

Point de vue

Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest

Charles Becker, René Collignon

↳ CNRS, mis à disposition de l'IRD, je crois...

Les maladies et les épidémies font depuis longtemps partie du paysage quotidien des sociétés et des hommes de l'Ouest africain, sans que les savoirs populaires ni les connaissances écrites ne puissent remémorer avec précision les épisodes anciens du malheur. Elles n'ont cependant pas longtemps échappé à l'observation des voyageurs européens qui fréquentèrent les côtes africaines pour se livrer d'abord et longtemps au trafic des hommes, puis au commerce « légitime » qui a prélué à la colonisation du continent. Elles touchaient en effet durement, et parfois décimaient, les traitants venus vivre dans les établissements côtiers, les représentants des compagnies de commerce ainsi que les équipages des navires négriers, tout autant – sinon plus – que les populations africaines. La sinistre image d'un continent au climat délétère, « tombeau de l'homme blanc » [1, 2], est restée vivace, en souvenir des ravages causés par les maladies parmi les Européens qui se sont aventurés dans ces contrées « inhospitalières ». Ce n'est que dans un second temps, avec la découverte de médicaments tels que la quinine et après que son usage se fut répandu, que la

pénétration des régions subsahariennes a été rendue possible, ouvrant la voie plus tard à la conquête du continent*.

Les voyageurs et des commerçants, longtemps hantés d'appréhensions et des craintes les plus vives, ont cherché à trouver des protections en faisant appel aux médecins, chirurgiens et pharmaciens qui leur prodiguaient des soins avec les moyens de l'époque. Depuis le XVII^e siècle, de nombreuses observations** ont apporté leur lot de connaissances et permis certains progrès thérapeutiques limités, mais elles avaient pour objectif essentiel et préoccupation quasi exclusive d'assurer la survie des expatriés.

Le tableau qui ressort des documents anciens est fort sombre et généralement inquiétant : on relève des taux de morta-

lité impressionnants et souvent la vanité des efforts des personnels de santé en Afrique ; peurs et terreurs face aux épidémies meurtrières sont le partage des Européens. L'existence et les conséquences des crises sanitaires au sein des sociétés ouest-africaines sont, par contre, mal connues, décrites de manière imprécise, ou restent largement ignorées jusqu'au milieu du XX^e siècle, sauf lorsqu'elles touchent la population des comptoirs commerciaux où sont relevés les épisodes d'épidémie.

L'analyse historique des politiques sanitaires – de prévention et d'intervention –, ainsi que les données épidémiologiques actuelles révèlent de grandes inégalités devant la maladie et la mort. Les populations rurales ont, bien moins encore que les sociétés urbaines africaines, été considérées comme maîtresses ou responsables de leur niveau de santé. En déniait la validité des divers recours thérapeutiques autochtones traditionnels et en ignorant les stratégies locales de gestion écologique de leur milieu par les populations, les autorités sanitaires coloniales ont privilégié des interventions parfois efficaces lors des crises sanitaires, mais aux effets également parfois désastreux lorsque ces dernières étaient imposées aux populations au mépris des sensibilités et des valeurs propres de ces sociétés. Ainsi les logiques de l'intervention sanitaire coercitive, dont l'efficacité technique en certaines circonstances ne saurait être déniée, ont-elles souvent refusé de prendre en compte les dynamiques sociales à l'œuvre face à la maladie et à la mort.

* Le premier remède efficace contre les accès de fièvre, l'écorce de quinquina, que les Espagnols apprirent à connaître auprès des Péruviens se répandit rapidement au XVII^e siècle, mais c'est en 1820 que Caventou et Pelletier ont isolé sa substance active : la quinine. Sous la forme d'un médicament prophylactique et thérapeutique de composition chimique stable et de posologie bien connue, ce produit désormais bon marché pouvait être mis à la disposition de tous ; les explorateurs qui s'aventurèrent vers l'intérieur du continent et les colonnes militaires des expéditions coloniales en furent largement pourvus [3].

** Les fameuses topographies ou géographies médicales de tel port, de telle région côtière ou de tel poste qui se sont multipliées pendant tout le XIX^e siècle, relevées par les officiers de santé de la marine, les chirurgiens, en service sur les navires ou dans les ports et les postes. Nous avons colligé près d'une centaine de références pour la seule région sénégalienne [4].

C. Becker : CNRS/ORSTOM, BP 5598, Dakar-Fann, Sénégal.

R. Collignon : Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, CNRS UMR 7535, Université Paris X-Nanterre, France.

Tirés à part : R. Collignon, 7, rue Léopold-Bellan (boîte 40), 75002 Paris



Réalité des épidémies et de la santé dans les sociétés ouest-africaines au XIX^e et au XX^e siècle

Les sources européennes* ont généralement été privilégiées pour l'histoire de la santé : cependant, elles sont lacunaires et, longtemps, les catastrophes ne sont connues que par les relations concernant les comptoirs. Les sources orales – celles qui disent la mémoire autochtone des crises de santé – n'ont que fort rarement été interrogées. Elles n'ont retenu sans doute que quelques épisodes anciens, pour lesquels les détails sont peu abondants. Pour le XX^e siècle, par contre, elles sont nombreuses et témoignent bien de la rencontre entre deux modes de gestion de la santé : celui des sociétés ouest-africaines et celui qu'impose la politique sanitaire des pouvoirs coloniaux**.

Ce n'est qu'à partir de la période de la conquête, pendant la seconde moitié du XIX^e siècle, que des crises affectant les sociétés africaines, et non plus la seule population des comptoirs, sont parfois évoquées avec détail : avant cette époque, les crises survenues dans les pays de l'intérieur sont ignorées et la crainte des maladies a été un frein à la conquête et à la pénétration***. À partir de 1850, avec les débuts d'un appareil administratif de gestion des établissements français, des mesures de contrôle sanitaire s'ébauchent et se développent progressivement avec

notamment la mise en place des municipalités* : déclarations immédiates, mesures sanitaires et hygiéniques, quarantaines, mesures de dissémination...

La dernière décennie du siècle s'achève sur un essai d'organisation centralisée de la médecine coloniale (création en 1890 du Corps de santé des colonies, indépendant de celui de la Marine), et le début du XX^e siècle voit la création du Corps de santé des troupes coloniales (1903), la réorganisation de l'Afrique occidentale française (AOF) et la mise en place d'une Assistance médicale indigène (AMI) en 1905 assurée par le service de santé civil. Pour pallier un recrutement insuffisant, ce sont des médecins militaires placés hors cadre qui seront employés à ces fonctions de médecin des cercles administratifs. On sort d'une logique de médecine curative individuelle pour penser les problèmes sanitaires en termes plus collectifs de prophylaxie et d'hygiène publique. On se préoccupe d'organisation des soins et de prévention des maladies endémiques, d'hygiène urbaine** et rurale, de vaccinations, de surveillance scolaire et de protection maternelle et infantile, on articule les subdivisions sanitaires sur les structures administratives. Un service de la vaccine est créé au laboratoire de microbiologie de Saint-Louis*** ; on forme des médecins auxiliaires indigènes, des aides-médecins et des sages-femmes, des infirmiers vaccinateurs, des gardes d'hygiène et des gardes sanitaires autochtones. Des grands travaux d'assainissement sont entrepris en deux programmes (1903-1908 et 1909-1914) avant la Première Guerre mondiale [10]. Depuis 1904, des arrangements sanitaires entre

les huit territoires de l'AOF sont établis, mais il faudra cependant attendre le décret du 7 juin 1922 pour que la convention sanitaire internationale de 1912 soit promulguée aux colonies. En 1918, l'école de médecine Jules-Cardé de Dakar voit le jour avec pour premier directeur Aristide Le Dantec*.

Toutes ces mesures auront pour effet d'atténuer sans doute l'effet du choc de deux types de sociétés qu'a constitué l'intrusion coloniale, mais il n'en demeure pas moins que l'époque de la conquête et de la première phase coloniale (1890-1920/1930) fut marquée globalement par un recul démographique des populations locales. La multiplication des contacts maritimes, le portage, les grands chantiers et la migration vers les villes, les bouleversements culturels résultant de l'extension des cultures spéculatives, l'exploitation forestière sauvage, et la dislocation sociale ont favorisé le développement, l'étendue et l'ampleur des épidémies à une échelle jusqu'alors inconnue**. La Première Guerre mondiale fut l'occasion d'une prise de conscience du problème démographique par l'importance de la ponction qu'a constituée le recrutement et les pertes qu'elle occasionna dans les troupes noires engagées dans le conflit, mais la conscription manifesta aussi au grand jour la médiocrité du niveau sanitaire des populations***. L'épidémie de grippe espagnole, importée d'Europe à l'issue de la guerre fut la plus grande catastrophe démographique à court terme connue de l'histoire du continent [11] ; aucune autre épidémie, pas plus que la traite négrière ou la conquête ne firent en si peu de temps autant de victimes (entre un million et demi et deux millions de personnes).

Le Plan Albert Sarraut – ministre des Colonies en 1921 – de « mise en valeur » des colonies [12] devait placer au premier rang des préoccupations de l'administration une politique de santé susceptible d'assurer la reproduction d'une force de travail de plus en plus demandée ; le mot d'ordre était désormais de

* Ces sources sont particulièrement abondantes pour l'Afrique de l'Ouest francophone et sont consultables aux Archives du Sénégal, qui regroupent les documents concernant l'AOF et surtout le très riche fonds relatif à la colonie du Sénégal [5].

** Comme le soulignent bien Megan Vaughan [6] et Maryinez Lyons [7], respectivement pour le cas colonial britannique et le cas belge, on est en présence de l'existence parallèle de deux systèmes distincts et de pratiques thérapeutiques qui en découlent.

*** Claude Pulvéris observe à propos de l'épidémie de fièvre jaune de 1881, au moment où les Français se tournent vers le Niger, que « ce n'est pas seulement la conquête mais la présence française qui est compromise » par la gravité de l'épidémie [8, 9].

* Le régime municipal métropolitain est introduit en 1872 à Saint-Louis et Gorée, en 1880 à Rufisque et en 1887 à Dakar.

** L'arrêté du 5 janvier 1905 du gouvernement général de l'AOF institue un service d'hygiène municipale dans les quatre communes citées.

*** Fondé par Émile Marchoux en 1896, ce premier laboratoire de microbiologie en terre africaine assure les examens microscopiques demandés par les médecins traitants, s'occupe de recherches en pathologie humaine (sur le paludisme, la pneumonie, la méningite cérébrospinale, la maladie du sommeil...), de médecine et de toxicologie vétérinaires, de recherches industrielles sur les fermentations. Il sera transféré à Dakar en 1913 et prendra le titre d'Institut de biologie de l'AOF en 1921 ; il devient en 1924, suite à une convention liant le gouvernement général de l'AOF et l'Institut Pasteur de Paris, l'Institut Pasteur de Dakar.

* Fermée en 1954, elle laisse la place depuis 1950 à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Institut des hautes études, en 1957 à l'école de médecine et de pharmacie de Dakar, enfin en 1970 à la faculté de médecine de Dakar.

** Cf. les nombreux bulletins sanitaires, mesures de quarantaine et mesures spéciales paraissant au JO entre 1890 et 1920.

*** En Côte d'Ivoire, par exemple, près d'un conscrit sur deux n'est pas retenu.

«faire du noir»*. Une médecine et une prophylaxie de masse étaient de plus en plus à l'ordre du jour, contexte dans lequel des pastoriens médecins militaires vont particulièrement s'illustrer. Eugène Jamot en fut sans doute une des figures emblématiques les plus fameuses. Après une expérience de constitution d'une première équipe mobile de prospection et de traitement de la maladie du sommeil en 1917 en Oubangui-Chari, il perfectionne sa méthode, pendant son séjour au Cameroun (placé sous mandat français au lendemain de la guerre par la Société des Nations) où il est affecté en 1922, en créant des secteurs que parcourent sans relâche ses équipes de dépistage, de traitement et de prophylaxie. Au vu des résultats, il obtient la création d'une mission permanente de prophylaxie de lutte contre la maladie du sommeil dont on lui confie la direction en 1926. La méthode rodée en Afrique équatoriale française (AEF), la doctrine sera étendue ensuite à l'AOF.

Mais, tout en proposant une solution efficace pour faire face aux flambées de l'endémie sommeilleuse, Jamot se fit, dans son analyse de la situation sanitaire sous administration coloniale, un critique sévère des responsabilités de la colonisation, ce qui finit par le mettre en situation difficile et à l'exposer lui et sa doctrine aux féroces intrigues de la scène coloniale**. Cependant, par delà ces conflits, l'épopée africaine des pastoriens devait se révéler grosse d'une tradition naissante qui survécut à l'ère coloniale sous la forme d'une structure : les services des « grandes endémies »***.

* Myron Echenberg [13] en a bien analysé les aspects militaires pour la période 1920-1940.

** « Cette manière de vouloir s'imposer comme les meilleurs des colonisateurs (y compris par rapport aux autres puissances coloniales puisque les fléaux, et notamment la maladie du sommeil, sévissaient aussi bien dans les territoires britanniques, belges, etc.) entraîna les pastoriens, à tout le moins leur "branche coloniale et militaire", dans de rudes conflits avec les autorités administratives qui n'entendaient pas aussi facilement suspendre les processus de mise en valeur pour cause d'éradication impérieuse des fléaux (Jamot, le "vainqueur de la maladie du sommeil" au Cameroun, dut précipitamment rentrer en métropole en 1935 alors qu'il entreprenait le combat contre le même fléau en AOF » [14]. Pour des comparaisons en Afrique équatoriale et au Zaïre, on lira respectivement Headrick [15] et Lyons [7].

*** Pour cette partie concernant l'histoire des services des grandes endémies, nous avons fait un large usage de l'article de Claude Chippaux [16]. Voir aussi Bado [17].

Dans la ligne ouverte par Jamot, fut créé en 1939 à l'échelle de l'AOF le Service général autonome de la maladie du sommeil (SGAMS) à Bobo-Dioulasso, et la méthode Jamot, sous les instances du médecin général Vauzel à la Conférence de Brazzaville en 1944, va devenir polyvalente par la création en 1945 du Service général autonome d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) qui couvre les deux fédérations de l'AOF et de l'AEF. Outre la trypanosomiase, font désormais également l'objet de la prospection et du traitement la lèpre, les tréponématoses, les vaccinations, en général mixtes anti-variologiques et anti-amariles, pour l'ensemble de la population.

Mais avec la loi-cadre de 1956 qui accorde la semi-autonomie politique, la Communauté qui vient remplacer l'Union française (créée en 1946), la suppression des fédérations (AOF et AEF) au profit des Républiques associées en 1958 et les indépendances ensuite, les services fédéraux vont subir l'effet centrifuge du mouvement général. Le SGHMP est rebaptisé Service commun de lutte contre les grandes endémies en 1957 et n'exclut pas la création dans chaque État d'un Service des grandes endémies groupant des secteurs spéciaux et des secteurs annexes. Mais, très rapidement, vont se poser des problèmes de financement et de fonctionnement nationaux de ces structures qui avaient été créées sur des budgets fédéraux et des fonds du FIDES*, fonds sur lesquels vivent l'organisation de la lutte contre les endémies mais également les Instituts spécialisés à vocation fédérale : l'Institut central de la lèpre**, l'Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA)***, l'Office de recherche sur l'alimentation et la nutrition africaines (ORANA) créé en 1952 à Dakar.

Pour lutter contre ces forces de dispersion, les ministres de la Santé des nouveaux États indépendants mettent sur pied une organisation polyvalente articulant les diverses équipes : l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) qui siège à Bobo-Dioulasso, structure comprenant les États africains

* Fonds d'investissement pour le développement économique et social créé en 1946.

** Création en 1931 du Service de la prophylaxie de la lèpre en AOF, l'Institut Marchoux est inauguré à Bamako en janvier 1935.

*** Créé en 1947 à Bamako, l'Institut du trachome d'AOF devient en octobre 1953 l'IOTA.

membres et la France. Celle-ci assure la moitié des crédits de fonctionnement de l'organisation, le fonctionnement des Instituts et centres et fournit au titre de l'assistance technique le personnel spécialisé (moitié pour les pays africains, moitié pour l'OCCGE). Le centre Muraz à Bobo-Dioulasso, spécialisé dans les études entomologiques, parasitologiques, biologiques, etc., forme les infirmiers spécialisés dans la lutte contre les endémies pour les États membres. L'Institut Marchoux, l'IOTA, et l'ORANA sont également rattachés à l'OCCGE ; ils seront rejoints plus tard par l'Institut de recherche sur l'onchocercose de Bouaké, celui sur la méningite de Niamey, puis celui sur la peste de Nouakchott. Les États d'Afrique centrale suivront l'exemple en créant une Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC) regroupant les anciens territoires de l'AEF et le Cameroun.

Après une première période coloniale aux conséquences démographiques catastrophiques, à partir du milieu des années 20 et plus particulièrement vers le milieu de la décennie suivante, suite notamment aux effets des premières mesures sanitaires, s'amorçèrent un rétablissement et ensuite un essor démographique prenant, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les allures d'une explosion sans précédent [18]. L'action sanitaire demeura cependant, avant la fin de la Seconde Guerre, en dépit des intentions et de la nouvelle politique définie, très fragmentaire, faute de crédits suffisants et par manque d'un arsenal thérapeutique et prophylactique différencié efficace pour toutes les grandes affections connues. Parmi les nouveaux grands acquis auxquels contribuèrent largement encore des pastoriens, on peut relever la mise au point en 1932 par Laigret, en collaboration avec l'Américain Sellards, d'un vaccin contre la fièvre jaune qui sera produit à l'Institut Pasteur de Dakar pour les besoins de l'AOF* ; peu après, en 1934, Girard et Robic découvrent le vaccin contre la peste à Madagascar. La mise au point d'un vaccin anti-variologique efficace, de longue conservation, résistant aux grandes chaleurs fut plus tardive (dans les années 50). La fin de la guerre vit l'intro-

* Mais longtemps, rares furent les Africains à bénéficier du vaccin anti-amaril (1,1 % de la population, presque exclusivement citadine, en 1940 en AOF) avant que ne se développe la vaccination de masse après la guerre.

duction également de thérapeutiques efficaces nouvelles : les antibiotiques, les sulfamides et l'usage du DDT contre les foyers de moustiques.

Cependant, rétrospectivement à l'analyse, l'abondante documentation, portant électivement sur les épidémies qui font l'objet de relevés scrupuleux, peut en creux faire apparaître ce qui constitue la tache aveugle de ce regard sanitaire colonial : certains problèmes de santé plus généraux non soupçonnés ou négligés à l'époque. À côté des grandes épidémies, il y a certaines endémies et maladies aux effets moins redoutables dans d'autres régions du monde (d'où sont originaires les médecins coloniaux) ; ces affections ne seront parfois reconnues qu'assez tard : la rougeole, par exemple*, et la coqueluche aux effets ravageurs chez les enfants, ainsi que le problème majeur de la malnutrition. La prise de conscience et la prise en compte de ces problèmes de santé n'apparaissent vraiment que dans les années 50 – encore faudra-t-il que la communauté internationale exerce une certaine pression en ce sens sur les métropoles coloniales en les plaçant sur la scène internationale devant leurs responsabilités en matière de bien-être des populations sous tutelle. C'est à la conférence des Nations unies, réunie en mai-juin 1943 à Hot-Springs, qui rassemblait quarante-cinq pays, que la France signa les accords concernant l'amélioration des conditions de vie des peuples qu'elle avait sous sa domination coloniale. En 1945, une organisation d'enquêtes fut créée pour une étude des populations africaines comportant parmi les recherches prioritaires l'état nutritionnel et les ressources locales en la matière. Cette « Mission anthropologique des populations de l'AOF » fut placée sous la direction du médecin colonel Léon Pales, professeur à l'école de santé militaire du Pharo (Marseille), maître de recherche au CNRS, et basée à Dakar. Près de 15 000 sujets de 139 populations de toute la fédération ouest-africaine furent examinés : 546 770 mensurations anthropométriques furent relevées, une cartographie fut établie et, grâce à ces données, des recherches de psychologie, physiologie, biologie, hématologie, pathologie tropicale ont été menées à

bien, complétant l'étude capitale des problèmes alimentaires et nutritionnels. Des données précieuses en matière de carences protéiniques, caloriques, vitaminiques au sein des populations, survenant surtout en période de soudure, des données précises sur les problèmes redoutables du marasme et du kwashiorkor chez les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes furent rassemblées. En 1954, la mission devient l'ORANA (Organisation de recherche sur l'alimentation et la nutrition).

Pratiques de la médecine coloniale

L'évocation et la description de l'œuvre sanitaire coloniale et de ses entreprises et progrès ont fait longtemps l'objet d'une appréciation élogieuse et hagiographique : elle faisait en quelque sorte l'objet d'un *a priori* d'inconditionnalité positive dans les appréciations qui pouvaient être apportées sur l'entreprise coloniale elle-même*. Plus récemment, les historiens de l'Afrique tropicale se sont intéressés à ce champ nouveau de la recherche historique sur le continent en ouvrant les problématiques de recherche, notamment par la prise en compte des travaux des démographes sur les incidences sociales des maladies et des crises de subsistance (famines, sécheresse, maladie) qu'ont connues les groupes humains à diverses époques de leur histoire [26, 30], ainsi qu'en s'intéressant aux travaux récents dans le champ de l'anthropologie sociale, notamment dans les registres des représentations et des pratiques des populations en matière de santé et de maladie dans un contexte marqué par le pluralisme des recours thérapeutiques [31-34]. En ces matières, force est de constater que les travaux de recherche publiés en langue anglaise marquent une certaine avance sur les recherches

francophones. Nombre de ces travaux abordent notamment les problèmes de l'introduction de la médecine occidentale et de ses modèles dans les sociétés africaines colonisées [7, 15, 17, 19, 32, 35-49]*.

On remarque que, dans l'application des politiques de santé :

- l'état sanitaire des populations africaines ne fut généralement considéré que comme une condition nécessaire du développement des colonies et de leur rentabilité (cf. le Plan Sarraut [12, 51]) ;
- les structures de santé furent développées prioritairement en milieu urbain (hôpitaux et laboratoires) où elles servaient la population européenne et les populations autochtones engagées dans la production ;
- le maillage en structures de soin permanentes dans les centres secondaires se réalisa dans des zones privilégiées en fonction de critères économiques ;
- l'Assistance médicale indigène fut mise en œuvre en grande partie auprès des populations rurales pour enrayer les épidémies.

Si les campagnes de vaccination et les tournées sanitaires ont eu un impact certain, elles restèrent cependant des opérations ponctuelles imposées et, surtout, sans réel effort conséquent d'éducation sanitaire. Si la recherche et l'expérimentation ont connu certains développements (l'Afrique perçue comme laboratoire privilégié), ces interventions furent réalisées sur le mode autoritaire de solutions non négociables avec ceux qui étaient censés en tirer le bénéfice. Des essais nombreux ont été effectués en Afrique qui ont permis les progrès indiscutables dans la mise au point de vaccins et de médicaments, mais peu d'interrogations semblent s'être manifestées sur les pratiques médicales mises en œuvre et sur leur légitimité ; on se borne à l'enregistrement des succès en termes d'épidémiologie, avec le recul et parfois la fin des épidémies. Mais ces succès ne sont-ils pas relativisés aujourd'hui au vu de la résurgence de problèmes sanitaires anciens qu'on croyait surmontés (tuberculose, choléra, paludisme par exemple) ?

* L'étude de Jeannès [19] manifeste bien la lenteur de cette prise de conscience : la rougeole n'apparaît qu'à la fin des années 50 comme problème de santé publique en Afrique de l'Ouest.

* Quelle qu'en soit par ailleurs la valeur documentaire, informative, au demeurant parfois très appréciable, un certain nombre de publications n'échappent pas à cette allure apologétique d'une certaine littérature sur la médecine coloniale [20-25].

* Le renouveau des travaux sur l'AOF apparaît dans Becker, Mbaye et Thioub ([50], partie V, vol. 2 : 1151-259), où figurent dix contributions consacrées à la santé en AOF.

Quelles ont été les réactions sociales devant l'épidémie et les pratiques sanitaires coloniales ?

Un constat brut et massif fait question : après un siècle au moins de présence médicale en Afrique, l'œuvre sanitaire coloniale n'a pas évincé la médecine traditionnelle et les arts traditionnels de guérir qui subsistent toujours. Aujourd'hui, leur vitalité est bien réelle et souligne d'une certaine manière les limites et les carences des réponses biomédicales technicistes aux problèmes de santé.

La dualité des recours thérapeutiques dans les sociétés ont insuffisamment retenu l'attention*. Elle a existé cependant lors des épidémies historiques de l'époque coloniale, les documents d'archives l'attestent. On n'ignore pas, par exemple, que certains savoirs et pratiques médicales telles que l'inoculation antivariolique étaient d'un usage bien établi dans certaines populations du Soudan occidental et central avant la présence européenne ; l'attitude autoritaire des mesures sanitaires des pouvoirs coloniaux et l'hostilité des médecins à ces techniques de « vario-lisation sauvage » les contraignirent à une rigoureuse clandestinité [53].

Par ailleurs, l'attention portée plus récemment par les chercheurs aux manifestations de la mémoire collective des groupes, telle qu'elle se manifeste sous diverses formes dans les traditions recueillies dans des régions différentes, témoigne de la prégnance d'une image du « temps de la mort » attachée à la sombre période de la conquête et de l'implantation de l'emprise du pouvoir colonial. L'épisode de la première épidémie de peste à Dakar en 1914 illustre fort bien en quoi et comment la question strictement médicale des causes d'un fléau prenant la figure d'une maladie contagieuse ne saurait constituer la

* Signalons à cet égard le travail novateur de John Janzen [52] dans le Bas-Zaïre sur la recherche de soins et ses logiques en constante réélaboration au sein du groupe autour du malade (*therapeutic managing group*, groupe organisateur de la thérapie) qui prend en charge le problème de santé à traiter. Les logiques en œuvre dans les processus thérapeutiques sont évoquées, pour la banlieue de Dakar, par Fassin [34].

Summary

Epidemics and colonial medicine in West Africa

C. Becker, R. Collignon

We studied colonial medical practices and health policies in West Africa, which has faced endemics and epidemics that have affected entire societies. We found that attempts to centralize the organization of colonial medicine, which began in the late 19th Century, were limited until the end of World War I. Research and control programs expanded after 1920, concentrating on epidemics, but largely ignoring many major health problems, such as measles, whooping cough and malnutrition, the importance of which were not recognized until after World War II. This appraisal of colonial medicine highlights the difficulties of introducing modern medicine and its ideas into African societies. There have been various social reactions, resulting in the current duality in which traditional and modern medicine coexist.

Cahiers Santé 1998 ; 8 : 411-6.

vérité entière d'un phénomène aux conséquences collectives et politiques qui ouvrent à la dimension réellement historique de cette calamité qui n'est à proprement parler qu'exceptionnellement une maladie humaine* aux allures de catastrophe. Cette épidémie fut l'occasion d'affrontements sérieux entre les autorités sanitaires, fort préoccupées de maintenir une domination politique mise en péril par l'élection du premier député sénégalais, Blaise Diagne, l'emportant sur des concurrents français, et la vive résistance des populations autochtones par rapport aux manœuvres de la communauté européenne qui tenta de mettre à profit la situation du péril épidémique pour accroître sa mainmise sur leurs biens et leur vie en instaurant une ségrégation résidentielle au prétexte de considérations sanitaires [55, 56]. Le décès de certaines personnes vaccinées sous la contrainte nourrit la méfiance populaire envers les méthodes françaises et contribua à alimenter certaines interprétations imputant ces morts d'Africains à une vengeance des vaincus du suffrage. La réaction de la population indigène face aux autorités prit diverses formes, allant de la dissimulation des morts, au

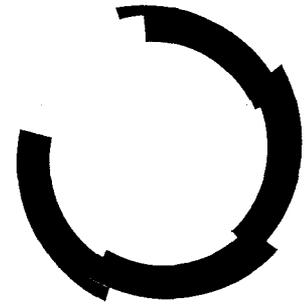
* On oublie en effet trop souvent que la peste est une maladie propre aux rongeurs qui n'atteint qu'accidentellement les humains lorsqu'un ensemble de conditions sont réunies : « ... même attestée par des dizaines de millions de morts, elle reste, comme le rappelle Jacqueline Brossollet, un épiphénomène dans l'histoire d'une maladie fondamentalement propre aux rongeurs. » (introduction à Nohl [54]).

refus de se prêter aux actions médicales, et à la résistance passive ou plus violente, aux mesures d'isolement et de dissémination militairement encadrées. Quant à Myron Echenberg [57], il a montré comment le souvenir entretenu de cette épisode politisé, qui a fait somme toute beaucoup moins de victimes à l'échelle de la population de l'ensemble du pays que l'impact de l'épidémie de grippe espagnole de 1918, en est venu à dominer dans la mémoire sénégalaise son mémorial des épidémies du passé et a éclipsé jusqu'au souvenir même de la grippe ■

Références

1. Curtin PD. The White Man's Grave : Image and Reality, 1780-1850. *J Br Studies* 1961 ; 1 : 94-110.
2. Dozon JP. D'un tombeau l'autre. *Cahiers d'Études Africaines* 1991 ; 31 (1/2, 121/122) : 135-57.
3. Ruffié J, Sournia JC. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris : Flammarion (Nouvelle bibliothèque scientifique), 1984 ; 280 p.
4. Collignon R, Becker C. *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960. Bibliographie annotée*. Paris : INED, 1989 ; IX-554 p., index.
5. Pam AA. *Sources de l'histoire des maladies quaranténaires (peste, variole, choléra et fièvre jaune) conservées aux Archives nationales du Sénégal : 1895-1958*. Dakar : École des Bibliothécaires Archivistes et Documentalistes, 1996 [Mémoire de fin d'études].
6. Vaughan M. *Curing their ills. Colonial power and African illness*. Stanford : Stanford University Press, 1991 ; XII-224 p.
7. Lyons M. *The colonial disease. A social history of sleeping sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge : Cambridge University Press, 1992 ; XVI-335 p.

Santé



Étude originale

Transmission materno-fœtale du virus B de l'hépatite en Côte d'Ivoire. Plaidoyer pour la vaccination de masse
M.-J. Lohouès-Kouacou, M. Touré, J. Hillah, B.-M. Camara, N. N'Dri, K. J. Kouamé, Y. Attia

Dépenses des familles lors de l'hospitalisation pédiatrique à Niamey (Niger)
H. Barennes, I. Azzaratou

Point de vue

Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest
C. Becker, R. Collignon

Géographie de la santé

Espace, santé et territoire en zone intertropicale
G. Salem

Géographie des maladies

L'épidémie de choléra de 1995-1996 au Sénégal
D. Roquet, A. Diallo, B. Kodio, B. Mamadou Daff, C. Fenech, J.-F. Etard

Les déterminants géographiques de la transmission de l'onchocercose en zone de transition forêt-savane
E. Cadot, P. Barbazan, M. Boussinesq

Le syndrome d'immunodéficience acquise au Brésil et dans l'État du Ceará
T. Queiroz, T. Martins, N. Broutet, P. Chequer, P. Gazin

L'infection par le VIH type 2 dans le monde. Une mise en question géographique
G. Remy

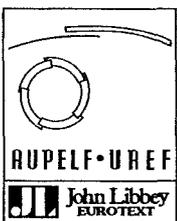
Géographie du système de soins

Approche géographique de la schistosomiase urinaire dans une ville moyenne africaine, Daloa (Côte d'Ivoire)
E. Cadot, F. Fourmet, S. Traoré, N. N'Guessan, J.-P. Hervouët

Contribution aux études sur le système de soins modernes en République du Congo
E. Paka, J.-P. Hervouët

Géographie de la santé

La cartographie des données épidémiologiques. Les principales méthodes de discrétisation et leur importance dans la représentation cartographique
S. Rican



PM 203

57 JUN 1998

LNT

ISSN n° 1157-5999

Prix au numéro :
120 FF pays du Nord
60 FF pays du Sud

Volume 8 Numéro 6 Pages 399 à 474 Novembre-Décembre 1998

Extr. version unilign. (texte identique sauf bibliogr.
et tableau ci-joints)

Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'ouest

Charles BECKER et René COLLIGNON

ORSTOM / CNRS

À ne pas citer sans autorisation des auteurs

* Orstom, Dakar
** CNRS, Paris X - Nanterre

Dakar, février 1997

version

de mettre à profit la situation du péril épidémique pour accroître sa mainmise sur leurs biens et leur vie en instaurant une ségrégation résidentielle au prétexte de considérations sanitaires (M'Bokolo 1982, 1984). Le décès de certaines personnes vaccinées sous la contrainte nourrit la méfiance populaire envers les méthodes françaises et contribua à alimenter certaines interprétations imputant ces morts d'Africains à une vengeance des vaincus du suffrage. La réaction de la population indigène face aux autorités prit diverses formes, allant de la dissimulation des morts, au refus de se prêter aux actions médicales, et à la résistance passive ou plus violente aux mesures d'isolement et de dissémination militairement encadrées. Quant à Myron Echenberg (1993), il a montré comment le souvenir entretenu de cette épisode politisé — qui a fait somme toute beaucoup moins de victime à l'échelle de la population de l'ensemble du pays que l'impact de l'épidémie de grippe espagnole de 1918 — en est venu à dominer dans la mémoire sénégalaise son mémorial des épidémies du passé et a éclipsé jusqu'au souvenir même de la grippe.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOLD David (ed.) 1988 *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester - New York : Manchester University Press, VIII-231 p., index.
- CHASTANET Monique 1983 « Le crises de subsistance dans les villages Soninke du cercle de Bakel, 1858-1945 » *Cahiers d'Études Africaines*, XXIII, 89/90 : 5-36.
- CISSOKO Sékénié M. 1968 « Famines et épidémies à Tombouctou et dans la boucle du Niger entre le XVI^e et le XVIII^e siècle » *Bull. IFAN 39 B* : 806-821.
- COHEN William B. 1982 « Health and Colonialism in French Black Africa » in J. VANSINA et C.H. PERROT et al. (eds) *Études africaines offertes à Henri Brunschwig*. Paris : EHESS : 297-306.
- COLLIGNON René & Charles BECKER 1989 *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960. Bibliographie annotée*. Paris : INED, IX-554 p., index.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine 1985 *Afrique noire. Permanences et ruptures*. Paris : Payot (2^e édition révisée : Paris, L'Harmattan 1992).
- CROSBY Alfred W. 1986 *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe, 900-1900*. Cambridge : Cambridge University Press, XIV-368 p.
- CURTIN Philip D. 1961 « The Withe Man's Grave : Image and Reality, 1780-1850 » *Journal of British Studies*, 1 : 94-110.
- 1983 « Nutrition in African History. » *Journal of Interdisciplinary History*, 14, 2 : 371-382.
- 1989 *Death by Migration. Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. Madison, Wisconsin University Press, XIX-251 p.
- DIOP Angélique 1982 *Santé et colonisation au Sénégal, 1895-1914*. Université Paris I et Paris VII, 326 p. + 88 p. d'annexes, multigr. (Thèse de 3^e cycle).
- DOZON Jean-Pierre 1985 « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. » *Sciences Sociales et Santé*, 3 : 27-56.
- 1991 « D'un tombeau l'autre. » *Cahiers d'Études Africaines* 31, 1/2, 121/122 : 135-57
- ECHENBERG Myron J. 1987 « "Faire du Nègre". Military Aspects of Population Planning in French West Africa, 1920-1940 » in Dennis D. CORDELL & Joel W. GREGORY (eds) *African Population and Capitalism : Historical Perspectives*. Boulder - London : West View Press : 95-108.
- 1993 « L'histoire et l'oubli collectif : l'épidémie de grippe de 1918 au Sénégal » in Dennis D. CORDELL, Danielle GAUVREAU, Raymond R. GERVAIS, Céline LE BOURDAIS (eds) *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale*. Mélanges en l'honneur de Joel W. Gregory. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 283-295.
- FASQUELLE Robert & Antoine FASQUELLE 1971 « A propos de l'histoire de la lutte contre la variole dans les pays d'Afrique » *Bulletin de la Société de Pathologie exotique* 64 : 734-756.
- FEIERMAN Steven & John M. JANZEN (eds) 1992 *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley, University of California Press, XXII-487 p.
- FUGLESTAD F. 1974 « La grande famine de 1931 » *Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer*, LXI, 222 : 18-33.

- HARTWIG Gerald W. & K. David PATTERSON (eds) 1978 *Disease in African History. An Introductory Survey and Case Studies*. Durham, N.C. : Duke University Press, XIV-258 p.
- JANZEN John 1978 *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley : The University of California Press.
- LAPÉYSSONIE L. 1979 *Des épidémies*. Lyon : Fondation Marcel Méricux, II-216 p.
- 1987 *Moi, Jamot. Le vainqueur de la maladie du sommeil*. Bruxelles : éditions Louis Musin, Académie des Sciences d'Outre-mer, Presses de l'INAM, 206 p.
- 1988 *La médecine coloniale. Mythes et réalités*. Paris : Seghers, 310 p.
- LAST Murray & G. L. CHAVUNDUKA (eds) 1986 *The professionalisation of African Medicine*. (Foreword by I.M. LEWIS) Manchester : Manchester University Press, XIII-293 p., Index. (International African Seminar Studies).
- LYONS Maryinez. 1985 « Sleeping Sickness in the History of Northeast Congo (Zaire) » *Canadian Journal of African Studies*, 19 : 627-633.
- 1988 « Sleeping sickness, colonial medicine and imperialism : some connections in the Belgian Congo. » in Roy MACLEOD & Milton LEWIS (eds) : 242-256.
- 1988 « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo. » in David ARNOLD (ed.) *Imperial Medicine and indigenous societies*. Manchester - New York : Manchester University Press : 105-124.
- 1992 *The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge : Cambridge University Press, XVI-335 p.
- MACLEOD Roy & Milton LEWIS (eds) 1988 *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London - New York : Routledge & Kegan Paul, XII-339 p., bibliogr., Index.
- MATHIS Constant 1946 *L'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire*. Paris : PUF, XI-580 p
- M'BOKOLO Élikia 1982 « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914. » *Cahiers d'études Africaines*, 22, 1-2 (85-86) : 13-46.
- 1984 « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique » in Marc AUGÉ & Claudine HERZLICH (eds) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines : 155-186.
- NOHL Johannes 1986 *La mort noire. Chronique de la peste d'après les sources contemporaines*. (Présentation de Jacqueline Brossollet). Paris : Payot, 318 p., bibliogr., index.
- PACKARD Randall M. 1989 *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley : University of California Press, XXII-389 p.
- PATTERSON K. David 1979 *Infectious Diseases in Twentieth-Century Africa : A Bibliography of their Distribution and Consequences*. Waltham : Crossroads Press, XIII-251 p.
- PLUCHON Pierre (éd.) 1985 *Histoire des médecins et pharmaciens de Marine et des Colonies*. Toulouse : Privat, 430 p., ill.
- PULVÉNIS Claude 1968 « Une épidémie de fièvre jaune à Saint-Louis du Sénégal (1881) » *Bull. IFAN 30 B*, 4 : 1353-1373.
- 1968 « La lutte contre la fièvre jaune au Sénégal à la fin du XIX^e siècle » *Revue Générale des sciences LXX*, 3/4 : 83-104.
- RUFFÉ Jacques, SOURNIA Jean-Charles 1984 *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris : Flammarion, 280 p. (Nouvelle bibliothèque scientifique).
- SABBEN-CLARE E. E., BRADLEY D. J. & K. KIRKWOOD (eds) 1980 *Health in Tropical Africa during the Colonial Period*. Based on the Proceedings of a Symposium held at New College, Oxford, 21-23 March 1977. Oxford ; Clarendon Press, IX-276 p.
- SANKALÉ Marc 1969 *Médecins et action sanitaire en Afrique Noire*. Paris : Présence Africaine, 436 p.
- SARRAUT Albert 1923 *La mise en valeur des colonies françaises*. Paris : Payot, 675 p.
- TYMOWSKI M. 1974 *Le développement et la régression chez les peuples de la Boucle du Niger à l'époque précoloniale*. Varsovie, Université, Institut histoire.
- 1978 « Famines et épidémies à Oualatta et à Tichit au XIX^e siècle » *Africana Bulletin* (Varsovie), 27 : 35-53.
- VAUGHAN Megan 1991 *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Stanford : Stanford University Press, XII-224 p.

Un exemple : la multiplicité des épidémies au Sénégal durant les deux derniers siècles

Les épidémies au Sénégal de 1816 à nos jours								
	Fièvre Jaune	Variole	Choléra	Peste	Fièvre récurrente	Méningite Cérébro-spinale	Dengue	Grippe Influenza
1816	+++							
1818		+++						
1828-30	+++							
1835-6		+++						
1837	+++							
1839-40		+++						
1842		+++						
1845	+++							
1846	+++	+++						
1848		+++						
1858-9		+++						
1859-60	+++							
1865-7	+++							
1867							+++	
1868		+++	+++		+++			
1869	+++	+++	+++					
1872	+++							
1878	+++							
1880	+++	+++						
1881-3	+++							
1882			+++					
1883		+++						
1886-9		+++						
1891	+++	+++						
1892	+++		+++					
1893		+++	+++					
1895		+++						
1897	+++							
1898		+++						
1899						+++		
1900-1	+++							
1903-4		+++						
1905-6								
1911	+++							
1912	+++	+++		+++				
1914	+++			+++				
1915				+++		+++		
1916				+++	+++			
1917				+++				
1918								+++
1919				+++				+++
1920-4				+++				
1925						+++	+++	
1926	+++						+++	
1927	+++			+++				
1928	+++	+++		+++				
1929-30				+++				
1934	+++							
1936						+++		
1939		+++						
1941						+++		
1944				+++		+++		
1945						+++		
1948-9					+++			
1954						+++		
1957		+++						+++
1965	+++							
1972ss			+++					
1981	+++							