

La « résistance anormale » de l'Afrique face au virus de la Covid-19. Esquisse d'une analyse d'une colonialité du pouvoir sur la vie en Afrique

Paul Mvengou Cruzmerino

Tenir un discours sur l'hypothèse de tester des vaccins en Afrique en pleine pandémie dans un média français de telle ampleur avec une telle légèreté révèle plusieurs logiques qu'il convient de relever et d'interroger. En effet, porter un discours, une hypothèse sur l'Afrique n'est absolument pas nouveau dans les discours européens sur la maladie, et de manière générale sur la vie sur ce continent tel que l'ont signalé Mudimbe (1982) ou Mbembe (2000). Cette relative facilité à produire des discours sur ce continent (et son hétérogénéité) révèle la fatale asymétrie épistémique dans laquelle il est placé, et donc une colonialité discursive. Loin d'être une lecture victimaire, cette « objectivation » a un effet dramatique dans la mesure où le contexte global actuel accentue les disparités et les urgences sanitaires montrent la fragilité de la vie humaine. La santé est un enjeu de pouvoir et de contrôle depuis l'époque coloniale qui associé à la structure systémique du capital produit des effets géopolitiques violents surtout en Afrique.

Ce qui nous intéresse tout particulièrement est l'observation de la situation qualifiée d' « anomalie » africaine par rapport à la pandémie. En effet, la « faible » mortalité observée dans des pays africains suite à la pandémie contraste avec les discours alarmistes d'institutions internationales qui envisageaient une véritable hécatombe pire que dans les régions occidentales. Ainsi, une « curieuse » attention s'est emparée de la scène tragique médiatique qui s'est focalisée sur la situation africaine. Le site d'informations de France 24 titre même : *Pourquoi le scénario catastrophe n'a pas eu lieu en Afrique ?*[\[1\]](#) Et il est question d'un « mystère » pour le site du Point[\[2\]](#). Cette interrogation qui a prévalu dans bien des médias, pose plusieurs questions. Les dés étaient si jetés

que ça ? La catastrophe était si inexorable que l'on doive d'abord se questionner plutôt que de se féliciter de ce que l'Afrique ne soit pas totalement affectée du moins médicalement? Les discours des experts sur l'Afrique ont toujours raison ? Alors, effectivement, cela est courant dans des études prospectives en matière de santé, que d'exagérer les prévisions. Le souci est que la médiatisation de cette situation africaine qui s'oppose à celle vécue par des Occidentaux exprime implicitement une problématique peu avouable, comment l'Afrique, malade et pauvre réussit « à s'en sortir » alors que l'Occident plus riche et plus fort, n'y arriverait pas ? L'étonnement et la rationalisation des arguments structurent les explications qui parfois font ressortir paradoxalement les « défauts économiques » de l'Afrique comme avantages : la faible densité africaine, la faible insertion de l'Afrique dans des réseaux internationaux, le climat...Or, justement cette question de climat reprend les anciennes thèses coloniales sur l'hygiénisme et sur la particularité des climats équatoriaux. L'interprétation de la « résistance » africaine fait ressortir des enjeux liés à la construction de la résistance physiologique dans les politiques coloniales hygiéniques. Ce texte n'a pas l'ambition d'analyser l'histoire coloniale des épidémies en Afrique, il s'agit d'une tentative de resituer une « polémique » dans un ordre de discours et de pratiques globales particulièrement significatif en Afrique.

Médecine coloniale et politiques hygiénistes

L'hygiénisme et la médecine coloniale sont au cœur du processus colonial français permettant la constitution d'un ensemble de valeurs morales et de pratiques censées protéger la vie des colons, leur pouvoir et par la suite visant à limiter les maladies au sein des populations colonisées. Ces deux discours (hygiénisme et médecine) associent l'Autre colonisé et son environnement à un potentiel danger pour le colon. Ils articulent également une racialisation qui devient un enjeu de pouvoir sur la vie et sur la santé durant l'époque coloniale. Grandmaison dit même « Pas de colonisation sans hygiénisation publique et urbaine préalable »[\[3\]](#). De nombreux domaines seront concernés : architecture, intimité, vêtements, aménagement, vie des colonisés. De même, Bernault (2020) analyse avec justesse le fait que la diffusion et l'institution de la biomédecine durant l'époque coloniale se fait dans un contexte oppressif caractérisé par des techniques de contrôle telles que les déplacements de populations, des cordons sanitaires, des traitements forcés, des intrusions dans l'intimité du corps des colonisés en période d'épidémies.

Le discours hygiéniste émerge en France selon Maxime Giroux (2010) au milieu du XVIIIe siècle en réponse à l'avènement d'une société bourgeoise capitaliste urbaine. Afin de réguler les conséquences de l'industrialisation et de la constitution d'un prolétariat, l'hygiène et la santé deviennent objet d'intervention et de contrôle de l'État sur les citoyens. L'auteur historicise les discours et pratiques hygiénistes. Ainsi, il montre que l'essor d'une pluralité d'institutions et acteurs privés chargés de l'hygiène et de son discours débouche sur une décentralisation des pouvoirs centraux. Le discours hygiéniste se construit comme un enjeu au XVIIIe siècle car les effets de l'urbanisation et l'industrialisation entraîne des effets sur la santé, et cette dernière devient une « valeur primordiale de la modernité occidentale ». La question hygiéniste va déborder du domaine strict de la santé et renvoyer à des pratiques sociales, morales, et culturelles. Ce débordement et la mise en place de réglementations, de sanctions, de conseils, de philosophies du corps constitue la dimension biopolitique des politiques hygiénistes. Le discours hygiéniste appliqué aux colonies semble apparaître dans la seconde moitié du XIX et semble être antérieur à la constitution d'un savoir médical spécifique. Vont être publiés de nombreux manuels hygiénistes qui ont une dimension pragmatique. Ils sont destinés aux personnels administratifs et privés de la Colonie.

La médecine coloniale et la politique hygiénique coloniale sont un ensemble de pratiques, représentations, et de discours qui accompagnent l'entreprise coloniale. Les objectifs de ces deux « dispositifs » sont de protéger le Colon en le mettant dans un environnement sain, de servir idéologiquement comme argument pour justifier la colonisation (l'idée selon laquelle, les nations « civilisées » devraient « aider » les peuples « primitifs »)[4], d'encadrer la main d'œuvre de colonisés. La constitution d'un corpus de textes et d'actions médicales va se mettre en place aussi à cause d'une expérience européenne de la « différence » : différence de climats, températures, de maladies. La zone de l'Afrique Centrale, par exemple, est très largement réputée dans la littérature coloniale, pour être une région à climat hostile et insalubre Scholastique Dianzinga (2009).

Dimensions de la médecine coloniale

Il est intéressant de noter l'évolution sémantique de la médecine coloniale en médecine tropicale. Terme qui renvoie à la profonde différence entre les maladies de la « métropole » et celles des « colonies ». La création d'un corps de santé dédié aux colonies françaises remonte en 1890. Tel que le décrit Grandmaison[5] :

A la fin du XIX^{ème}, la plupart des contrées exotiques demeurent des espaces anormaux et presque vierges, jugés tels en tout cas, où sols, eaux, animaux, insectes et « indigènes » sont les vecteurs de maladies nombreuses qui prospèrent d'autant plus que la nature reste sauvage, et pour cela dangereuse

L'association coloniale française, milite en 1905, pour la création d'un Institut de Médecine Coloniale, en spécifiant que :

La médecine d'Europe ou des régions tempérées n'est donc point semblable à celle des colonies ou des régions tropicales ; dans la vaste région occupée par ces dernières, on peut établir encore des zones des subdivisions, dont chacune a ses affections particulières, en d'autres termes, sa médecine spéciale[\[6\]](#)

Ce constat logique va aussi alimenter un ensemble de pratiques qui encadrent cette « différence » et qui va des fois aboutir à « faire dans les colonies ce que l'on ne fait pas en métropole ». Cette « différence climatologique et médicale » va asseoir une « différence » de politique et de pratiques.

Médecine coloniale et militaire

La médecine coloniale est liée à l'action militaire. Le premier corps militaire associé à la médecine coloniale est celui de la marine. Historiquement, la dimension militaire de l'entreprise coloniale a souvent été confrontée aux affres des maladies locales. La rudesse des climats a fait des dégâts sur les militaires qui ont accompagné la pénétration et la conquête coloniale. De même que la propagation de certaines maladies et épidémies (paludisme, maladie du sommeil, variole, peste, fièvre jaune) ont affecté considérablement les expéditions militaires. La première application de la médecine est orientée vers les militaires qui permettent la pénétration et l'installation coloniales. Il faut également noter que dans certains contextes, les troupes coloniales étaient constituées, lors de la première phase d' « établissement », de soldats « indigènes » Louis Armand Héraut (2006). En outre, la médecine militaire coloniale française se constitue progressivement avec des centres de formation, une école de santé navale ouverte à Bordeaux en 1890, l'école de santé militaire de Lyon créée en 1888 et qui ouvrira une section pour les troupes coloniales en 1925 et l'École d'application du Service de Santé des troupes coloniales en 1905 (École du Pharo implantée à Marseille), (Richard-Lenoble, et al, 2013). D'ailleurs, il convient de noter l'existence, encore de nos jours de plusieurs centres de santé militaire dans

plusieurs pays africains et de la présence de plusieurs médecins militaires français.

Par ailleurs, les militaires ont été utilisés pour organiser et faire respecter les mises en quarantaine.

Application et instrumentalisation capitaliste

Le Secrétaire général de l'Union Coloniale, M. J. Chailley-Bert, écrivait, à la date du 29 avril 1899, à M. le Professeur Brouardel, Doyen de la Faculté de médecine, une lettre dans laquelle il militait pour la création d'un Institut de médecine coloniale, en associant médecine et intérêts économiques :

Je suis convaincu que nos négociants, nos sociétés commerciales ou industrielles, nos banques, dont un grand nombre ont de gros intérêts aux colonies, seraient tout aussi disposés qu'on peut l'être en Angleterre, à soutenir une fondation de ce genre^[7]

Dans le reste de sa correspondance, on note aussi l'argument de la mission civilisatrice, véritable instance discursive de la colonialité. Ce thème de la médecine comme facteur civilisateur ou « bienfait » de la colonisation a été utilisé à plusieurs reprises dans le récit colonial pour assurer une légitimité. Or, l'association de la civilisation et des intérêts économiques à la santé illustre l'autre face de la Modernité, celle d'une configuration d'exploitation.

Une autre illustration de l'association entre médecine et entreprise privée capitaliste : en mai 1900, M. le Doyen Brouardel adressait à M. le Ministre de l'Instruction publique un plaidoyer pour organiser un dispositif d'enseignement, d'organisation et de transmissions des connaissances médicales spécifiques pour les colonies :

Les naturels des colonies ne sont pas seuls intéressés à ce que l'instruction médicale soit orientée dans ce sens. La colonisation ne se développera que si la santé des personnes qui quitteront la métropole pour habiter d'autres climats ne court pas de trop graves dangers. Il faut qu'elles trouvent dans la colonie des médecins instruits, connaissant les maladies qui les menacent, capables de formuler les règles d'hygiène qui permettront aux individus et aux collectivités de les éviter. Il ne s'agit pas seulement de donner au futur colon une sécurité

sur sa préservation personnelle; mais lorsqu'un industriel, un commerçant a l'intention de fonder un établissement dans une colonie, il engage sa responsabilité morale vis-à-vis des employés, des ouvriers qu'il associe à son œuvre. Ses intérêts matériels sont eux-mêmes en question, et si les lieux dans lesquels il s'installe sont insalubres, si les conditions de la vie dans ces climats, nouveaux pour ses collaborateurs, ne sont pas bien réglées, le succès de l'entreprise est bientôt compromis; souvent elle aboutit à un désastre. Ces insuccès sont bientôt connus, ils découragent ceux qui se disposaient à suivre les premiers colonisateurs, l'avenir de la colonie est menacé.

Enfin, la France elle-même est directement intéressée à ce que l'enseignement de la médecine tropicale soit sérieusement organisé. En même temps que se multiplient les échanges commerciaux avec les colonies, les maladies des zones tropicales envahissent l'Europe. Il ne s'agit pas seulement des grandes épidémies d'origine exotique, mais d'un certain nombre de maladies microbiennes et parasitaires dont les noms figuraient à peine, il y a quelques années, dans les traités de médecine. Les intérêts de la mère patrie et ceux de ses colonies sont donc absolument solidaires[\[8\]](#)

Ce long extrait donne à voir plusieurs logiques qui expriment la colonialité de la constitution d'une médecine coloniale. Tel que annoncé plus haut, l'application capitaliste est au cœur de l'intérêt particulier à développer la science médicale coloniale. La dimension « humaniste » est mentionnée, mais n'apparaît pas décisive. Il y a urgence à constituer et organiser un ensemble de connaissances médicales parce qu'il y a la nécessité de protéger le commerçant qui va, de par son initiative privée, développer la colonie de par ses activités. En outre, le dernier paragraphe exprime la « menace » qu'implique la densification des échanges entre territoires de la colonie et de la « métropole ». Les « maladies des zones tropicales envahissent l'Europe » souligne que l'autre intérêt de constituer un tel corpus de savoir permettrait de protéger d'abord la métropole contre des maladies inconnues. Cela sous-tend l'idée selon laquelle l'on peut tester des mesures dans les colonies pour préserver la métropole.

Dans le même ordre d'idées, Scholastique Dianzinga, dans son article sur la situation de la médecine dans le Congo colonial montre que l'intérêt premier de

l'action sanitaire fut de renforcer la main d'œuvre.

Il s'agissait en fait de faire bénéficier les colonisés des progrès de la médecine occidentale pour un objectif précis : le renforcement quantitatif et qualitatif de la main-d'œuvre. C'est à Brazzaville, capitale du Moyen-Congo et de l'Afrique Equatoriale Française (AEF), que furent implantées les principales infrastructures de l'action sanitaire[9].

D'ailleurs, Grandmaison précise cette lecture économiste en reprenant les commentaires d'un médecin colonial qui évoque un « encadrement » plus qu'un soin général et humanitaire.

Formant une « masse d'exécution » importante et souvent disséminée sur de vastes territoires dépourvus d'hôpitaux et de praticiens en nombre suffisant, ils doivent être « surtout encadr[és] », écrit le Dr Lasnet qui précise : « il ne s'agit pas de soigner tous les malades. (21) » Relativement aux « indigènes », la règle peut être ainsi définie : des mesures de prévention pour réduire les risques d'épidémie, et quelques soins dispensés de façon épisodique pour parer au plus urgent et assurer à cette main-œuvre une condition compatible avec les activités laborieuses qui lui sont imposées par les pouvoirs publics et les Européens[10].

Grandmaison fait ainsi ressortir plusieurs dimensions de la colonialité : l'indifférenciation des populations colonisées, la profonde asymétrie dans laquelle elles sont plongées, l'usage économiste de la médecine. Les colonisés sont principalement une main d'œuvre à « encadrer », dont il faut se soucier des conditions minimales pour l'accomplissement de leurs tâches. Il s'agit de respecter une division du travail et chercher à maintenir un système de production économique. Mais pas seulement dans l'objectif de maintenir une main d'œuvre mais aussi de créer des besoins et des consommateurs :

il convenait d'exploiter les richesses en matières premières de l'empire. Cela supposait avoir une force de travail. Celle-ci reposait fondamentalement sur la force musculaire des hommes, le meilleur des moteurs énergétiques, celui qui dure le plus longtemps si on en prend soin et qui est reprogrammable si nécessaire. De plus, une population nombreuse et en bonne santé 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[11].

La santé est donc un enjeu économique pour la Colonie, elle implique les capacités de production et de consommation dans des sociétés pour lesquelles les représentations de l'économie seront bouleversées. Cette brève lecture de la médecine coloniale donne à voir plusieurs dimensions : ses applications économiques et capitalistes lorsqu'elle se focalise sur l'Autre, son objectif principal étant de protéger le Colon (dont les militaires et autres personnels décisifs dans l'œuvre de la colonisation).

De manière globale, Charles Beker et René Collignon (1998 :414) établissent quelques caractéristiques de la politique sanitaire coloniale française. Ils soulignent la question de la rentabilité économique de l'action médicale et du développement asymétrique et économico-centré des structures 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)

- 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

Dimensions coloniales du discours hygiéniste

Une des grandes orientations des idées et politiques hygiénistes dans les colonies fut la logique de séparation voire de ségrégation exhortée afin de limiter les contaminations[12], de protéger le colon, et de maintenir une distanciation sociale et culturelle. L'enjeu est de maintenir l'asymétrie sociale et coloniale permettant d'exercer le pouvoir.

Tous légitiment l'application d'une ségrégation urbaine défendue par la majorité des praticiens puis appliquées, selon des modalités variables, dans la plupart des cités d'outre-mer jugées importantes par les pouvoirs publics. En 1905, à l'initiative de la section médicale du Congrès colonial français, les participants adoptent le vœu suivant : « qu'une séparation complète » soit « établi[e] entre les villages indigènes et les villages habités par les blancs et, dans les limites d'une même agglomération, que les habitations des uns et des autres soient établies

dans des quartiers différents. (17) » Trente ans plus tard, ce vœu est un principe recteur de la politique urbaine conduite par les gouverneurs généraux de nombreuses possessions où Européens et autochtones résident souvent dans des zones ou des villes distinctes[13]

Un « manuel d'hygiène coloniale » est publié en 1894 à partir de plusieurs propositions par la Société Française d'Hygiène et de l'Union Coloniale. Il établit un ensemble de préoccupations et de recommandations qui vont de l'orientation du campement militaire/économique « le tracé de l'établissement colonial doit être établi de manière à assurer le mieux possible la salubrité, la sécurité, le nettoyage et la bonne humeur du personnel », de la position de la maison (matériau, hauteur, emplacement des toilettes), aux capacités de « résistances du colon aux influences débilitantes inhérentes à l'entreprise de colonisation ». Faisant référence à la possible acculturation du colon comme danger. Craignant de voir le personnel colonial faire perdre un « capital symbolique supérieur », une série de mesures visant à limiter une acculturation sont prônées : l'évitement de relations intimes avec les populations colonisées. Pour Le Cour-Grandmaison[14], la politique hygiéniste constitue un biopouvoir qui va tenter de discipliner par un processus d'hygiénisation la vie quotidienne coloniale. Cette orientation hygiéniste se dirige aussi vers d'autres dimensions que la santé, notamment culturelle. Dans le cas précis de l'Afrique Centrale, Scholastique Dianzinga montre qu'en 1909 le Gouverneur général de l'AEF, Martial Merlin recommandait dans une note circulaire le débroussaillage des alentours des quartiers africains, la séparation des quartiers européens et africains, l'hygiène de l'habitation et l'organisation méthodique des services de voirie.

La colonialité de la grippe espagnole

Si l'idéologie coloniale civilisatrice rappelle les bienfaits d'une médecine humanitaire, il convient aussi de souligner que de nombreuses épidémies ont été diffusées en Afrique par les routes commerciales, les chantiers et campements de travailleurs ouverts par les autorités coloniales comme le signalent Charles Beker et René Collignon (1998). Tel est le cas pour l'épidémie de grippe espagnole qui arrive en Afrique après la Première Guerre Mondiale, par le retour d'ouvriers et de soldats africains coloniaux envoyés combattre en Europe. Selon Charles Beker et René Collignon (1998), cette dernière fut une « catastrophe démographique » pour le continent. Or, cet épisode souligne la dramatique expérience coloniale : recrutement dans les corps coloniaux, diffusion de maladies. En effet, il s'agissait

d'un enfermement dans une asymétrie : aller combattre pour des idéaux qui ne sont pas appliqués dans les colonies et diffuser une maladie virulente qui va tuer des milliers de personnes. Il convient ici de distinguer plusieurs dimensions. Premièrement, le contexte idéologique et discursif qui favorise le recours à des populations africaines pour aller combattre durant la Première Guerre Mondiale. Deuxièmement, lié au précédent, la mise en place d'un dispositif coercitif de circonscription pour « recruter » des hommes. Troisièmement, les réponses sanitaires liées à l'épidémie de grippe espagnole.

Le lieutenant-colonel français Charles Mangin, officier de la Coloniale ayant été en service en Afrique Occidentale publie un ouvrage *Force Noire* en 1910 dans lequel il propose de considérer les colonies comme réservoir de soldats afin de préserver les soldats de la Métropole. Il a mis en avant les supposées caractéristiques guerrières de la « race noire »[\[15\]](#). Il établit une baisse de la démographie française de l'époque qui a pour conséquence un déficit de soldats. Il dresse une esquisse d'une histoire des « forces noires » en se basant sur les dynamiques de l'islamisation en Afrique du Nord et sur la péninsule ibérique, sur les débuts de colonisation en Algérie, sur les résistances de plusieurs ethnies africaines à la colonisation française et sur l'utilisation de troupes supplétives. Bien qu'ayant été une proposition très discutée au sein de la hiérarchie militaire de l'époque, la violence des affrontements sur le terrain européen va pousser à recruter au sein des colonies. Ce type de proposition a construit l'Autre comme une « force » pouvant être utilisé à des fins stratégiques et de position impériale (concurrence avec les autres pays européens). Elle introduit dans l'opinion française l'argument de « la contribution de l'Empire » qui compenserait les « investissements coloniaux de la civilisation européenne ».

Les campagnes de recrutement sont lancées initialement dans les colonies d'Afrique subsaharienne sur la base du volontariat. Progressivement suite aux dynamiques de la guerre, la conscription est décidée entre 1915 et 1916. Particulièrement en Afrique occidentale française (AOF) où la tâche d'enrôler a été attribuée à certains chefs locaux. La mise en place d'une politique de quota de recrutement va accentuer la recherche et l'enrôlement forcé. Selon Valy Faye (2015), au Cercle Siné Saloum au Sénégal, les méthodes dures de recrutement sont mises en place par le gouverneur Paul Brocard. De même, selon cet auteur le souvenir de recrutement forcé persiste dans le langage local qui rappelle l'existence de cavaliers armés qui enrôlaient de force des hommes dans la région.

Les usages de la coercition dans l'enrôlement des recrues pour aller combattre en Europe ont produit des déplacements de population, celles de l'exemple cité, se sont enfuies en Gambie voisine. Et ces mouvements ont provoqué la chute de la production agricole. En plus de ces usages de la force, une propagande coloniale a tenté de convaincre les populations locales de s'engager au travers l'instrumentalisation de certains chefs religieux de la région. Dans d'autres parties de l'Afrique subsaharienne ce sont les différents acteurs coloniaux qui ont été impliqués dans ce processus : missionnaires, les concessionnaires et entreprise. Entre 1914 et 1918[16], environ 183 000 tirailleurs venant d'Afrique subsaharienne (165 200 provenant de l'Afrique de l'Ouest et 17 000 de l'Afrique Centrale) sont envoyés au combat en Europe et au Maghreb (Deroo et Champeaux 2013). Ces troupes coloniales vont subir de lourdes pertes du fait des différents terrains d'affrontements, de leur faible adaptation à certaines caractéristiques du combat et à des épidémies telles que la grippe espagnole.

La terrible grippe espagnole apparaît en France en 1918. Il s'agissait d'une maladie due à une souche H1N1 très contagieuse et qui provoquait des pneumonies en plusieurs vagues. Cette épidémie gagne l'Afrique avec le retour des soldats engagés durant la Première Guerre Mondiale. Elle se caractérisa par trois vagues : une première affectant la région du Nord de l'Afrique, dans les villes côtières de la Méditerranée, une deuxième qui toucha l'Afrique subsaharienne en août 1918 et une troisième en 1919. Pour le cas de l'Afrique Centrale, au Congo particulièrement, elle affecta sévèrement les populations. En effet, selon Scholastique Dianzinga, dans les circonscriptions du Djoué et des Bakongo, on dénombre plus de 3500 morts. Les mesures pour lutter contre cette propagation de la maladie furent très autoritaires : la mise en place de cordons sanitaires, de mises en quarantaines avec l'appui de militaires, et dans certaines colonies, un contrôle à domicile.

Colonialité du discours sur la Covid-19 en Afrique : entre risques et anomalies

La polémique hypothèse de tester des vaccins en Afrique est issue d'une histoire coloniale durant laquelle plusieurs expérimentations de la biomédecine ont été réalisées en Afrique, qu'elles soient relatives à des vaccins, ou à des techniques et politiques sanitaires. Quelques-unes des illustrations de ces expérimentations des politiques et essais médicaux sont par exemple les contaminations au virus hépatite C dues à des injections non stérilisées lors de campagnes massives de

vaccination en Afrique Centrale durant l'époque coloniale qui ont laissé des traces dans la santé des populations Lachenal (2011), les conséquences des injections de tryparsamide, les campagnes de vaccination avec le médicament Lomidine qui ont causé de nombreux décès.

Santé comme exercice du pouvoir

L'expérimentation de politiques et de techniques de lutte contre des maladies a donné lieu à un exercice du pouvoir colonial. Ce fut le cas de l'œuvre de Jean Joseph David officier dans les troupes coloniales, formé en 1929 à l'École du Pharo en Marseille. Il a été pendant quelques années sur l'île de Wallis dans le Pacifique, où il a cumulé les attributions administratives de médecin et de gouverneur (il est intéressant de relever cette antériorité de l'association entre ces deux savoirs-pouvoirs). Au Cameroun, il est nommé en octobre 1939 chef de région du Haut Nyong, région productrice de caoutchouc par le gouverneur général du Cameroun, Richard Brunot, qui explique que :

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.

Il s'agit alors d'une expérimentation qui va rendre exclusif, selon Lachenal (2011), le pouvoir médical en colonie et qui va d'ailleurs structurer les futurs de la politique sanitaire coloniale suite à la Seconde Guerre Mondiale. Cette région est affectée par des épidémies de lèpre, pian et de trypanosomiase. Jean Joseph David y crée une administration médicale qu'il dirige en installant un camp-laboratoire pour les malades. Il fusionne les orientations sanitaires et administratives en contrôlant la vie des patients à travers des mesures telles que le refoulement des populations de la région s'étant déplacées ailleurs, la levée d'impôts pour financer l'entreprise coloniale, faisant travailler même les malades (les lépreux et ceux de la maladie du sommeil). De même une série d'actions politiques telles que la médicalisation des femmes enceintes, la scolarisation, l'incitation à la culture intensive de cacao soulignent la mise de côté des urgences sanitaires.

Africains « sujets à risques »

Cette hypothèse polémique de tester des vaccins en Afrique est émise par Jean Paul Mira à partir du constat fait d'une absence de traitements, de masques, de réanimations en Afrique. Le parallèle avec l'expérience des prostituées et du Sida révèle le raisonnement selon lequel ces deux populations seraient très exposées et ne se protégeraient pas. Il y aurait donc une opportunité à tester des protocoles au sein de ces groupes de populations. Or, ce raisonnement n'est pas contemporain, il revêt une logique déjà implicite dans ce texte, d'une médecine coloniale agissant avec des réflexes modernistes. Tel que présenté précédemment, ce type de discours et d'hypothèse est établi sur le corps de l'Autre. Ce dernier est objet d'un diagnostic unilatéral et qui l'enferme dans une asymétrie. Or, les discours et politique hygiénistes, les orientations et pratiques de la médecine coloniale ont construit l'Autre, Africain, comme sujet à risques. Ainsi, cette « dangerosité » construite dès le début des discours hygiénistes va prôner des orientations d'urbanisation, de contrôle des populations, corridors sanitaires, campagnes de vaccinations, et même de politiques de répression. Il est aussi intéressant de souligner que les visites médicales passées de nos jours par les étudiants étrangers hors Union Européenne au-delà de leur visée sanitaire, relèvent d'un ancien souci de contrôle du corps non occidental.

Mais si les sujets africains seraient à risques, ce serait également du fait de l'environnement africain. Ainsi, les récits hygiénistes coloniaux sur la spécificité du danger du climat et environnement africains sont reproduits d'une certaine manière. Ces derniers évoquaient le caractère tropical, les parasites, les maladies typiquement tropicales. Ici, dans cette hypothèse de vaccins en Afrique, il s'agissait, sans doute, de relever le contexte matériel inadéquat qui serait une réalité uniforme en Afrique. Or, le discours moderniste et évolutionniste constitue également un grand « classique » des formes d'objectivation du continent. En effet, il est issu d'une logique constante depuis les premières relations coloniales et la rationalisation de la médecine coloniale. Par ailleurs, il renvoie à la représentation aussi très vieille de l'Afrique comme territoire d'épidémies mortelles.

De même, ce qui constitue un autre aspect d'une logique de médecine coloniale dans cette hypothèse est la volonté de tirer profit d'une situation de « populations à risques ». Même si la tonalité de cette sortie hasardeuse dans un contexte général de craintes et de perspectives modernistes, est de l'ordre du conjecturel

et de la « provocation », elle reprend une lecture opportuniste de l'expérimentation coloniale qui condamne l'Autre et donc pose la question éthique évoquée par Claude Bourguignon dans ce numéro. Dans le prolongement de cette préoccupation éthique, par exemple, Saiba Bayo[17], montre combien la question de la « dignité des malades européens » durant le point culminant de la pandémie est respectée dans les médias européens à l'inverse du traitement médiatique européen vis-à-vis des malades africains de l'Ebola. La dimension et l'usage de l'image rendent compte aussi d'une sorte de « colonialité de l'image » qui est la ligne de partage entre certaines victimes de pandémies.

Anomalie africaine et lectures économicistes

Le catastrophisme annoncé et l'anomalie africaine au sujet de la covid-19 ont été nourris par la persistance d'un discours enfermant l'Afrique dans une asymétrie systémique. Ce continent demeure objet d'un ensemble de discours et d'une facilité de projections qui parfois permettent de révéler des logiques qui ont des dynamiques. Les principales raisons qui tentent de rationaliser l'« anormale » résistance de l'Afrique face à la covid-19 en termes de décès sont presque les mêmes qui paradoxalement justifient la marginalité du continent sur l'économie internationale. Il s'agit d'arguments économicistes qui signalent la faible insertion de l'Afrique dans les réseaux commerciaux internationaux, des régions à faible densité démographique, une population jeune, des déplacements plus limités. Or, ces mêmes arguments sont utilisés pour signaler que l'Afrique malgré certaines dynamiques reste dans une situation de marginalisation internationale. L'association entre médecine et économie montre également une ancienne préoccupation, celle de la nécessité de produire malgré la maladie. Elle est au cœur de la modernité capitaliste qui a contraint des millions de personnes à demeurer « productives » malgré la maladie.

Conclusion

Cette brève esquisse de ce qu'a révélé la Covid-19 quant à la perception de l'Afrique par les Européens a fait apparaître certaines logiques coloniales. L'Afrique demeure objet de discours, de conjectures, de « provocations », d'interprétations qui donnent à voir la persistance d'une asymétrie et d'une relation épistémique de marginalisation. L'hygiénisme et la médecine coloniale ont produit des diagnostics sur l'Autre africain qui alimentent une banalisation de projections médicales aux portées éthiques questionnables. Le continent africain

durant cette crise sanitaire globale a été perçu comme « anormal » quant à sa « résistance » face à la maladie en même temps, on a envisagé la possibilité d'y réaliser des tests. Ces deux référents, « anormalité » et « testable » ont été utilisées lors de l'entreprise coloniale : dans les interprétations ethnocentriques et biomédicales, dans les expérimentations de politiques et de médicaments. Cette crise sanitaire globale renvoie donc à plus que de la santé, elle fait émerger le rapport aux Autres, les modes de sociabilité, l'inadéquation entre confinement et contextes précaires, le pouvoir, l'asymétrie systémique de certaines zones du monde, la relation avec la nature.

Bibliographie

Mignolo, W. (1998). *The darker side of the Renaissance : literacy, territoriality, and colonization*. Ann Arbor : The University of Michigan Press.

Beker, C. et Collignon, R. (1998). « Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest ». *Cahiers de la Santé*, 8, 411-416.

Bernault, F. (2020). *Quelques enseignements de l'histoire des épidémies en Afrique* (séminaire virtuel en ligne), accessible en ligne : <http://chsp.sciences-po.fr/publication/quelques-enseignements-de-lhistoire-des-epidemies-en-afrique-florence-bernault>

Deroo, E. et Champeaux, A. « Panorama des troupes coloniales françaises dans les deux guerres mondiales ». *Revue Historique des Armées*, 271, 72-88.

Dianzinga, S. (2009). « Santé et maladies en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) ». *Annales de l'Université Marien NGOUABI*; 10 (1) 92-107.

Faye, V. (2015). « Le cercle du Sine - Saloum (Sénégal) et la Grande Guerre (1914-1918) ». *Liens Nouvelle Série*, 9, 142-154.

Giroux, M. (2010). *La biopolitique hygiéniste. Généalogie du dispositif de sécurité hygiénique dans la France moderne (1750 à 1900)*. Mémoire Master en Sociologie, Université du Québec.

Lachenal, G. (2011). « Quand la médecine coloniale laisse des traces ». *Les Tribunes de la santé*, 4 (3), 59-66. Accessible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-4-page-59.htm>

Mbembe, A. (2000). *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*. Paris :Karthala.

Mudimbe, V.Y. (1982). *L'Odeur du Père : essai sur les limites de la science et de la vie en Afrique Noire*. Paris : Présence Africaine.

Union Coloniale Française (1901). *Création d'un Institut de Médecine coloniale*.

^[1]<https://www.france24.com/fr/20200515-covid-19-pourquoi-le-sc%C3%A9nario-catastrophe-n-a-pas-eu-lieu-en-afrique>

^[2]https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-afrique-vous-avez-dit-mystere-07-05-2020-2374533_3826.php

[3]

<https://ici-et-ailleurs.org/rencontres/universite-d-ete-2016/article/hygiene-et-biopolitique>

^[4]L'Union coloniale française, association française qui défend et valorise la colonisation, l'affirme : « Par suite d'un tel état de choses, les nations colonisatrices ont assumé des devoirs de toutes sortes, tant envers les indigènes conquis ou protégés qu'à l'égard des colons, des administrateurs ou des soldats européens qui occupent ces pays nouveaux ou les mettent en valeur. »

[5]

<https://ici-et-ailleurs.org/rencontres/universite-d-ete-2016/article/hygiene-et-biopolitique>

[6]Union Coloniale Française, 1901, p.4.

[7] Union Coloniale Française, 1901, p.43.

[8] Union Coloniale Française, 1901, p.48.

[9] Dianzinga (2009:2)

[10]

<https://ici-et-ailleurs.org/rencontres/universite-d-ete-2016/article/hygiene-et-biopolitique>

litique

[11] Louis Armand Héraut (2006 :387)

[12] Ce fut le cas à Dakar lors de l'épidémie de peste

[13]

<https://ici-et-ailleurs.org/rencontres/universite-d-ete-2016/article/hygiene-et-biopolitique>

[14] Idem

[15] Maguin (1910 :195/196, 225) : «on voit alors toutes les qualités guerrières des races noires », « La France possède en Afrique Occidentale une réserve de forces militaires dont nous avons constaté la valeur sur les champs de bataille au Moyen-Âge aussi bien que dans les dernières campagnes coloniales du XXe siècle ».

[16] Il faut également rappeler l'action de Blaise Diagne au Sénégal, député durant la Colonisation et haut cadre dans l'administration coloniale. Il fut nommé Commissaire Général chargé du recrutement des troupes en Afrique en 1918 en pleine guerre. Il mena plusieurs campagnes et dépassa le quota de troupes demandé.

[17] <https://www.elsaltodiario.com/el-rumor-de-las-multitudes/covid-19-ebola-y-la-colonialidad-de-la-imagen>