les jeunes gens pour la détermination de l'appétit physique à un service militaire digne de ce nom³⁴ ». Sur la base des leçons qu'il a données à l'Ôsaka gunji byôin (Hôpital militaire d'Osaka), Bauduin publie *Senpeiron (Théories sur la sélection des soldats)*, traduit par ses deux collègues de l'hôpital³⁵. En août 1871, l'hôpital d'Osaka est relocalisé à Tokyo³⁶, et prend sa nouvelle appellation de Gun.i-ryô (Bureau médical militaire, 1871-1873). Dans quatre chefs-lieux de commandement régional, les officiers de santé ont également des devoirs à remplir dans les hôpitaux des garnisons³⁷. Néanmoins, il n'existe pas encore d'armée nationale centralisée. La nécessité d'unifier le pouvoir en matière militaire conduit le gouvernement central à établir un système de conscription, adopté en janvier 1873 sur la base des modèles des sociétés européennes, en particulier français³⁸. La conscription masculine universelle

32 | Noriko Suzuki, « Rikugun kango seido no seiritsushi » [Histoire de la formation du système d'infirmier militaire de l'armée], thèse de doctorat, Kokushikan daigaku, 2014, notamment chap. 3.

33 | Hiroshi Kambara, « Meiji boshin sensô echigoguchi gunbyôin no henshen ge [Évolution de l'hôpital militaire à Echigoguchi lors de la guerre de Boshin à l'ère Meiji, troisième partie] », *Nihon jiji shinpô*, vol. 1802, 1958, p. 52-55.

34 | Rikugun Gun.i-dan, *Rikugun gun.i seido shi* [Histoire institutionnelle du service de santé de l'armée], Tokyo, Rikugun gun.i-dan, 1913, p. 13.

35 | Antonio F. Bauduin, *Senpeiron* [Théories sur la sélection des soldats], Tokyo, Chôshûn.en, 1871.

36 | Au moment où le projet de création de l'hôpital militaire a été discuté, le département des affaires militaires se situait encore à Kyoto. C'est seulement au début de l'année 1870 que le département déménagea à Tokyo. Initialement, Ômura Masujirô prévoyait que la ville d'Osaka serait le siège militaire du nouveau régime, mais le plan d'Ômura a été abandonné après sa mort en novembre 1869. Voir Shizu Sakai, *Nihon no iryôshi, op. cit.*, p. 477.

37 | Selon le règlement médical de l'armée en campagne du 12 janvier 1872, un bataillon actif comprend un médecin major, un médecin capitaine, deux médecins sous-lieutenants et deux aspirants médecins. Voir Hyôbu-shô, *Goshinhei tonei ikyoku no teisoku wo mauku*, Japan Center for Asian Historical Records (JCAHR), décembre 1871, réf. A03023230500.

38 | Sur l'introduction de la conscription, voir Colin Jaundrill, *Samurai to Soldier: Remaking Military Service in Nineteenth-Century Japan*, Ithaca, Cornell University Press, 2016 ; Eric Seizelet,

constitue un acte révolutionnaire plutôt qu'évolutif, dans la mesure où il dépose les samourais de leur monopole et subséquentement de leur statut de réserve d'élite. En 1873, première année d'application du dispositif, le nombre des recrues s'élevait à 17 900 hommes environ (sur une population totale de 35 millions d'habitants) : le pourcentage de conscrits incorporés fluctue de ce fait entre 3 et 6 % des tranches d'âge admissibles jusqu'aux années 1880³⁹. En réponse, en mai 1873, le bureau central du service de santé est réorganisé pour regrouper le centre administratif, la gestion pédagogique, le service vétérinaire et la comptabilité sanitaire (Rikugun honbyôin, 1873-1878)⁴⁰.

Les bureaucrates de l'État impérial naissant favorisent la mise en place d'une médecine diversifiée comme composante essentielle d'une armée nationale. À partir de mars 1873, l'inauguration du Gun.i gakkô (École médicale militaire, 1873-1877) permet de recruter des candidats civils âgés de 17 à 20 ans. Ses programmes comprennent des matières fondamentales telles que l'anatomie, la physique, l'histologie, la pathologie clinique, la pharmacologie, la physiologie, la chimie, l'ophtalmologie, la médecine légale. La formation est condensée en deux ans et demi ; un examen de passage est organisé à chaque intervalle de six mois et, au terme du cinquième semestre, l'élève est nommé *gun.i shiho* (aspirant médecin) avant d'effectuer un stage à l'hôpital. Outre une dizaine d'élèves, l'École peut accueillir pour une durée d'un an des étudiants autofinancés âgés de 17 à 25 ans. En outre, elle ouvre ses portes aux médecins civils afin de gérer la pénurie des effectifs. La réussite lors de l'examen annuel leur permet un avancement de grade⁴¹. « La stratégie militaire moderne est, comme le montrent les grandes manœuvres, une question d'extrême urgence, et la médecine militaire ainsi que les méthodes d'organisation des hôpitaux de campagne doivent être étudiées en temps de paix », écrit un officier médical japonais anonyme⁴².

Par ailleurs, les enjeux de formation ne concernent pas que les médecins et l'enseignement sanitaire s'est étendu progressivement à l'ensemble des personnels militaires au service des patients. En particulier, l'encadrement du personnel auxiliaire est devenu un déterminant essentiel de la préservation de la santé des masses d'hommes :

« L'instauration de la conscription et la construction de l'État-nation au Japon. Autour de l'ordonnance du 10 janvier 1873 », *Revue historique des armées*, 287, 2017, p. 109-117.

39 | Edward J. Drea, *Japan's Imperial Army: Its Rise and Fall, 1853-1945*, Lawrence, University Press of Kansas, 2009, p. 29-30.

40 | Rikugun Gun.i-dan, *Rikugun gun.i seido shi*, *op. cit.*, p. 15.

41 | Koreyoshi Ogata et Tokihira Nagase, *Rikugun ikan Bukkema kôju yaei iten* [Règlements de la médecine en campagne, communiqués par le médecin militaire Tjarko Wiebenga Beukema], Tokyo, Rikugun Honbyôin Kanpan, 1873, p. 3-5. Selon le registre du personnel de Bureau de l'armée de terre, le nombre de ces médecins civils s'élevait à 19 en 1872, et à 101 en 1873.

42 | *Ibid.*, p. 1.

[...] sur les cent soldats d'un groupe, dix devraient être formés au métier de *byōin fuzoku hei* [soldat attaché à l'hôpital]. Ils sont rattachés à l'ambulance pour protéger les soldats malades et transporter les blessés de guerre. En temps de paix, ils travaillent à l'hôpital militaire, perçoivent leur rémunération, s'occupent de l'hygiène des malades depuis leur entrée jusqu'à la sortie⁴³.

Un autre élément de la réforme consiste à instituer une comptabilité sanitaire. Dans le service de santé militaire, toutes les dépenses de personnel, de matériel et d'infrastructure sont prises en charge par le Département de l'Armée. L'armée est alors saisie par les réformateurs comme un terrain d'expérimentation, notamment en vertu de la relation singulière qu'elle entretient avec les masses d'hommes : « il existe une différence entre la médecine ordinaire et la médecine militaire. Le médecin ordinaire connaît des centaines de maladies que le médecin militaire ne connaît pas. Le médecin militaire, quant à lui, rencontre dix mille symptômes que le médecin ordinaire ne voit pas⁴⁴ ». Yamada Akiyoshi (1844-1892), major-général de l'Armée, souligne en 1873 qu'« un pays est comme une famille, un corps divisionnaire comme le mur d'une maison. L'aménagement intérieur doit être pensé en fonction de la forme de cette maison⁴⁵ ». La gestion sanitaire du collectif militaire s'intéresse à des méthodes rationalistes qui visent à l'efficacité de l'action et à la sauvegarde des troupes ; l'objectif du service de santé militaire est d'« aménager » leur réactivité afin d'assurer l'ordre domestique et de répondre aux changements extérieurs.

Au carrefour des réformes médicales et militaires, 1873-1894

La diversité des initiatives menées par les officiers de santé militaire reflète leurs ambitions. Après la Restauration de Meiji de 1868, l'État japonais met en place une série de mesures pour moderniser le système médical, cherchant des modèles dans les systèmes des pays occidentaux. Lorsque le gouvernement central rétablit une école de médecine en 1871, les leçons sont données par des enseignants de langue allemande ; moins de trente ans plus tard, tous les départements sont dirigés par des professeurs japonais qui ont séjourné dans des universités européennes. Le premier décret japonais relatif au système médical, appelé « Isei » (politique médicale) et entré en vigueur en 1874, dispose que tous

43 | Rikugun Gun.i-dan, *Rikugun gun.i seido shi*, *op. cit.*, p. 326.

44 | Akiyoshi Yamada, « Heisei nitsuki kenpaku-sho » [Le mémorial du système militaire], dans Masaomi Yui, Akira Fujiwara et Yutaka Yoshida (dir.), *Guntai Heishi* [Armée et soldat], Tokyo, Iwanami shoten, 1989, p. 96-98.

45 | *Ibid.*, p. 98.

les médecins doivent impérativement posséder le diplôme délivré par l'État⁴⁶. Néanmoins, les réformateurs n'ont pas rencontré qu'un accueil enthousiaste. Le milieu médical, avant la Restauration de 1868, n'était en effet doté d'aucun programme d'enseignement, d'aucune structure centralisée en matière de santé publique, et pratiquement aucune tentative n'avait été menée pour régler la pratique médicale, ni dans la capitale, ni dans les provinces. En 1882, le Département de l'Intérieur dispense d'examen pour l'obtention du diplôme d'État les élèves formés par des médecins cliniciens ayant plus de 25 ans, à condition qu'ils succèdent à leur père ou à leur maître dans le métier. Ceux qui ont obtenu cette autorisation sans passer d'épreuves représentent encore plus de 75 % des praticiens en 1887⁴⁷.

Lors de l'éclatement de la guerre civile du sud-ouest (*Seinan sensô*) qui oppose le gouvernement à une faction issue de l'ancien fief de Satsuma en 1877, quatre ans après l'instauration de la conscription, la nouvelle armée nationale compte 20 000 conscrits. Les forces gouvernementales emploient aussi environ 90 000 civils affectés au transport du matériel militaire. La distance séparant le champ de bataille de l'île de Kyûshû et la capitale a cependant créé une longue ligne de communication difficile à gérer. On compte 6 843 morts du côté des forces gouvernementales, 6 785 du côté des insurgés. Au début du conflit, l'armée nationale établit un hôpital central de l'arrière à Osaka (*Ôsaka rikugun rinji byôin*). Plus près du champ de bataille, l'évacuation aurait été facilitée, mais le risque d'encombrement pouvait entraîner l'affluence, rarement maîtrisable, des blessés. À cet égard, la ville d'Osaka, centre du commerce et des transports maritimes, est un choix réfléchi malgré une grande distance géographique avec le front (700 kilomètres)⁴⁸.

Pour ceux qui sont enrôlés, travailler à l'hôpital militaire d'Osaka est une expérience professionnelle unique. Inspiré du modèle des hôpitaux temporaires construits durant la guerre civile américaine, l'hôpital d'Osaka est très grand. L'établissement hospitalier est divisé en trente bâtiments spécialisés, subdivisés selon la gravité des blessures, dont la capacité d'accueil est de plusieurs milliers de patients. Parmi les 8 569 militaires ayant reçu des soins, les blessés en

46 | Shûhei Ikai, « Meiji-ki nihon ni okeru kaigyô shûdan no seiritsu [La formation de la communauté des cliniciens privés au Japon de l'ère Meiji] », *Ôhara shakai mondai kenkyûjo zasshi*, 511, juin 2001, p. 40.

47 | Mieko Macé, *Médecins et médecine dans l'histoire du Japon, op. cit.*, p. 191-197. Sur les médecins occidentalistes au début de l'ère Meiji, voir également Rintarô Mori, « Bôkan kikan (Un Organe observateur) », dans *Ôgai Zenshu, dai sanjukkan* [Œuvres complètes d'Ôgai, vol. 30], Tokyo, Iwanami shoten, 1984 [1893], p. 495-592.

48 | Tadanori Ishiguro, *Ôsaka rikugun rinji byôin hôkoku tekiyô dai ichi-gô* [Extraits du rapport de l'hôpital temporaire de l'armée d'Osaka, vol. 1], Tokyo, Rikugun bunko, juin 1878, Collection de l'archive nationale du Japon, p. 3-4.

représentent les deux tiers (5 990)⁴⁹. Contraints par les conditions d’approvisionnement, les médecins d’armée ont recours à la hiérarchisation de pathologie et à des procédures de triage. Par ailleurs, le personnel auxiliaire de 2 000 hommes est mobilisé pour porter secours et assistance sanitaire⁵⁰. Quelques innovations techniques initialement développées dans le cadre de la médecine civile ont aussi été introduites, dans le domaine de la chirurgie en particulier. L’un des témoins de cette évolution est Terauchi Masatake (1852-1919), hospitalisé à la suite d’une grave blessure par balle à l’épaule droite lors de la bataille de Taharazaka en mars 1877. La procédure normale aurait impliqué l’amputation du membre affecté afin d’empêcher une infection du sang susceptible de causer la mort (figure 1). À l’hôpital d’Osaka, cependant, le chirurgien Satô Susumu (1845-1921) applique le procédé Langenbeck de la résection, une technique chirurgicale encore inconnue au Japon, qui lui permet de retirer des fragments d’os de la partie endommagée tout en préservant les tissus environnants. Si Terauchi perd l’usage de son bras droit, il maintient un service actif car le bras lui-même semble intact⁵¹.



Figure 1 : Amputation effectuée à l’Hôpital temporaire de l’Armée de terre à Osaka lors de la guerre civile du sud-ouest

L’œuvre a été présentée publiquement lors de la deuxième exposition d’encouragement de l’Industrie à Tokyo en 1881.

Source : Goseda Hōryū (1827-1892), 1881, aquarelle sur soie, 73 × 130 cm, Collection de l’Université des Arts de Tokyo, cote n° 173.

49 | Rikugun Gun.i-dan, *Gunjin gekagaku kyōtei* [Livre de la chirurgie militaire], Tokyo, Rikugun Gun.i-dan, 1938, p. 114.

50 | Tadanori Ishiguro, *Ōsaka rikugun rinji byōin hōkoku tekiyō dai ichi-gō*, op. cit., p. 56.

51 | Masuo Kimura, « Dōnyūshokū no rinshō ni okeru x-sen no unyō » [Pratique de la radiographie au début de son introduction au Japon], *Nihon hōshasen gishikai zasshi bessatsu*, 48/8, août 2001, p. 1045-1047.

En dehors de ces territoires administrés au nom de la santé militaire, la guerre de Satsuma a servi de terrain d'observation et d'expérimentation. Par exemple, Gotô Shinpei (1857-1929) met en place un système de « police sanitaire » (la *Eisei keisatsu*) qui devient un instrument clé de l'hygiène d'État, considérant que son amélioration dépend de l'intervention active des autorités publiques⁵². Ses idées ont été façonnées par sa lecture des travaux allemands sur le sujet, mais aussi par ses propres observations lors de la guerre civile de Satsuma. Lorsqu'il assiste Ishiguro Tadanori (1845-1941) dans le traitement des blessés de la jeune armée impériale, Gotô est impressionné par l'« efficacité des ressources humaines » dans les hôpitaux militaires⁵³. Peu de temps après la guerre, Gotô entreprend des enquêtes locales sur l'hygiène des quartiers et met en place un système de police sanitaire dans la préfecture d'Aichi où il travaille comme médecin. Il continue à élaborer cette approche lorsqu'il obtient un poste au sein du Bureau d'hygiène (*Eisei-kyoku*) dans les années 1880. D'autre part, le rôle du personnel auxiliaire a aussi été reconsidéré grâce à l'essor parallèle d'un autre mouvement de civils, la Hakuaisha (Société de bienfaisance), fondée en avril 1877. La Société, créée à partir du modèle de la Société de secours aux blessés militaires européenne, bénéficie largement du soutien de la maison impériale (figure 2). Durant le conflit, les membres de la Hakuaisha se rendent sur le front pour dispenser des soins aux blessés et aux malades des deux camps, en se rattachant à la figure de l'empereur⁵⁴. Le prince Higashi-Fushimi-no-miya Yoshiakira (1867-1922) ayant été nommé à la fonction de premier directeur général de la Hakuaisha, le président d'honneur est dès lors systématiquement choisi parmi les membres de la famille impériale.

Les problèmes rencontrés par les médecins des armées lors de la guerre civile de 1877 mettent par ailleurs en évidence la difficulté à imposer une organisation unique de gestion sanitaire dans une société en transition. Les médecins militaires se réclament généralement d'une formation longue, équivalente à une dizaine d'années de service au moins. En conséquence, le nombre de diplômés en médecine militaire est démesurément restreint dans les années 1870⁵⁵. De plus, l'École de médecine militaire est fermée en 1877 de sorte que la Tôkyô

52 | Sur la notion de la « police sanitaire », voir Bernard Thomann, « L'hygiène nationale, la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon (1868-1960) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 56, 2009, p. 142-176.

53 | Michael Shiyung Liu, *Prescribing Colonization: The Role of Medical Practices and Policies in Japan-Ruled Taiwan, 1895-1945*, Ann Arbor, Association for Asian Studies, 2009, p. 50.

54 | Fumitaka Kurosawa, « Kindai nihon to sekijûji » [Le Japon moderne et la Croix Rouge], dans id. et Toshinobu Kawai (dir.), *Nihon sekijûji-sha to jindô enjô* [Société de la Croix-Rouge du Japon et Assistance humanitaire], Tokyo, Tôkyô daikaku shuppan, 2009, p. 18.

55 | Yoshiyuki Kurosawa, « Meiji shoki no rikugun gun.i gakkô no sotsugyôsei [Diplômés de l'École médicale de l'Armée au début de l'ère Meiji] », *Nihon ishigaku zasshi*, 47/2, juin 2000, p. 367-381.

igakkô (École de médecine de Tokyo, qui deviendra la faculté de médecine de l'Université impériale de Tokyo en 1886) se retrouve seule à superviser l'éducation des futurs médecins des armées. Dans le contexte de la réorganisation du système de commandement, en juillet 1883, le Département de l'Armée met en place un système de recrutement complémentaire réalisé à partir d'une sélection des médecins civils mais aussi des conscrits ayant suivi une formation sanitaire pendant leur service. Au terme de cinq mois d'un programme de formation intensif, une soixantaine de candidats sont annuellement promus au poste d'aspirant médecin ou de médecin de troisième classe. La limite d'âge est reculée, sans pouvoir excéder 30 ans. Le nombre annuel des médecins civils recrutés ne cesse d'augmenter du fait de cette mesure qui concerne non seulement les élèves de l'École de médecine de Tokyo mais s'étend aux étudiants d'autres écoles médicales. Dans le cadre de la réforme des services ministériels, en février 1886, le ministère de l'Armée établit le Bureau médical (*Imu-kyoku*, 1886-1945), puis, en 1888, l'École médicale de l'Armée (*Rikugun gun.i gakkô*, 1888-1945), ce qui stabilise son identité institutionnelle en tant que centre de formation du Corps médical de l'Armée de terre (*Rikugun gun.i-dan*).



Figure 2 : Visite de l'empereur Meiji (1852-1912)
à l'Hôpital temporaire de l'armée à Osaka
lors de la guerre civile du sud-ouest le 31 mars 1877

Source : Goseda Hôryû, 1878, aquarelle sur soie, 80 × 125 cm.

Collection du Yûshûkan.

Le personnel auxiliaire du service de santé souffre quant à lui d'un déficit d'identité professionnelle. Selon les périodes et les statuts associés à cette expertise, les aides-soignants sont connus sous des appellations variées telles que *byôin fuzokuhei* (soldat attaché à l'hôpital), *kango-fu* (homme soignant), *kan-byô-nin* (civil soignant), *kango-sostu* (soignant diplômé), *kango-chô* (chef soignant),

kango-hei (soldat soignant) et *eisei-hei* (soldat sanitaire)⁵⁶. Les médecins de l'armée se consacrent intensément à partir des années 1880 à la redistribution des compétences de santé militaire. Cela s'observe, par exemple, dans la création de l'*eisei-tai* (corps sanitaire), inspirée des expériences de la guerre franco-prussienne, qui est une des innovations de la Commission de réforme du service de santé en temps de guerre (*Senji eisei jimu kaisei shinsa iin*), instituée en mars 1886⁵⁷. Le corps sanitaire constitue un dispositif stratégique audacieux car, outre sa mobilité, il est capable d'accroître ses effectifs selon les circonstances grâce au recrutement complémentaire. Avec l'élaboration des Règlements de la formation des brancardiers en février 1887, des écoles d'été pour les auxiliaires de santé, d'une durée de trois mois, s'ouvrent dans l'infanterie et l'artillerie⁵⁸. Cette professionnalisation ne se réalise pas uniquement par simple création d'une nouvelle unité, mais aussi par une reconnaissance progressive de différentes expertises, qui n'avaient jusqu'alors qu'une faible visibilité au sein du service de santé. Avec l'augmentation de la taille de l'armée, par exemple, le maintien des matériels médicaux en bon état devient un enjeu de première importance. Initialement, la réparation des instruments était à la charge de mécaniciens civils, qui sont peu à peu remplacés par le personnel chargé des matériaux des hôpitaux. Dans les années 1880, on nomme, pour chaque unité, un *makô* (réparateur) chargé de veiller à l'entretien de tous les instruments médicaux et chirurgicaux : si, pendant la durée de sa formation, un réparateur est reconnu apte au service, il peut alors obtenir un diplôme d'expertise⁵⁹.

Dans un autre registre, le renforcement du lien entre l'armée et la nation se révèle être une composante essentielle des réformes engagées. À la suite de l'adhésion du Japon à la Convention de Genève en 1866, la Hakuaisha, rebaptisée Nihon sekijûji-sha (Société de la Croix-Rouge du Japon) en 1887, ouvre un hôpital destiné à la formation du personnel sanitaire ; Hashimoto Tsunatsune (1845-1909), médecin chef du service de santé de l'armée, devient le premier directeur fondateur de cet hôpital. Les activités de la Croix-Rouge japonaise reposent dès lors sur une collaboration étroite avec les armées. La naissance en 1887 de la Tokushi kango fujin kai (Association de soins des femmes bénévoles de la

56 | Voir Noriko Suzuki, *Rikugun kango seido no seiritsushi*, op. cit., p. 186.

57 | La commission est composée de Endô Shinji (trésorerie militaire), Taniguchi Yuzuru (médecine), Ochiai Taizô (médecine), Harada Ryôtarô (cavalerie), Tokuda Masatoshi (logistique), Manabe Akira (infanterie), Ishizaka Ikan (médecine), Kodama Gentarô (infanterie). Voir *Tanka jutsu kyôiku kisoku narabi ni eiseitai hensai hyô no ken* [À propos de la réglementation de formation des brancardiers et organisation du corps sanitaire], JCAHR, février 1887, réf. Co6080203600.

58 | Rikugun-shô, *Tanka-jutsu kyôiku kisoku* [Règlementation de formation des brancardiers et organisation du corps sanitaire], JCAHR, février 1887, réf. Co9050139100.

59 | Rikugun-shô, *Rikugun kanbyônin makô shôbo junsoku* [Règlements de recrutement des soignants et des réparateurs de l'Armée], JCAHR, décembre 1888, réf. Co8070176700.

Société de la Croix-Rouge du Japon) a aussi constitué une première étape qui porta à la connaissance du public l'action des infirmières de la Croix-Rouge⁶⁰. Cette association, essentiellement composée de femmes de la maison impériale et de la noblesse proche de la famille de l'empereur, s'attache à promouvoir l'image du personnel médical féminin au service de l'effort de guerre⁶¹. Les règlements de la Croix-Rouge japonaise en matière de formation des infirmières, qui datent de 1889, prévoient qu'elles doivent travailler au service de l'hôpital pour une durée de deux ans. La Société de la Croix-Rouge du Japon peut les rappeler en service actif en cas de guerre pendant une période de vingt ans à compter de l'obtention de leur diplôme. Enfin, la Croix-Rouge japonaise, dont le siège se situe à Tokyo, nomme des gouverneurs départementaux en tant que chefs de ses sections régionales, et les fonctionnaires des gouvernements locaux ont souvent pris des responsabilités pour le recrutement des membres ainsi que la collecte des abonnements. À la fin du XIX^e siècle, tous les districts administratifs du territoire japonais, y compris un avant-poste dans l'île de Taïwan colonisée, disposent de leurs antennes régionales, et la Société du Japon est devenue la plus grande société nationale de la Croix-Rouge au monde à l'époque, avec quelque 900 000 membres⁶².

*
**

Il est ainsi possible de dessiner les grandes lignes du paysage culturel et social au cœur duquel s'opèrent les processus de l'institutionnalisation de l'expertise de santé militaire. À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, l'armée japonaise a créé une variété de rôles médicaux, s'appuyant sur les réalignements institutionnels consécutifs à la Restauration de Meiji jusqu'à sa stabilisation au début des années 1890. Conçu comme un organe d'appui qui assure la formation et la recherche dans le domaine de la santé militaire, la Rikugun Gun.i Gakkai (Association médicale de l'armée de terre) poursuit, dès son instauration en 1885, l'objectif de rassembler, sur une base volontaire, une nouvelle génération de médecins et de réservistes, et de les informer des débats en cours. Le premier numéro du *Rikugun Gun.i Gakkai Zasshi* (Journal de l'association médicale de

60 | Tadanori Ishiguro, *Kaikyû kyûjûnen* [Souvenir de quatre-vingt-dix années], Tokyo, Iwanami shoten, 1983, p. 107.

61 | Cette construction d'une société d'infirmières de haut rang est un miroir des pratiques du monde européen dans certains rangs des élites sociales, où la philanthropie active est parrainée par l'aristocratie et les familles royales, l'immense majorité des infirmières venant des classes moyennes (cela s'illustre avec le parcours de Florence Nightingale, issue d'une famille de la haute société britannique).

62 | Nihon Sekijûji-sha (dir.), *Nihon sekijûji-sha-shi kô* [Histoire de la Société de la Croix-Rouge du Japon], Tokyo, Nihon sekijûji-sha, 1911, p. 334-336.

l'armée de terre) paraît en janvier 1886. Les principaux réformateurs du service de santé étaient aussi des contributeurs actifs de la revue.

La médecine militaire évolue ainsi sur une crête étroite, qui repose sur une vue altérée du corps individuel des soldats et du corps collectif de la nation ; le premier est un atout nécessitant protection et innovation pour assurer la victoire militaire. Ces questionnements ne sont certes pas spécifiques au contexte japonais. Ils sont transnationaux dès l'origine, parce que les officiers étrangers sont nombreux à être appelés au Japon pour prendre part aux réformes engagées et parce que les réformateurs japonais sont des observateurs attentifs de l'évolution des sociétés européennes. À bien des égards, ces projets japonais apparaissent comparables à ceux d'autres États qui ont connu, avec des succès inégaux ou plus tardifs, les dynamiques de transferts de savoir⁶³. Si leurs projets sont nés au départ d'une vision du monde et de structures sociales appartenant à une zone géographique définie, cependant, les réformes menées au Japon se sont appuyées sur un discours médical, une stratégie administrative et une relation de pouvoir qui étaient différents de ceux des pays d'origine. Les itinéraires des hommes et des femmes qui les ont formés, leurs multiples projets et les institutions qu'ils ont fondées reflètent ainsi les échanges dont les médecins japonais ont été partie prenante. Leur diversité et leur sens correspondaient en outre aux divisions internes de la société qu'ils reconstruisent alors.

63 | Les médecins, formés selon les canons européens, contribuent à la redéfinition du corps social. Sur d'autres cas nationaux, Laurence Monnai-Rousselot, *Médecine et colonisation...*, *op. cit.* ; Sylvia Chiffolleau, *Médecines et médecins en Égypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Paris/Lyon, L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1997 ; ead., « Entre initiation au jeu international, pouvoir colonial et mémoire nationale : le Conseil sanitaire d'Alexandrie (1865-1938) », dans *Égypte/Monde arabe*, 4, 2007, *Figures de la santé en Égypte. Passé, présent, avenir*, p. 55-74 ; Chantal Verdeil, « Naissance d'une nouvelle élite ottomane. Formation et trajectoires des médecins diplômés de Beyrouth à la fin du XIX^e siècle », *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, 121-122, 2008, p. 217-237.