

UNIVERSITE DU HAVRE

Médecine coloniale en Afrique

Jean-Paul Bado

Derraz Inès. Bundy Guerline. Brouté Emilie.

04/05/2017

Introduction :

L'expansion européenne, commencée au 15^e siècle à connu un essor considérable depuis le 19^e siècle dans les pays intertropicaux, en effet pour contextualiser, la révolution industrielle au dix-huitième et dix-neuvième siècles fut une des causes de l'essor des sciences biomédicales. L'Afrique, mais aussi l'Asie, sont soumises à une vague d'explorations et de conquêtes militaires accompagnées d'ethnologues, de médecins, de chirurgiens, de botanistes, naturalistes ou encore publicistes. La médecine coloniale est présentée par les médecins et perçu par les administrateurs européens comme un symbole de progrès social, un bienfait que les sociétés occidentales apporteraient aux sociétés « inférieures » et « arriérées » c'est ce qu'on appellera la « médecine tropicale ». Au départ, elle sert à soigner les soldats, les colons et enfin les populations autochtones. Mis à part l'objectif évangéliste, on soigne les populations pour en faire des sociétés productives. Par ailleurs, Pierre Singaravelou affirme dans son ouvrage *les empires coloniaux* que « *La colonisation a été le cadre de production de connaissances nouvelles sur les populations dominées, qui ont contribué à leur contrôle par les autorités coloniales* ».

Malgré les fondations de plusieurs écoles de médecine en France comme en 1725 l'école de médecine de Toulon, en 1732 l'école de médecine de Rochefort et enfin en 1757 celle de Brest, les villes d'Europe après 1850 sont atteintes de tuberculoseⁱ, fièvre typhoïdeⁱⁱ, diphtérie ou encore du choléra. Pour donner quelques exemples, à Manchester la mortalité infantile touche 220 pour 1000 en 1840, en Allemagne 211 pour 1000 dans les villes en 1875 et en France 268 pour 1000 dans les villes en 1891. Ajoutons qu'en France jusqu'en 1892, il n'y avait qu'un seul officier de santé par canton rural, donc si l'on parle d'inefficacité de la médecine dans les colonies, elle n'est pas forcément meilleure en France métropolitaine. Le 10 juillet 1894, on a la loi du tout à l'égoutⁱⁱⁱ en France en raison de l'insalubrité des villes notamment à Paris, Marseille et au Vieux port.

C'est aussi la période de la microbiologie^{iv} avec Pasteur, Bechamps et Koch^v qui vont avoir des difficultés à s'insérer dans la médecine mais arriveront à progresser notamment en 1820 avec l'utilisation de lentilles achromatiques permettant d'observer les micros organismes^{vi}. On remarque à cette période une opposition avec les thèses hippocratiques et képlériennes qui sont sensibles aux signes et aux symptômes. Le développement de l'hygiène se fait réellement fin du XIXe siècle et on voit s'ouvrir plusieurs laboratoires bactériologiques dont celui de Hanoi, Saigon, Tunis et Sao Paulo. Le 16 juin 1865 est créé l'Afrique occidentale Française (AOF) et l'Afrique équatoriale Française (AEF). Malgré les avancées de la médecine, la population reste mal éclairée et victime d'une inertie bureaucratique et de rivalités entre personnels de santé et de l'administration.

En réalité, fin XIXe siècle, beaucoup d'autorités coloniales restent indifférents au principe d'hygiène, le bien être du malade est peu préoccupant. Il est important de comprendre que le médecin est le symbole de supériorité et de civilisation puisqu'il est capable de soulager les souffrances, ainsi, ces négligences font que les colonies sont connues pour être le

« tombeau de l'homme blanc ». En 1907 on recrute des gens du pays comme auxiliaires médicaux, aussi pour faire participer le peuple et l'éclairer sur les maladies et principes d'hygiène, mais aussi pour être utilisé comme interprète. Malgré tout il y a une faiblesse de l'efficacité de la médecine, et une faiblesse de la communication, en effet les décrets de France métropolitaine ont du mal à être appliqué dans les colonies. Notre dossier sera donc orienté sur la médecine coloniale en Afrique, en montrant la progression la médecine pasteurienne donc basée sur la microbiologie amené par les européens en rivalité avec la médecine empirico métaphysique concernant des milliers de spécialistes africains, caractérisé par des diagnostics fondés sur la magie et la superstition ainsi que l'utilisation de plantes médicinales.

Nous pouvons donc nous demander comment la médecine coloniale a-t-elle été symbole de supériorité, de contrôle et de civilisation en Afrique durant le 19^e et 20^e siècle ? Notre étude s'articulera donc dans un premier temps avec une recrudescence épidémique dans les colonies africaines, en s'appuyant sur les maladies vénériennes au Sénégal, la fièvre jaune ainsi que le paludisme en Afrique de l'est. Dans un second temps nous verrons comment les colonies ont servis de laboratoire scientifique avec l'exemple de la colonie test du haut Nyong, de la maladie du sommeil et de l'onchocercose. Nous terminerons donc ce développement par la question de la racialisation de la médecine coloniale avec la contagion utilisée comme prétexte à la ségrégation, puis à la tutelle coloniale et enfin au rôle de la médecine coloniale pendant les indépendances.

I. Une recrudescence épidémique dans les colonies africaines

A. Les maladies vénériennes au Sénégal

Les maladies vénériennes ont été une grande problématique pendant la période de la conquête ainsi qu'après la fondation des empires coloniaux. Cependant, à côtés des maladies comme la maladie du sommeil, la fièvre jaune, l'onchocercose ou encore la variole, les maladies sexuellement transmissibles n'ont pas attirés l'attention des chercheurs alors qu'elles ont eu des conséquences économiques et sociales dévastatrices. La fille publique est vu comme une personne indésirable qu'il faut à tout prix éliminer de la place publique, aussi considérée comme la source première de la maladie, elle sera ensuite tolérée en tant que « fille à soldat ». En 1905 l'Allemand Fritz Schaudinn découvre l'agent pathogène de la syphilis, une maladie très contagieuse, se faisant par des lésions primaires (génitales, buccales, anales) ou secondaire (plaques muqueuses).

A partir de 1860 le discours réglementariste s'intensifie lorsque le maire autorise les filles publiques à se faire examiner chez elles par le médecin de l'hôpital civil au lieu de se rendre au dispensaire. La tolérance dont font preuve les autorités municipales est vue d'un mauvais œil par le corps médical qui commence à s'inquiéter sérieusement de l'ampleur que prend la prostitution clandestine en ville. D'après le système en vigueur, une femme devient fille

soumise ou fille publique à partir du moment où elle se fait enregistrer volontairement à la préfecture de la police ou bien après avoir été forcée par la police de se faire enregistrer. Les autorités municipales et la police semblent réserver un traitement de faveur aux filles publiques métisses qu'elles autorisent à être traitées chez elles, tandis que les filles publiques noires sont les seules à suivre la loi à la lettre. Les années 1880 voient l'électrification de Saint-Louis, ouvrant des cafés fréquentés par les filles publiques, multipliant les maladies vénériennes. Pour 600 naissances en moyenne par an, il y a 60 morts nés et dans les années 1880 et 1890, les maladies vénériennes occupent le premier rang des maladies traitées dans les centres hospitaliers.

Le nombre des journées d'indisponibilité atteint 297 pour les tirailleurs et 73 pour le bataillon d'Infanterie de Marine, c'est un « véritable fléau pour la santé des troupes ». Le Colonel Pujol, Commandant des Troupes du Sénégal en juin 1897 suggère l'ouverture d'une maison close où un groupe de prostituées en bonne santé sera désormais mis à la disposition des militaires préalablement testés et en bonne santé. Ce dernier propose de renforcer, avec l'aide de la municipalité, la surveillance des prostituées et d'obliger les militaires malades à révéler les noms de leurs partenaires sexuelles au nom du principe de protection de la santé publique. La prostituée métisse est plus tolérée que celle qui est noire, perçue comme plus dangereuse.

On parle aussi de prostituée domestique dont on ne sait pas grand chose. Si l'on tient compte du fait que beaucoup de gens parmi les « classes populaires » ou « classes dangereuses » n'ont pas les moyens financiers de payer pour leurs propres soins médicaux, on peut conclure que l'effectif réel des résidents infectés et capables de propager les maladies vénérienne dépasse de loin les chiffres officiels. En 1905 les autorités décident de créer la police des mœurs à Saint-Louis pour veiller à ce que les filles soumises subissent des examens médicaux, de surveiller leurs activités et d'identifier les filles insoumises puis en 1906 les rapports annuels indiquent des mariages des filles surveillées, mais s'agit-il de mariages blancs, comme stratégie de résistance. Le nombre de cas de syphilis augmente dans toutes les catégories de la population, passant de trois en 1907 à dix-neuf cas en 1910 parmi les Européens, et de 48 en 1907 et 55 cas en 1910 parmi les africains. En raison des mœurs, des préjugés, de l'apathie d'une population arriérée, irréductiblement hostile et indisciplinée, il est bien difficile pour ne pas dire impossible de réglementer la prostitution, de surveiller et de soigner en temps opportun les innombrables syphilitiques des deux sexes. On retient la volonté de contrôler la prostitution, les prostituées, en s'inscrivant au registre, perdent leur liberté de mouvement et ont dû recourir à d'autres stratégies en vue de regagner le contrôle sur leurs vies.

Pour terminer sur les maladies vénériennes à Saint-Louis nous pouvons présenter un tableau montrant le nombre de cas de syphilis par rapport aux autres maladies vénériennes réunis entre européens et indigènes en 1905, 1906 et 1907.

	1905		1906		1907	
	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes
Syphilis	2	61	1	28	3	48
Maladies vénériennes	28	64	38	137	38	62

Source : ANS/Sénégal/H32, Etat sanitaire : rapports annuels, 1907-8

Ce tableau nous révèle l'évidente différence entre européens et indigènes sur la contagion, en effet, les indigènes sont largement plus touchées par la syphilis et d'autres maladies vénériennes, en 1905 2 européens sont touchés contre 61 indigènes par la Syphilis, et en 1907 3 européens sont touchés pour 48 indigènes. Pour les autres maladies sexuellement transmissibles, l'écart est moindre mais les indigènes en sont tout de même plus victimes, avec 38 cas pour les européens et 62 cas pour les indigènes en 1907. Les autorités coloniales expliquent cela par le fait que les populations autochtones ne comprendraient pas les objectifs des colons et s'en méfieraient.

B. La fièvre jaune

Durant le début du 20e siècle les européens pensaient que les africains avaient une immunité raciale contre le virus, en réalité les survivants de la maladie acquièrent une immunité. On découvre que la transmission de la fièvre jaune ne se fait pas le moustique et entre 1920 et 1930 on voit que cela est dû à un virus et non à des bactéries. La complexité de cette maladie réside dans le fait qu'elle provoque différents symptômes selon les personnes et parfois, n'en provoque aucun.

Durant une épidémie au Sénégal en 1830 les africains non immunisés mouraient comme les européens et le physicien William C Gorgas et le scientifique Oswaldo Cruz entame une campagne contre les zones de reproductions de moustiques pour la prévention des épidémies et recherchent un vaccin contre la fièvre jaune. En 1912 une épidémie fait 37 morts parmi 57 cas, on interdit donc de consommer l'eau stagnante ou pourrait se situer des moustiques. Dans la même année, la loi des trois interdictions dont celle de garder l'eau de pluie sur les toits de maisons, dans les bouteilles aux murs et proche du sol. Le "health service" donnait des amendes aux africains qui n'avaient pas bien couvert leur puits, où enlever leur déchet et moisissure. En 1926 de nouvelles épidémies de fièvre jaune apparaissent au Sénégal après 15 ans de peste bubonique. Cette fièvre infecte 152 blancs à Dakar avec un total de 313 blancs dans la colonie. En 1927 le record de mort à Dakar de

toute maladie est de 1540, cependant les peuples du Ghana sont restés immunisés selon les enquêtes sérologiques des années 1930.

En 1924 l'institut Pasteur de Dakar s'affilie à l'institut Pasteur de Paris sous la direction de Marcel Léger, puis en 1928 il remporte le prix Nobel de la médecine pour l'institut Pasteur de Tunisie. Les prénoms associés à l'institut Pasteur de Dakar sont Adolphe Diagne et Blaise Diagne. Par ailleurs Laigret, Mathis et Sellards sont les premiers chercheurs à isoler la souche du virus de la fièvre jaune, prélevé sur un patient syrien à Dakar. La deuxième souche nommée *Asibi* est trouvée par la fondation Rockefeller du Ghana.

En 1934 Laigret crée le vaccin nommé « *Sellards-Laigret* » contre la fièvre jaune mais un important effet secondaire apparaît : l'encéphalite. Par la suite, en 1939, deux membres de l'institut Pasteur de Dakar, Peltier et Durrieux, améliorent le vaccin nommé « vaccin neurotropique » (FNV) ou « mouse brain vaccine ». Entre 1940 et 1960, 50 millions de doses sont distribués en Afrique française et 100 millions dans les colonies portugaises, belges et certaines colonies britanniques. La difficulté que rencontre la fondation Rockefeller c'est que le scientifique Hideyo Noguchi meurt de la fièvre jaune au Ghana pendant qu'il cherche un vaccin. Néanmoins, va être développé le vaccin 17D qui fera que Theiler recevra un prix Nobel en 1951 qui continue d'être administré aujourd'hui. En 1942 cela provoque 28 000 cas de contamination avec le virus de l'hépatite.

En 1944 on découvre l'effet secondaire du « syndrome méningite » qui affecte un cas sur mille. A la fin des années 1940 l'institut Pasteur vend ses vaccins aux colonies portugaise de Guinée, Angola et du Liberia ainsi qu'aux colonies britanniques de Côte d'or (actuel Ghana), Nigéria et Panama au nombre de 1.7 millions de doses. Cela provoque une catastrophe : de nombreux cas d'encéphalite sur les enfants, ce vaccin transfère la maladie mais n'immunise pas et affecte surtout les enfants de moins de 10 ans. En 1951 c'est une nouvelle épidémie de fièvre jaune faisant 32 morts d'encéphalites sur 203 920 vaccinations. Puis dans la même année Le Rouzic interdit le vaccin de l'institut Pasteur aux moins de 5 ans mais seulement européens car il estime qu'ils sont plus fragiles au vaccin neurotropique.

En 1982 l'institut Pasteur utilise entièrement le 17D. La nouvelle génération n'avait donc pas d'immunité contre la fièvre jaune et des épidémies reviennent au Togo, Mali, Burkina Faso et Sénégal dont deux épidémies au Sénégal en 1965 et 1995. Au Nigéria il y aura 100 000 cas de fièvre jaune en 1969 et 1600 morts de la même maladie en Gambie en 1978 enfin, en 1998, 80% de la population est vaccinée. L'intérêt porté à la fièvre jaune est d'abord en raison du risque encouru pour les blancs plutôt que pour les noirs. Le problème a été que l'intérêt porté aux grands laboratoires a fait qu'on s'est peu préoccupé de la nourriture contaminée et de l'eau polluée. Le Sénégal a été la première école médicale francophone d'Afrique et d'un précieux institut de recherche et de fabrication de vaccin. L'agressivité dans l'administration du vaccin de l'institut Pasteur de Dakar a sauvé plus d'Africains que l'attitude passive des

britannique sur la fièvre jaune. Aujourd'hui on a 8 fabricants du 17d dont les Etats-Unis, royaume unis, l'Allemagne, la France, le Brésil, la Russie et la Colombie.

C. Le paludisme en Afrique de l'Est au XXe siècle

Le contrôle du paludisme en Afrique de l'Est, se fera principalement par les Allemands ainsi que par les officiers médicaux britanniques et vont révéler une véritable course aux vaccins, insecticides et autres remèdes. En effet entre 1900 et 1905 sera connu la « commissions on Malaria » entre 1920 et 1930 la « league of Nations Malaria Committee » et en 1955 la « World Health Organisation ». En Afrique de l'est fin 19e début 20^e, cette maladie se fait connaître dans un certain contexte d'épidémies avec la dysenterie, le cholera, les fièvres, la malaria, la peste, la filariose ou encore la trypanosomiase. Jusqu'en 1930 on traite le paludisme avec la quinine et c'est Robert Koch qui va procéder à une « quinzisation » de masse dans l'Afrique de l'est allemand. On utilisera par la suite la chloroquine durant la deuxième guerre mondiale. On pense que les africains de l'est meurent de la malaria depuis des siècles, au départ, on ne parlait seulement de fièvre. Nous savons cependant que les africains de l'est migraient durant la saison de pluie pour éviter les moustiques et utilisait des feuille de neem.

Ainsi les populations côtières ne pouvaient migrer en raison de l'agriculture et de l'implantation. Le « Who roll back malaria project » réduit de 50% la mortalité infantile du à la malaria, ainsi que l'utilisation de moustiquaire. Nous verrons donc comment au 21^e siècle cette ancienne maladie de l'Afrique sub-saharienne continue d'être un challenge médical, scientifique, épidémiologique et immunologique. Ainsi, les scientifiques ont cherché à contrôler/éradiquer le moustique et réduire les transmissions. C'est une maladie très complexe et varie selon les conditions locales. Parmi les malariologistes, nous connaissons Ronald Ross, Alphonse Laveran et Battista Grassi qui reçoivent un prix Nobel pour avoir trouver la transmission qui est dû à une femelle Anopheline, un parasite plasmodium. La quinine et la prophylaxie étaient surtout réservées aux européens, en effet, en 1900, dans le rapport de « malaria committee of the royal society » Stephens et Christophers, au Lagos et au Nigéria, disent que les efforts contre la malaria doivent tout d'abord être en faveur de la protection des européens.

La Tanzanie est le seul pays avec une histoire de la malaria écrite par David Clyde en 1962, une dissertation a aussi été écrite sur la malaria au Kenya mais n'a pas été publiée. Cependant en Uganda l'histoire de la malaria est la moins explorée mais c'est ici que la

maladie du sommeil semble apparaître pour la première fois selon la littérature. Le Kenya a aussi été sévèrement touché par l'épidémie de malaria en 1920, par la suite en 1940 on arrive au point où on possède des nouveaux outils contre la malaria comme des insecticides et des moustiquaires, le Kenya et l'Uganda figurent dans l'histoire de la malaria et de son contrôle. Le Kampala est le lieu où la première conférence de l'WHO en Afrique pour l'éradication de la malaria s'est établie. Il faut savoir que les wachagga du Kilimandjaro connaissait très bien la malaria et ses symptômes et en avaient très peur. Ajoutons que les troupes allemandes souffrent plus de la malaria au Tanga que leur « african schutztruppe cohorts ». Gustav Giemsa à Dar es Salaam en 1895-98 développe sa technique nommée « GIEMSA » ouvrant la voie à des études hématologiques sur les maladies tropicales, en particulier le paludisme. Otto Panses au Tanga voient que 85% des adultes africains ont développés une immunité contre le parasite de la malaria, mais il faut préciser que ce sont surtout les enfants qui sont sévèrement touchés. Tous les gens infectés doivent donc être traités avec la quinine, c'est le premier traitement de masse pour la malaria supporté par l'allemand Robert Koch. Ce dernier, durant cette campagne en 1901 à Dar es Salaam, se concentre sur la quinine prophylaxie et l'anglais Ronald Ross sur la destruction des zones de productions du moustique pour briser la transmission. En 1902 Dr Ollwig rassemble les deux idées utilisant le « Paris Green ». Afin de ne pas dépendre des autres colonies pour la quinine, le GEA développe des plantations de quinquina à Amani en 1911. Dempwolff propose plutôt l'utilisation croissante des moustiquaires, des bottes, du traitement de toutes les pièces et le développement de la ville avec une élimination progressive des terres résiduelles contenant de l'eau stagnante, il est d'accord sur le fait de rassembler la réduction des contrôles des moustiques, la protection personnelle et la chimio thérapeutique. Il existe un important niveau de « parasitaemia » chez les enfants et les jeunes adultes sans avoir les symptômes de la malaria (paludisme) et sont appelés des « réservoirs à infections » avec la possibilité de souffrir également d'anémie. Il faut donc séparer les non immunisés des immunisés c'est pourquoi les européens se séparent des africains par la ségrégation, la séparation de la ville à Dar Es Salaam.

Au Kenya, le prétexte de l'immunité est utilisé pour la ségrégation par race. Les troupes indiennes pendant la première guerre mondiale arrivent avec un autre parasite du paludisme qui est « *plasmodium vivax* ». Les traitements sont freinés par les médecins inexpérimentés, on a plus de britanniques morts dans les troupes par la maladie que par la guerre. L'ANMC qui est l' « African Native Medical Corps » contient 1500 hommes majoritairement de Buganda à la fin de la 1ère guerre mondiale. Clyde pense qu'il faut se réconcilier avec les maladies des animaux et en 1923 le « township rule » va servir à contrôler les surfaces de l'eau. Les colons sont très inquiets de l'avancé du paludisme, puisqu'ils sont dépendants des plantations. Ils perdent des travailleurs avec les épidémies. Par ailleurs, Symes, un entomologiste du Kenya, se concentre sur l'anti anophéline et l'éradication. Les gens à Kitale apprennent un nouveau mode de vie de santé et Symes est supporté par Dr OCC Garnham un proto zoologiste et parasitologiste. Il est à l'origine du Film

« *DDT vs Malaria* » en 1946 montrant l'utilisation miracle des insecticides résiduels dans les campagnes.

En 1928 on a une deuxième épidémie de paludisme au Kenya, l'année d'après Col SP James fait une investigation au Kenya pour voir les habitants, l'environnement, les sols, les moustiques etc. Il pense qu'administrer la quinine interrompt l'acquisition de l'immunité. Les recherches sur le contrôle du vecteur de la malaria continue au Kenya et au Tanganyika jusque 1930s et sera perturbé par une crise économique et une dépression pour le « Colonial medical service ». Le débat de la conférence de Kampala repose sur l'acquisition de l'immunité et en 1961 on introduit le sel chloroquine en Tanzani, ajouté au sel ordinaire de table. La « Global malaria eradication project » échoue en 1969, malgré le DDT (dieldrin, malathion) et la chloroquine la malaria est toujours là en Afrique de l'est.

II. Les colonies africaines comme « laboratoire colonial »

Des essais extrêmes de gouvernement de l'espace et des populations sont tentés, comme à Anchau au Nigeria où des médecins coloniaux déplacent les populations, créent une ville et tentent d'inventer une nouvelle société indigène⁶²: loin de les compromettre, la guerre a donc relancé les ambitions de la santé publique coloniale

a. L'expérience du Haut-Nyong, 1939-1948

La seconde guerre mondiale est une période où la possibilité d'utiliser des colonies comme « laboratoires de modernité » se dessine. En effet, le terrain tropical joue un rôle fondamental dans les bouleversements logistiques, techniques et institutionnels que connaît la médecine, et marque l'entrée du monde médical dans l'ère de la « big science ». La santé des troupes militaires dans les environnements tropicaux adopte rapidement une valeur stratégique dans les victoires alliées, c'est alors une partie de l'Afrique qui se transforme en base arrière alliée.

On peut donc dire qu'un lien très fort uni la guerre aux innovations biomédicales, et c'est dans le monde colonial que cela se matérialise. Le rôle joué par ces espaces non occidentaux dans ces innovations médicales s'explique en partie par l'expérience accumulée par les médecins militaires pendant les guerres coloniales des années 1920-1930. Les innovations concernent surtout la diffusion des savoirs et pratiques médicales. À partir de 1939, le gouverneur du Cameroun, Richard Brunot, confie entièrement aux médecins, un territoire vaste comme la Suisse. Pendant huit ans, dans l'est du Cameroun, la « région médicale du Haut-Nyong » est le lieu d'une expérimentation nouvelle et unique où politique et santé publique se confondent. On se retrouve alors dans une forme de « gouvernement médical », où le domaine de la politique est placé dans l'horizon de la médecine. Ce gouvernement est

soumis aux impératifs de l'accroissement démographique et de la lutte contre les épidémies qui déciment les populations africaines, et est entièrement guidé par la technique scientifique, et les savoirs médicaux. Cette région-test va inspirer la manière dont l'action sanitaire sera planifiée et institutionnalisée à la fin de la guerre en Afrique française. Dans l'explication que le gouverneur Brunot fournira à l'administration du territoire pour expliquer l'utilité d'instaurer une région médicale, il stipule :

« J'ai voulu, en donnant à ces médecins la direction de cette région, marquer ma volonté d'accorder en toute chose la primauté absolue à tout ce qui est humain. Avant de mettre en valeur la terre, il faut produire les hommes, et pour cela quelle meilleure méthode que d'en confier la tâche à des techniciens de la santé? Leur politique sera essentiellement axée sur l'épanouissement des corps et le développement des familles. Ils feront en un mot de l'administration médicale. Prévoir, élever, nourrir, guérir, ainsi se définit leur rôle. »

La médecine coloniale française n'en est pas à sa première tentative pour créer un lieu sanctuarisé, et replié sur lui-même, entièrement soumis aux impératifs de l'action sanitaire. Effectivement, cette nouvelle région médicale reprend les frontières du secteur prophylactique du haut-Nyong, principal terrain d'action des premières missions de lutte contre la maladie du sommeil dans les années 1920. Dans cette région médicale, une législation exceptionnelle, rend possible, au quotidien, une confusion du pouvoir médical, administratif et policier, et les médecins de campagne se sont vu attribué des pouvoirs disciplinaires, et étaient donc autorisés à utiliser la force en dernier recours. Certaines mesures ont aussi été ajoutées au Code de l'Indigénat, qui définit le statut juridique des colonisés.

Ces nouvelles mesures s'insèrent parfaitement dans cette extraordinaire situation de gouvernement médical, elles définissent les termes de deux nouvelles infractions, celle de « l'inexécution des mesures de prophylaxie », et celle de « simulation voire d'aggravation de plaies ou blessures ». Ces deux nouvelles mesures sont passibles d'emprisonnement. L'octroi de pouvoirs policiers aux médecins coloniaux était souvent recommandé par l'administration coloniale, qui faisait parfois face à l'indiscipline des populations et s'en trouvait démunie. En effet, les liaisons entre les métropoles et les régions colonisées furent réduites pendant les grands conflits, c'est pourquoi, en cas de soucis disciplinaires, les médecins coloniaux se devaient d'être des agents représentatifs et efficaces de la métropole, afin d'assurer la pérennité de cette forme expérimentale de gouvernement. En 1939, un médecin des troupes coloniales et ancien élève de l'école de santé navale de Bordeaux, Joseph David, est nommé chef de cette nouvelle région. Il est secondé par six autres médecins coloniaux qui l'assistent et dirigent, de concert, les différentes subdivisions de la région. La constitution d'une région médicale n'est rendue possible que par un environnement politique propice, dans ce cas précis, il s'agit de la menace allemande.

Les médecins français ont su obtenir des subventions et un soutien politique inégalé en Afrique, motivé par le retour des allemands au Cameroun. Ce programme se distingue par sa vocation expérimentale, avec un double objectif, politique et cognitif, on assiste à un essai de gouvernement scientifique ou le modèle de gouvernement est lui-même une expérimentation, dirigée par des techniciens éclairés. Il fallait relever la population de la maladie pour l'aider à se développer selon les schémas européens. Pour cela, il fallait que l'administration médicale se mue en administration documentaire, c'est pourquoi on assiste à de nombreuses productions écrites. Sont alors institués des carnets de santé individuels, des tournées de prospections, le recensement et le suivi des femmes enceintes, des syphilitiques, des nourrissons... Ces technologies médico-administratives sont héritées de la lutte contre la maladie du sommeil débutée dans l'entre deux guerres. Pour lutter efficacement contre la maladie tout en éduquant la population, de nombreux programmes voient le jour. Tout d'abord, la « protection de l'enfance ». Le but est de lutter contre la dénatalité mais surtout de former une nouvelle génération d'hommes physiquement et moralement sains, capables de produire et de s'auto-suffire. Cette protection de l'enfance s'appuie sur la médicalisation de la maternité. Le dépistage systématique des femmes enceintes est effectué lors des tournées des médecins dans les villages. Chaque femme enceinte est examinée, sur place, enregistrée administrativement et convoquée pour se rendre un mois avant la date d'accouchement prévue, au « centre d'accouchement ». C'est ainsi que 36 bâtiments neufs voient le jour, afin de pouvoir installer des maternités dans les chefs-lieux des subdivisions. Lors de cette hospitalisation, la femme reçoit des conseils sur l'hygiène élémentaire du nouveau-né.

En plus de cette hospitalisation, est remis à la mère un carnet de santé individuel, constitué pour chaque nourrisson, et rempli lors des visites de contrôle à domicile, c'est-à-dire dans les villages. Ce dispositif permet de suivre précisément la croissance de l'enfant, et éventuellement son infestation progressive aux maladies comme le paludisme. La mortalité infantile est, de fait, suivie avec précision. Enfin, toutes les données récoltées par les médecins sont organisées afin d'être comparées aux données européennes. La politique scolaire est le second chantier, le gouverneur David prévoit un remaniement complet de l'enseignement. Les programmes incluent des conférences hebdomadaires sur l'hygiène, faites par le médecin ou l'un de ses assistants, ainsi que des visites de dépistage mensuelles, et la tenue de fiches sanitaires individuelles. C'est à l'école que les futurs adultes apprennent les bases sanitaires qui leur permettront de suivre une vie saine et équilibrée, cela passe aussi par la fréquentation des cantines, où l'enfant est censé apprendre à manger « proprement et sainement », ce dispositif est censé assurer un développement optimal à la prochaine génération d'Africains.

Enfin, pour assurer le succès de ce gouvernement médical, il convient de refouler « les vagabonds », qui pourraient rapidement devenir des vecteurs endémiques dans des foyers de populations déjà très atteintes. Ceux-ci pourraient être des porteurs sains, et ainsi

véhiculer toute sorte de maladie (contre lesquelles se battent assidûment les médecins coloniaux) à l'intérieur d'un espace confiné. De plus, ces afflux constitueraient des individus supplémentaires à organiser et régir. C'est pourquoi le chef de la région réclame le refoulement d'au moins 2000 personnes originaires du haut Nyong présents dans cette région du Cameroun, et demande même l'acheminement des prisonniers purgeant leur peine ailleurs. Malgré toutes les dispositions entreprises par le gouvernement colonial, dès 1942, la situation dégénère dans la colonie.

Pour tout personnel médical, il ne reste que 6 médecins en permanence, aidés de quelques assistants sanitaires, des « petits blancs » formés sur le tas et un nombre inconnu mais supposé considérable de manœuvres camerounais. En 1943, il ne reste que 3 médecins dont le chef de région, et la relève est alors impossible. Les médicaments manquent et les afflux de populations sont considérables par rapport à la main d'œuvre médicale disponible. Face à ces difficultés, le médecin général, David, décide d'entreprendre de nouvelles mesures afin de pallier aux difficultés. Persuadé du succès prochain de son « entreprise coloniale », David prévoit de nouvelles mesures médicales qui engendreraient des frais considérables, alors que la France est plongée dans l'économie de la guerre et n'est donc plus à même de pourvoir aux besoins des colonies. Parmi ces mesures, l'internement obligatoire, pour un mois, de tous les syphilitiques vivant à plus d'un jour de marche d'un dispensaire. Mais pour appliquer une telle mesure, à la fois sévère et couteuse, puisqu'il faut héberger et nourrir parfois des centaines de malades, le docteur David propose une solution assez radicale, qui transforme le dispensaire en camp de travail.

« Afin qu'il vous soit possible de continuer votre tâche malgré les difficultés du moment, vous pourrez exceptionnellement engager comme manœuvres administratifs les syphilitiques hommes en cours de cure. La retenue réglementaire opérée sur leur salaire vous donnera la possibilité de les nourrir. Quant à la question du logement, elle peut être facilement résolue par la construction rapide de quelques cases supplémentaires en nattes et bambous. »

Par suite de cette décision, le travail des malades se généralise. Les sommeilleux (atteints par la maladie du sommeil) et les lépreux deviennent des manœuvres pour le débroussaillage des points d'eaux, aussi appelée « prophylaxie agronomique », visant à défricher les zones d'habitation des mouches tsé tsé, vecteur de nombreuses endémies en Afrique. Les « grands enfants » c'est-à-dire les adolescents étaient alors mobilisés pour les plantations de café, et les femmes devaient se consacrer aux tâches domestiques. Bien entendu, les récalcitrants sont « punis » et une série de mesures coercitives accompagne ce projet de camps de travail. En plus du travail des malades, s'y ajoute la récolte du latex, qui reprend pendant la seconde guerre mondiale alors qu'elle avait été quasiment abandonnée depuis 1915.

Les cours explosent avec la perte de la Malaisie et de l'Indochine française et le caoutchouc passe de 1f le kilo avant la guerre à 12 franc le kilo en 1944. Devant cette pénurie qui s'annonce, les alliés font des stocks stratégiques. Le caoutchouc africain, tiré en forêt de différentes espèces de lianes et d'arbustes par des cueilleurs itinérants, devient indispensable même si sa qualité n'est que médiocre. Les forêts de l'est du Cameroun, au même titre que celles du Congo belge sont alors mises à contribution. Les médecins coloniaux, dont la politique économique vise à accélérer l'arrivée de devises en Afrique, comprennent que la récolte du caoutchouc est le seul moyen pour les indigènes de payer l'impôt en attendant que les cultures de rente portent leurs fruits. Le Congo belge joue un rôle important dans la victoire alliée, en effet, il dispose de beaucoup de ressources utiles aux empires pendant la guerre : beaucoup d'hommes, du caoutchouc et de l'uranium servant à alimenter l'industrie militaire. Mais ces récoltes ne sont pas sans risques car elles exposent directement les cueilleurs itinérants aux mouches Tsé-Tsé, et quelques mois plus tard, ces cueilleurs se retrouvent endigués d'un fléau qui sommeillait depuis plusieurs années en Afrique, au point de provoquer son oubli ou du moins son caractère prioritaire : la maladie du sommeil.

Un missionnaire de Lomié dans sa chronique de 1943, stipule :

« c'est les ravages de la maladie du sommeil. De nombreux cas sont détectés par les agents sanitaires. Rien qu'à Pohendoum on en a trouvé plus d'une douzaine. »

Les médecins le confirment dans le rapport sanitaire de l'année: un foyer vient d'apparaître à Pohendoum, le village qui «donne asile aux récolteurs de caoutchouc de forêt».

b. La maladie du sommeil en Afrique

Dans la période d'après-guerre l'épidémie de la maladie du sommeil flambe : les années de guerre sont marquées par une ruée vers le caoutchouc dans toutes les régions forestières de l'Afrique. Cela offre des conditions idéales à l'explosion endémique de la trypanosomiose. Congo Belge, AEF, Cameroun Guinée : les plus gros exportateurs de caoutchouc pendant la guerre sont les colonies les plus touchées par la reprise de l'épidémie. Lors de la conférence de Brazzaville en 1944, la France reste fidèle à un modèle populationnel et racial établi depuis les années 1920. C'est le « colonialisme réformiste ». Les méthodes seront collectives pour endiguer l'épidémie : campagnes de masse et traitements en série : les objectifs seront démographiques, il faut « faire du noir », en l'occurrence, il faut aider la population africaine à se maintenir démographiquement en encourageant la natalité et aider les mères à s'occuper correctement de leurs enfants. Il s'agit d'améliorer les conditions de vie des populations colonisées et d'amorcer l'essor économique des territoires coloniaux. La « lomidinisation totale » devient alors la priorité et fait la fierté des services de santé de

l'état colonial d'après-guerre. Cette « lomidinisation » a été programmée et financée dans le cadre d'une alliance entre états coloniaux et industries pharmaceutiques afin de remettre la médecine tropicale britannique aux avant-postes, au nom du prestige national, du soutien à l'industrie et du développement de l'empire. La molécule de la pentamidine, est une découverte accidentelle et coïncide avec la flambée de la maladie du sommeil.

La pentamidine est un agent anti infectieux, très efficace, mis au point en Angleterre puis en Europe entre 1935 et 1945. On appelle ces molécules les wonder drug. Elles marquent le début d'une révolution thérapeutique, fondée sur un rapprochement inédit entre recherche biologique, santé publique, innovation industrielle et consommation de masse. Avant même d'obtenir des résultats probants concernant l'efficacité et encore les dangers de cette nouvelle molécule, des tests sont effectués dans un premier temps sur des marins hospitalisés, et sont par la suite envoyés à des médecins coloniaux en poste en Afrique (mais pas seulement, aussi en Indochine). Face à une épidémie considérée comme le principal obstacle à l'essor démographique et à la « mise en valeur » des colonies africaines, la pentamidine fait alors entrer l'Afrique coloniale dans l'ère de la santé publique internationale. Les gestes les plus simples étaient codifiés, la rationalisation du travail avait permis d'atteindre des niveaux d'efficacité exceptionnels en termes de population couverte et traitée. Sur le plan organisationnel, la continuité avec les anciennes campagnes est évidente : même organisation de « tournées » itinérantes de plusieurs jours, même rituel de rassemblement massif de la population convoquée à des points définis le long des routes, même hiérarchisation extrême : un médecin « européen », supervise plusieurs équipes, elles-mêmes composées d'infirmiers et de manœuvres. Au Cameroun, moins de 10 médecins sont responsables de 200 000 injections annuelles. S'ouvre alors un jeu de concurrence entre les régions et colonies, entre territoires modelés et zones périphériques, et une adhésion différenciée des services de santé, allant de l'exaltation, pour les français et portugais, au scepticisme pour les britanniques. Le Cameroun est alors surinvesti de campagnes de lomidinisation. C'est une « colonie internationale » où les administrateurs rendent compte de leur « effort civilisateur ».

Se sont alors créés des liens directs entre les « médecins de brousse » qui s'échangent la nouvelle poudre. Le médicament est introduit dans des sociabilités coloniales. Les premiers essais thérapeutiques français se font au contact des médecins coloniaux britanniques. Ils s'échangent, à l'interface des 2 empires, quelques g de cette nouvelle poudre, des savoirs, des pratiques et des styles de vie liés à une nouvelle technique médicale. Au fil de ces chassés-croisés circule l'expertise du médicament. Un savoir thérapeutique se transmet en même temps que se crée une confrérie internationale de médecins de brousse. À peine 5 ans après le début des campagnes, la lomidinisation massive apparaît comme l'éradication, des terres historiques de « sommeil », du plus dévastateur des fléaux qui avaient jamais ravagé l'Afrique tropicale. Les médecins français n'hésitent pas à en faire un motif de fierté nationale qui contribue à renforcer la confiance accordée en la nouvelle molécule. L'engouement pour la pentamidine est lié aux difficultés que rencontre la nouvelle médecine

de masse. D'une part car l'indiscipline grandissante des populations empêchent les médecins coloniaux de mener à bien leur projet, mais aussi à cause de nombreux incidents survenus après les injections de pentamidine, cela une ombre considérable au projet colonial : Syncopes, vertiges, vomissements, diarrhées, gangrènes gazeuses...mort. Répertoriés dès les premiers essais, ces réactions parfois qualifiées d' « état de choc » étaient minimisées dans les publications.

A la suite de ces nombreux incidents qui provoquèrent la mort d'une trentaine de personnes, les colonisés évitent de plus en plus les campagnes médicales, et la coercition n'est plus une option légitime car elle va à l'encontre des principes républicains dont se réclame la France. Les médecins français s'inquiètent d'un « profond changement dans la mentalité des indigènes ». On assiste à une escalade coercitive pour canaliser l'indiscipline des populations : les médecins se heurtent à la contestation grandissante des populations lomidinisés qu'ils entendent libérer de la maladie et de la misère. En apaisant l'épidémie, le nouveau médicament rend paradoxalement la question de l'indiscipline plus aiguë. Car l'enjeu des campagnes est désormais la contribution ultime du colonialisme à la santé de l'Afrique. Pour être en mesure de continuer le projet colonial, les politiques de la santé publique coloniale exposent deux voies en apparence opposées, la coercition, en distribuant amendes et punitions, et la « fabrique du consentement ». Les insuccès justifient une série d'initiatives policières et militaires pour lomidiniser de gré ou de force, les individus ou les villages qui refusent la pique. Dans la fin des années 50, on observe un net tassement de l'activité, depuis l'apogée des campagnes en 1954. En 1957, 2 nouveaux cas de décès précipitent la fin des campagnes de lomidinisation. La lutte contre la trypanosomiase consiste maintenant à traiter les rares cas qui se présentent dans les dispensaires. Les services de santé peuvent se consacrer à d'autres problèmes sanitaires : à la fin des années 50, les équipes mobiles élargissent leurs cibles aux autres « endémies sociales » du moment. La médecine de masse à la française connaît ainsi une forme d'accomplissement. En 1956, la lèpre, la tuberculose, l'onchocercose, les gonococcies font l'objet de campagnes itinérantes pour réduire les réservoirs de virus, grâce à de nouveaux médicaments ou vaccins. La technique des campagnes d'injection est transférée à d'autres programmes.

c. L'onchocercose

L'onchocercose est une maladie des yeux et de la peau causée par un vers, aussi appelé filaire dont le nom scientifique est *Onchocerca volvulus*. Elle est transmise aux humains par la piqûre d'une petite mouche noire, une simulie. Ces mouches se reproduisent dans les cours d'eau agités, augmentant le risque de cécité chez les personnes vivant à proximité, d'où le nom usuel de "cécité des rivières". Dans le corps humain le vers femelle adulte produit des milliers de larves, des microfilaries qui migrent dans la peau et les yeux, provoquant des atteintes cutanées mais surtout la perte de la vue. La mortalité chez les onchocerciens est 4 à 5 fois supérieure à celle des personnes bien-voyantes et l'espérance de vie baisse à 20 ans pour les sujets touchés.

Ces populations ignoraient comment la maladie se transmettait et surtout n'avaient presque pas d'idées précises sur son agent pathogène. En 1892 un missionnaire allemand décela des vers dans deux nodules chez des noirs de l'actuel Ghana qu'il baptisa *Filaria Volvulus*. A la fin de l'année 1954, les équipes du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) parvinrent à dépister 120 441 onchocerciens sur 3 153 578 personnes examinées, surtout au Burkina Faso et au Ghana. La vallée du Fleuve Volta est un foyer important et semble être l'un des pires foyers de volvulose en Afrique de l'Ouest après ceux des vallées de la Volta. Pour ces habitants, les petites mouches étaient responsables de la perte de la vue. Ce diagnostic rétrospectif prouve que la maladie n'intéressait pas et surtout que de nombreux foyers d'onchocercose furent confondus avec les manifestations d'autres affections.

Ces effets ont été dévastateurs sur le plan démographique et économique. L'onchocercose n'était pas la priorité des politiques sanitaires et il fallut attendre les sondages épidémiologiques effectués en 1949 par le docteur B.B.Waddy pour enfin prendre conscience de l'ampleur de la parasitose sans pour autant décider d'une action de lutte. Dans les foyers hyper endémiques, des savanes soudaniennes en Afrique de l'Ouest, on enregistrait facilement des taux de 15 à 20% d'aveugles parmi les hommes de plus de 30 ans. En réalité, toute l'attention était portée sur le dépistage et le traitement des trypanosomés, ainsi que sur les vaccinations, en particulier contre la fièvre jaune et la variole. Richet en juillet 1953 entreprend d'organiser la lutte contre l'onchocercose dans la région du Mayo-Kebbi en s'appuyant sur les compétences entomologiques du docteur Taufflieb. L'onchocercose fut hissée au niveau de la lèpre, variole et du paludisme en devenant une maladie prioritaire. Le premier objectif de cette « éradication globale » de l'onchocercose visait à récupérer les terres fertiles abandonnées par les populations, l'onchocercose infestait les terres fertiles dont la mise en valeur devait favoriser la marche rapide vers l'industrialisation. Leur nombre de plus en plus élevé accentuait les problèmes économiques. En conséquence, les populations ont quitté les vallées fertiles pour s'installer sur les plateaux moins fertiles. Les manquent à gagner annuels. Les zones envahies par les simules étaient inhabitables et plusieurs tentatives de colonisation avaient échoués. L'éradication de cette endémie permettrait donc de résoudre les problèmes humains, sanitaires, économiques et politiques, provoqués par la maladie. Il existait une étroite collaboration entre experts des ministères du Plan des pays africains et ceux de la Coopération et du Développement des anciennes puissances coloniales.

C'était une opportunité non seulement pour démontrer que chaque gouvernement se préoccupait de la santé de ses habitants mais aussi une bonne publicité auprès de l'opinion mondiale pour prouver que ces pays du tiers monde s'engageaient résolument dans la voie du développement. Concernant l'aspect financier, outre le fond d'investissement pour le développement économique et sociale (FIDES) qui venait d'accorder en 1954 à l'AEF 45 191 800 francs CFA pour engager les campagnes insecticides et larvicides, et le fonds d'aide et de coopération (FAC), le fonds européen pour le développement (FED) sont prêt à débloquent des sommes substantielles. L'OMS et le fonds des nations unies pour la protection

de l'enfance (UNICEF) étaient également déterminés à octroyer des sommes considérables pour éradiquer la maladie.

Aucun médicament ne fut trouvé pour solutionner le problème malgré des subventions considérables qui entraînèrent de nombreuses recherches non probantes. Les seules solutions se trouvaient dans des pulvérisations d'aérosols sur les cultures. En l'absence d'un médicament efficace et de substances aérosols non dangereuses pour les hommes et l'environnement, les campagnes contre l'onchocercose se tarissent. Les indépendances ont entraîné la suspension ou bien l'abrogation d'initiatives d'ordre médical, qui exigeaient la poursuite d'une action sanitaire pendant quelques décennies encore. La lutte contre l'onchocercose reposait exclusivement sur l'éradication du vecteur simulie en l'absence d'un médicament efficace dont l'usage à grande échelle aurait pu faciliter l'arrêt de la parasitose.

III. Une racialisation de la médecine coloniale

A. Prétexte à la ségrégation/discrimination

Le phénomène de ségrégation s'est vu s'exprimer au sein des colonies d'un point de vue médical. En effet, le médecin représentait le symbole de supériorité et de civilisation puisqu'il était capable de soulager les souffrances. La médecine utilisée dans les colonies était racialisée car elle utilisait et consolidait la différence raciale entre les européens et africains. Au 20^e siècle, les européens pensaient que les noirs avaient une immunité face à certaines maladies. Contrairement aux africains, les européens disaient qu'ils n'étaient pas immunisés notamment contre la Fièvre jaune (on pensait que la maladie ne touchait que les blancs) et ils ne voulaient donc pas les approcher ce qui créa une vraie discrimination entre les colonisés et les colonisateurs. On peut observer d'autres phénomènes de ségrégation.

Par-exemple, la ville de Dar Es Salaam a été séparé en deux car il fallait éloigner les non immunisés des immunisés, c'est-à-dire, séparer les noirs et les européens. Le phénomène de vaccination crée aussi une ségrégation entre colons et colonisés. En effet, à l'issue de la conférence de Brazzaville, des campagnes de lomidinisation sont lancées dans toute l'Afrique. Le nombre d'injections réalisées augmentent de façon exponentielle jusqu'en 1953. Un jeu de concurrence s'installe entre les régions et colonies, entre territoires modelés

et zones périphériques, et une adhésion différenciée des services de santé, allant de l'exaltation, pour les français et portugais, au scepticisme pour les britanniques. Les méthodes de vaccination seront collectives : campagnes de masse et traitements en série, les objectifs seront démographiques, il faut « faire du noir ». La priorité était donnée aux interventions à l'échelle du corps social, c'est-à-dire la race, plutôt qu'à l'échelle individuelle.

La campagne était lancée par un médecin missionnaire catholique ce qui prouve que la médecine de la race est devenue dans l'après-guerre, le dénominateur commun de la santé publique coloniale. On sacrifie donc sciemment des individus devant le problème collectif à résoudre. On constatera que la lomidinisation aura éradiqué des pathologies comme par exemple celle de la maladie du sommeil. La médecine utilisée est donc de type raciale puisqu'elle consolide la différence raciale entre les européens et africains. On vaccinait les collectifs africains car les effets méconnus représentaient un gros risque pour les individus européens.

Une autre forme de discrimination est apparue. En effet, les médecins que l'on utilisait pour injecter les vaccins expérimentaux aux populations africaines n'étaient jamais des médecins africains car les autorités sanitaires refusaient de leur donner de formation scientifique car ils estimaient que ces derniers souffraient d'une insuffisance intellectuelle. Ainsi, beaucoup de conservateurs pensaient encore que les noirs étaient immatures.

En réalité c'était encore une manière de les garder dans une situation d'infériorité et de dépendance. Après les découvertes scientifiques, il fallait prouver que l'agent pathogène incriminé était seul à déterminer la maladie, et pour ce faire les médecins européens isolaient l'agent causal de son hôte pour enfin confirmer sa découverte par l'expérimentation sur un autre hôte. Cette procédure a entraîné l'utilisation de beaucoup d'individus comme cobayes et a donc entraîné un taux de mortalité très important pour les africains victimes de ces expérimentations parfois douteuses et composés de nombreux risques.

On explique l'échec individuel de certains vaccins par l'indiscipline individuelle dont faisait preuve les indigènes lorsque l'on décidait de les faire vacciner. Les problèmes sont également attribués à l'insouciance de ces derniers pour expliquer les ratés de la technique et pour justifier un durcissement et une intensification des campagnes. Autrement dit, les africains étaient soumis, souvent par la force, aux injections préventives alors que pour les européens, elles furent déconseillées, ou soumises à de nombreux préalables. Pour assurer la pérennité de l'entreprise coloniale, l'État colonial a usé de pratiques implicitement racialisées appuyant la différence historique entre les européens et les africains. En bref, pour un européen, la « lomidine », médicament contre la maladie du sommeil était dangereuse et douloureuse et on décida de ne pas leur injecter tandis que pour les africains l'injection était obligatoire, y compris pour les nourrissons, les femmes enceintes et les vieillards. La ligne de partage entre raisonnement individuel et raisonnement collectif se

superpose à une ligne de distinction raciale : l'individu, c'est l'européen et non l'africain. La gestion de la douleur de l'injection reprend ce partage racial.

On peut donc dire que durant la colonisation, la médecine peut-être considéré comme un facteur de ségrégation ou de discrimination. En effet, les européens trouvaient grâce à différentes techniques et pensées de médication comme l'immunité des noirs, la séparation entre les deux peuples, les essais sur les noirs dans les campagnes de vaccinations ou même la capacité intellectuelle des noirs plus faibles que celles des blancs, des raisons pour montrer qu'ils étaient supérieurs à ces derniers. On testa les pratiques sur les noirs afin de pouvoir les appliquer en Europe une fois la sûreté déclarée.

B. La tutelle coloniale

L'image des colonies étaient très importantes aux yeux des colonisateurs. Si les crises se multipliaient en son sein et si les épidémies se propageaient et décimaient les peuples, alors la légitimité d'un empire serait remise en cause par ses adversaires historiques. Les européens décident alors d'entamer un « effort civilisateur » en venant en aide aux populations africaines, ce qui s'inscrit dans la continuité de la « mission évangélisatrice » légitimant autrefois le pouvoir colonial. On met en place des techniques de gouvernement pour assurer à la fois la suprématie des états colonisateurs sur les populations dominées, même implicitement, mais aussi pour répondre aux besoins d'objectifs hygiénistes de grande envergure. En plein conflit mondial, L'Afrique coloniale, devient alors un espace expérimental où disparaissent les frontières entre empires, états et firmes pharmaceutiques. Afin de répondre à la problématique sanitaire, on applique des mesures pour mieux répondre aux besoins des africains mais avant tout pour éradiquer les maladies se trouvant également en Europe.

Concernant les médicaments, l'arrêt du médicament appelé « pentamidine » est présenté comme un choix stratégique, dicté à la fois par les priorités sanitaires et par des difficultés politiques. Les campagnes de vaccination deviennent alors impossibles car les africains fuient les injections et des nouveaux foyers épidémiques naissent. Ce basculement permet de réinterpréter l'œuvre médicale colonial comme l'incarnation précoce d'une relation franco-africaine redéfinie, après les indépendances, comme une relation d'amitié et d'aide technique. En effet, le désastre du médicament dérange les relations affectives qui définissent et justifient la tutelle coloniale : la bienveillance du colonisateur, personnifié par son service médical, et l'affection que lui porte en retour le colonisé.

Une autre mission préoccupe les colonisateurs. En effet, l'éducation civique ou sanitaire, c'est à dire, l'« évangélisme hygiénique », porté jusque-là par les missions ou des organisations philanthropiques, entre au cœur des missions de l'état colonial, au moment où celui-ci ajoute à ses objectifs la modernisation de la société. Ces méthodes visent à gouverner les africains en obtenant leur assentiment. C'est une « extraction pacifique » du

consentement au moyen d'un réseau d'institutions visant à modeler la subjectivité du colonisé ». Chaque métropole se sentait responsable de ces territoires « moins avancés », se devaient de les aider à se développer économiquement afin de devenir autonomes ce qui mettrait fin à l'ingérence d'une métropole sur un état et provoquerait son indépendance à la fois économique, politique, et sociale. Après les combats par-exemple, qui étaient assez peu nombreux, les médecins traitaient indifféremment les blessés des deux camps ce qui prouve une volonté de répondre aux exigences sanitaires vis-à-vis des africains.

En dehors des combats, les médecins européens donnaient, c'était dans leur nature et c'était leur devoir, des soins aux habitants à commencer par les notables. C'était aussi leur intérêt de se protéger en instituant, autoritairement s'il le fallait, des mesures d'hygiène dans des pays qui n'en avait aucune notion.

Les découvertes médicales se multipliant au cours de la première moitié du XXème siècle, les spécificités pathologiques amenèrent à la création d'Instituts spécialisés comme celui de Dakar ce qui va contribuer à augmenter le prestige de la France. Une population nombreuse et en bonne santé dans les colonies augmentait la demande des biens de consommation manufacturés en métropole et qui étaient protégés par le pacte colonial. Cette nécessité s'imposa surtout en Afrique noire, territoire le moins peuplé mais réputé potentiellement riche. Il fallait impérativement faire chuter la mortalité, surtout la mortalité infantile qui était effroyable. Dans cette stratégie, le médecin colonial, instrumenté par le pouvoir politique, occupa un rôle de premier plan.

La politique « coloniale » à objectifs sanitaires visait désormais à soigner les autochtones aussi bien que l'Afrique subsaharienne. Les médecins particuliers dont dépendaient les colonisés avaient cependant une mission ambiguë. Le médecin était le reflet des ambiguïtés sociologiques liées au système colonial : plus ou moins militaire chez les civils, il fut plus ou moins civil chez les militaires. Aristocrate chez les pauvres, il resta pauvre chez les riches.

Efficace et peu cher, il multiplia la force de travail de l'Empire sous le couvert d'une mission humanitaire et philanthropique, tout en restant l'agent direct d'une politique et indirect d'une économie. Le personnage a aussi ses ambiguïtés psychologiques : il fut d'abord travailleur, dévoué et il fit preuve d'esprit d'initiative. Curieux et adaptable, désintéressé, il fut endurant physiquement et moralement. Il resta très attaché à sa condition militaire et à son uniforme. Il fut fidèle en amitié. Parmi ses défauts, qui peuvent parfois se transformer pour certains d'entre eux en qualités, on retiendra : l'anticonformiste, le goût de l'indépendance, le goût de la provocation.

On peut donc signifier que même si les colonisateurs utilisaient les indigènes pour faire des expériences médicales afin de soigner dans un premier temps les européens, ils décidèrent néanmoins de faire des efforts surtout par l'intermédiaire du médecin colonial. On souhaite désormais également soigner les populations des colonies comme par-exemple celle de l'Afrique subsaharienne. Mais l'objectif principal n'était pas la volonté de rendre service mais plutôt de renvoyer une image positive aux autres nations. En effet, si les foyers endémiques

se multipliés, si les crises apparaissaient trop nombreuses et si la politique hygiéniste n'était pas à la hauteur, alors la légitimité de l'empire et sa grandeur serait remise en cause.

C. Les indépendances

En 1960, les colonies d'Afrique Noire et Madagascar accédèrent à l'indépendance. En Afrique Noire la décolonisation se fit dans d'assez bonnes conditions. Il fallait néanmoins que l'empire reste profitable et utile pour les puissances impériales. S'il y eut quelques blessures surtout ressenties par les plus anciens, les jeunes médecins n'en souffrirent pas. Une page était tournée. Les médecins militaires coloniaux français, devenus « coopérants », continuèrent à être entourés du respect et de l'amitié de la population alors que leur action commençait déjà à être dénigrée en France.

Au moment des indépendances, la France laissait, tout en continuant à en assurer le fonctionnement financier en hommes et matériel des grands hôpitaux, des hôpitaux secondaires, des hyposeries et léproseries, des dispensaires ainsi que des maternités. Les grands fléaux endémiques et épidémiques étaient désormais sous contrôle ; la variole éradiquée au point que la vaccination contre cette redoutable maladie n'est plus pratiquée.. En plus des équipements sanitaires, on laissa aux anciennes colonies des écoles, des logements, des moyens de communication ou même des projets agricoles. L'objectif restait d'augmenter le niveau de vie des peuples africains pour une belle image de son colonisateur.

On ajoutera au bilan plusieurs Facultés de Médecine qui se sont pérennisées comme par exemple celle de Dakar, ainsi que plusieurs Centres de Recherche. De nombreux médecins autochtones ont été formés par ces écoles de médecine autochtones. Plusieurs de ces médecins sont devenus des hommes politiques connus. L'avancée sanitaire a permis dans les grandes villes côtières d'acquérir des hôpitaux à grande capacité d'accueil, à la fin de la colonisation ils n'avaient rien à envier aux hôpitaux métropolitains de l'époque. D'abord destinés aux Européens militaires et civils, rapidement ils s'ouvrirent aux personnalités autochtones. La politique « coloniale » à objectifs sanitaires vise désormais à soigner les autochtones aussi bien que les africains.

Les progrès sanitaires qui ont permis aux colonies de se développer est le résultat d'une série de catastrophes démographiques dont l'essor coïncida avec la mise en place de ce système colonial ce qui entraîna à partir des années 30 des premiers efforts sanitaires qui amorcèrent un démarrage démographique spectaculaire (efforts conséquents en Ouganda où le budget consacré à la santé passa entre 1919 et 1938 de 24% à 50%; efforts aussi en AOF et AEF où les hôpitaux avaient en 1938 examinés près de 4 millions d'individus). Le nombre de lits réservés aux Africains restaient cependant ridiculement faible, surtout en Afrique britannique où sévissait plus sévèrement la ségrégation médicale : environ 1 pour 4000 en Ouganda, 1 pour 12 000 au Nigeria...

Le personnel africain fut, comme dans tous les domaines, très rare : 186 médecins auxiliaires formés à Dakar, 14 au Nigeria, 8 en Gold Coast... Ces avancées sanitaires furent déterminantes pour l'indépendance que prirent ces colonies dans les années 1960. On peut dire que la médecine a joué un rôle important dans l'indépendance des colonies africaines. En effet, l'apparition du corps médical permit de mettre en place des campagnes de vaccination afin de stopper les épidémies qui ravagèrent les territoires africains avant la colonisation. Ces territoires prisés pour leur richesse ont souffert des différentes pathologies et l'arrivée des colons a aidé les africains à renouer avec une croissance démographique alors que la mortalité était très importante.

Lorsque ces territoires sont devenus indépendants dans les années 1960, les colonisateurs ont continué de former des médecins noirs à partir des instituts qu'ils avaient importé en Afrique ce qui a permis au continent de ne pas perdre les avancées sanitaires dont elle avait hérité des colons.

L'objectif du développement des colonies après leur indépendance était de rendre plus riche et plus légitime politiquement les populations européennes. On invita les africains à regarder vers l'avenir grâce aux nombreux équipements sanitaires ou autres laissés sur place pour améliorer les conditions de vie autrefois très précaires. De plus, on autorisa quelques sujets coloniaux à entrer dans le processus de la rédaction de la future Constitution de la nouvelle république comme par exemple le député Léopold Sédar Senghor.

Conclusion :

En dehors de ses conflits politiques et de ses volontés de puissance, l'époque coloniale connut des avancées médicales très importantes. Alors que l'Afrique était ravagée par l'apparition de nombreuses épidémies, l'arrivée des colons a également entraîné la venue de médecins, qui ont pu grâce à leur test sur les populations indigènes, découvrir l'origine des pathologies, les médicaments mais aussi créer des structures et des campagnes permettant d'améliorer le système sanitaire du territoire africain. Les maladies dites « maladies vénériennes » occupent le premier rang des maladies traitées dans les centres hospitaliers de l'époque. Ces épidémies comme la maladie du sommeil, la fièvre jaune, l'onchocercose, la syphilis ou encore la variole étaient contagieuses et touchaient essentiellement les indigènes. La fièvre jaune est une pathologie provoquant différents symptômes selon les personnes tandis que parfois, elle n'en provoquait aucun. Si l'on cite l'épidémie du Sénégal en 1830, on remarque les africains étaient très nombreux à mourir notamment car ils étaient pas immunisés.

Une fois la maladie analysée, on tenta alors de trouver des solutions afin d'éradiquer le syndrome. Certains hommes comme Cruz décidèrent de mettre en œuvre des actions comme des campagnes contre les zones de reproductions de moustiques pour prévenir les

potentiels infectés. En 1924, l'institut pasteur de Dakar s'affilie à l'institut pasteur de Paris et sous la direction de certains scientifiques comme Léger, Laigret, ou Mathis qui cherchent à isoler la souche du virus de la fièvre jaune, En 1934 est enfin créé le vaccin nommé « Sellards-Laigret » par Laigret contre la fièvre jaune même si effet secondaires important apparaît : l'encéphalite. Le paludisme, est une maladie qui se fait connaître avec d'autres d'épidémies avec la dysenterie, le choléra, les fièvres, la malaria, la peste, la filariose ou encore la trypanosomiose. Les recherches d'un vaccin entraîne la découverte de la quinine par Robert Koch qui va alors procéder à une « quinzisation » de masse dans l'Afrique de l'est allemand. C'est le premier traitement de masse pour la malaria officiellement supporté.

Afin de prouver l'efficacité du remède, des essais sont tentés, comme au Nigeria où des médecins coloniaux déplacent les populations, créent une ville et tentent d'inventer une nouvelle société indigène. Mais la maladie qui semble flamber tout en passant dans un premier temps inaperçu contrairement aux épidémies cités précédemment est la maladie du sommeil. Pour remédier au phénomène qui dissémine des populations, on met en place des méthodes collectives. Les campagnes de masse et les traitements en série ont pour but d'aider la population africaine à se maintenir démographiquement en encourageant la natalité et aider les mères à s'occuper correctement de leurs enfants. On souhaite également améliorer les conditions de vie des populations colonisées et amorcer l'essor économique des territoires coloniaux. Les autorités mettent alors en place une politique de « lomidinisation totale » qui devient alors la priorité et fait aussi la fierté des services de santé de l'état colonial d'après-guerre. La molécule de pentamidine va jouer un rôle central dans la disparition de la pathologie. C'est une découverte accidentelle et coïncide avec la flambée de la maladie du sommeil. La pentamidine est un agent anti infectieux, très efficace, mis au point en Angleterre puis en Europe entre 1935 et 1945. C'est le début de la révolution thérapeutique, fondée sur un rapprochement inédit entre recherche biologique, santé publique, innovation industrielle et consommation de masse.

Mais suite à de incidents qui provoquèrent la mort d'une trentaine de personnes, les colonisés évitent de plus en plus les campagnes médicales, Les médecins français s'inquiètent et on assiste alors à une escalade coercitive pour canaliser l'indiscipline des populations : les médecins se heurtent à la contestation grandissante des populations lomidinisés qu'ils entendent libérer de la maladie et de la misère. Enfin, l'onchocercose est une maladie des yeux et de la peau causée par un vers, elle serait transmise aux humains par la piqure d'une petite mouche noire. Ces effets sont comme les autres maladies dévastateurs sur le plan démographique et économique. En juillet 1953, Richet entreprend d'organiser la lutte contre l'onchocercose dans la région du Mayo-Kebbi en s'appuyant sur les compétences entomologiques du docteur Taufflieb. L'onchocercose fut hissée au niveau de la lèpre, variole et du paludisme en devenant une maladie prioritaire. Le premier objectif de cette « éradication globale » était de récupérer les terres fertiles abandonnées par les populations car l'onchocercose infestait les terres fertiles dont la mise en valeur devait favoriser la marche rapide vers l'industrialisation. Globalement, à l'époque colonisation, la

médecine était considéré comme un facteur de ségrégation. En effet, on observait la séparation entre les deux peuples, les essais sur les noirs dans les campagnes de vaccinations ou même la capacité intellectuel des noirs plus faibles que celles des blancs, des raisons pour montrer qu'ils étaient supérieurs à ces derniers. On testa les pratiques sur les noirs afin de pouvoir les appliquer en Europe une fois la sureté déclarée.

Les colonisateurs utilisaient les indigènes pour faire des expériences médicales afin de soigner dans un premier temps les européens, mais ils décidèrent néanmoins de faire des efforts via l'aspect sanitaire. On souhaite désormais également soigner les populations des colonies comme par-exemple celle de l'Afrique subsaharienne. Mais l'objectif principal n'était pas la volonté de rendre service mais plutôt de renvoyer une image positive aux autres nations. Enfin l'objectif du développement des colonies après leur indépendance était de rendre plus riche et plus légitime politiquement les populations européennes. On invita les africains a regarder vers l'avenir grâce aux nombreux équipements sanitaires ou autres laissés sur place pour améliorer les conditions de vie autrefois très précaires.

-
- - i **Tuberculose** : maladie provoquée par le bacille tuberculeux (*Mycobacterium tuberculosis*), qui touche le plus souvent les poumons. Elle se transmet lors de l'expectoration de gouttelettes de sécrétions bronchiques par des personnes atteintes de tuberculose-maladie.
 - ii **Fièvre typhoïde** : pathologie infectieuse qui se transmet entre humains. Elle se contracte suite à l'ingestion d'aliments ou de boissons, contaminés par le germe responsable, *salmonella typhi* ou *paratyphi*. La maladie touche principalement les zones d'Afrique et les pays tropicaux.
 - iii **Tout à l'égout** : système permettant d'envoyer dans les égouts les eaux-vannes et les eaux usées des habitations.
 - iv **Microbiologie** : ensemble des disciplines biologiques (bactériologie, mycologie, virologie et parasitologie) qui s'occupent des micro-organismes.
 - v **Robert Koch**: médecin généraliste né en Basse-Saxe, il est responsable de la santé publique au niveau local en Prusse. Il se consacre alors à l'étude de la maladie du charbon, alors très répandue chez les animaux de ferme du district de Wollstein. Alors que Casimir Joseph Davaine, en 1850, avait seulement observé ce microbe dans le sang de moutons infectés, Koch étudie la prolifération de la bactérie charbonneuse.
 - vi **Microbiologie** : ensemble des disciplines biologiques (bactériologie, mycologie, virologie et parasitologie) qui s'occupent des micro-organismes.