

Le scandale : les Africains cobayes ?

Claude Bourguignon Rougier

Pendant la pandémie, une vidéo circula beaucoup sur Youtube. Elle avait provoqué la colère de nombreuses personnes, en particulier en Afrique. On y voyait deux chefs de service hospitaliers français s'interroger sur l'intérêt d'une expérimentation en Afrique de vaccins contre le Coronavirus.

« Si je peux être provocateur, est-ce qu'on ne pourrait pas faire ces tests en Afrique, où il n'y a pas de masques, pas de traitements, pas de réanimation, un peu comme c'est fait d'ailleurs pour certaines études dans le Sida, où chez les prostituées on essaie des choses parce qu'on sait qu'elles sont hautement exposées et qu'elles ne se protègent pas ? »

Se demandait Jean-Paul Mira, chef du département de réanimation de l'hôpital Cochin. Le professeur Camille Loch, directeur d'études à l'Inserm, lui répondait

« Vous avez raison, et nous sommes en train de réfléchir à une étude en Afrique pour faire ce même type d'approche avec le BCG et un placebo.

<https://www.letemps.ch/monde/africains-cobayes-contre-covid19-grand-malentendu>

Rapidement, la vidéo déclencha un tollé sur les réseaux sociaux. Des insultes et des menaces furent même proférées à l'encontre des médecins. Les réactions de protestations se multiplièrent sur les réseaux sociaux en Afrique. On y accusait parfois les Occidentaux - entre autres le secrétaire général de l'ONU, l'Union européenne ou et le président de la république française, de vouloir tester en Afrique des vaccins contre le coronavirus.

Les deux chefs de service concernés présentèrent leurs excuses, et expliquèrent que leurs propos avaient été mal interprétés. Non, il ne s'agissait pas de tester un nouveau vaccin contre le coronavirus, c'était un malentendu. Oui, le but était de faire des essais avec des vaccins comme le BCG, pour trouver des pistes dans la lutte contre la pandémie, mais pas seulement en Afrique. Un communiqué de

l'Inserm assurait que :

Des essais cliniques visant à tester l'efficacité du vaccin BCG contre COVID-19 sont en cours ou sur le point d'être lancés dans les pays européens et en Australie. S'il y a bien actuellement une réflexion autour d'un déploiement en Afrique, il se ferait en parallèle de ces derniers ».

Un malentendu ?

Les Africains avaient-ils tous mal compris ce dont il était question ?

S'agissait-il d'un énième problème de communication ?

Une lecture hâtive de leur part expliquait-elle les hashtags #nonauvaccinenafrique, #pasdetestdevaccinenafrique, #lafriquenestpasunlaboratoire, #jenesuispasuncobaye... etc. qui fleurirent lors de cette semaine du mois d'avril ?

Mais alors, pourquoi cette insistante impression de déjà vu ?

Pourquoi ce sentiment d'un scénario récurrent ? Des propos racistes sont proférés avec sérénité, ils entraînent des réactions outrées, puis viennent les explications, les excuses. Et on plie, jusqu'au prochain « malentendu » ?

Lorsque le scandale éclata, en dehors des *mea culpa* contrits des deux chefs de service, on put lire les commentaires de médecins, politiques ou journalistes africains. Plusieurs d'entre eux remarquèrent qu'évoquer en France, devant un public français, l'intérêt d'un vaccin effectué en Afrique, quel que soit le type de vaccin, alors que les populations concernées n'en étaient pas informées, et ne faisaient pas partie de la discussion, était déjà hautement problématique.

« Ces gens font des annonces importantes, comme si nous n'avions pas voix au chapitre. C'est comme si on revenait à l'époque coloniale. Personnellement, je trouve cela raciste et condescendant », déclara à l'AFP l'ancienne ministre kényane de la Justice, Martha Karua.

Et il y eut un consensus pour dénoncer la tonalité raciste des propos. Ce que fit par exemple le directeur de l'Organisation mondiale de la santé, incriminant la mentalité « coloniale » qui s'y exprimait, mais regrettant également que ce genre

d'affaire complique la tâche cruciale de la recherche : elle provoquait la méfiance des populations. Et un malaise semblable se lisait dans la tribune que publia le chercheur Fred Eboko, directeur de l'Institut de recherche et de développement. Il y affirmait que l'Afrique n'était pas du tout le lieu privilégié des essais cliniques dans le monde, et regrettait que

Certains fustigent la participation (de ce continent) dans un concert où elle est quasi inexistante. Si les volontaires des essais cliniques sont des « cobayes », les Africains sont les moins « cobayes » de tous ».

On pouvait lire dans plusieurs des articles et communiqués, en Afrique et en France, qui se publièrent alors, que tout le monde avait intérêt à ce que la recherche suive son cours, Européens comme Africains. Plusieurs spécialistes, en dehors de Fred Eboko, regrettaient qu'il n'y eut pas assez d'essais cliniques en Afrique, si l'on exceptait l'Afrique du Sud ou l'Égypte. Wilfried Mutombo, coordinateur des essais cliniques en République démocratique du Congo (RDC), choqué par les propos des deux scientifiques français, invitait à faire la part des choses. Nathalie Strub-Wourgaft, directrice de l'unité des maladies tropicales négligées au sein de la Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI), se désolait de la faible participation de l'Afrique dans le grand essai clinique « Solidarity » lancé par l'OMS dans le cadre de la réponse au Covid-19.

Une autre idée était récurrente chez certains chercheurs ou médecins : leur conviction que le cadre des essais cliniques en Afrique était solide. Fred Eboko, faisait remarquer que les conditions de la recherche étaient bonnes, que les temps du colonialisme étaient derrière nous, et les protocoles de recherche, au point. Si l'on pouvait déplorer certains « dérapages », il existait des comités éthiques en Afrique qui font leur travail.

https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/04/08/non-l-afrique-n-est-pas-ni-de-pr-es-ni-de-loin-la-cible-privilegiee-des-essais-cliniques_6035948_3212.html

De fait, les propos du directeur de l'IRA quant à la part de l'Afrique dans les essais cliniques mondiaux sont confirmés par diverses enquêtes. Ils ne représentent en effet qu'une petite partie de la masse totale^[1], les pays émergents occupant une place de plus en plus importante. D'ailleurs, la plus grande part des essais se pratique, et s'est toujours pratiquée en Europe ou aux USA.

Une rationalité assez convaincante imprègne les propos de ces chercheurs : l'Afrique a besoin de l'expérimentation pour avancer dans la construction d'une médecine non dépendante, et les cadres étaient là. Finalement, il n'avait été question que d'idéologie dans cette affaire, cette vieille idéologie raciste. Un passé qui ne passe pas, disait Fred Eboko dans sa tribune. Les mentalités étaient en retard sur les changements.

Rassurant.

Mais la belle confiance du chercheur passait sous silence certaines réalités sur lesquelles nous allons revenir. Car la résistance aux vaccins qui s'est exprimée en avril s'inscrit dans une relation globale entre populations du Sud et du Nord, mais aussi entre pouvoir politique et pouvoir médical.

C'est ce complexe dispositif qui a été secoué par l'affaire des vaccins. Elle rend compte des soubassements de la médecine moderne et dévoile des mécanismes à l'œuvre lors des crises sanitaires, en France comme dans les pays ex-colonisés. Ces mécanismes se déclenchent dans le cadre de discours et de pratiques toujours marqués par le racisme et s'insèrent dans une biohistoire, qui concerne toutes les populations, pas seulement celles qui furent colonisées et sujets de la médecine coloniale. La question des vaccins renvoie à une histoire coloniale, et à la question des essais cliniques depuis la décolonisation. Cet article n'a pas la prétention de présenter une analyse de la question ; il s'agit plutôt d'y opérer quelques rapprochements et de tenter quelques questionnements.

Vaccins et histoire coloniale

Les propos de ces médecins ne sont pas d'un autre temps. On y observe la naturalisation de certaines attitudes, liées à des pratiques récurrentes dans tous les ex-empires coloniaux. C'est une sorte de transposition du discours de la mission civilisatrice, qui a muté et pris la forme du discours médical et de la défense de la santé. Et parler de l'histoire de la santé en Afrique depuis la colonisation n'est pas si facile car la recherche menée sur les ex-territoires français y est moins avancée que celle qui est menée dans les ex-territoires britanniques. On connaît néanmoins le rôle central tenu par les campagnes de vaccination entre les années trente et la période de la décolonisation.

Il n'est pas non plus facile d'aborder le problème des essais cliniques aujourd'hui sur le continent car les informations sont souvent divergentes. Sans doute parce

que le développement de l'essai clinique moderne, ce qu'on appelle « l'essai randomisé en double aveugle » est assez récent, puisqu'il s'est généralisé en Occident après la seconde guerre mondiale. L'essai clinique a une histoire très complexe, il nous oblige à penser les liens entre laboratoire, essais cliniques, industrie pharmaceutique, réglementation du marché, et éthique de ces expérimentations. Colonialité du savoir (cette médecine des preuves contemporaine, qui à la suite de la médecine coloniale, s'oppose à la pharmacopée et médecine traditionnelle) et colonialité du pouvoir (celle des grandes firmes pharmaceutiques occidentales et par leur biais, du marché global) s'y mêlent d'une façon pas toujours facile à analyser. Et la question éthique s'est posée aussi bien lors des expérimentations sur les populations menées lors de la période coloniale qu'aujourd'hui avec la généralisation des essais cliniques dans le monde.

Les campagnes de vaccinations, qui furent la vitrine de la colonisation et sa justification, sont donc au centre de cette médecine qui fut, ne l'oublions pas, une médecine militaire, ce qui nous renvoie aux fondements de l'hôpital moderne en France. Le vaccin en Afrique est une histoire à deux faces : justification d'une colonisation bienfaitrice qui a limité certains fléaux et stratégie de contrôle et de gestion qui produisit des résistances tenaces. Guillaume Lachenal parle pour le Cameroun d'une médecine de masse qui a fonctionné à plein régime jusqu' à l'Indépendance et donné des résultats statistiques extraordinaires .Dans l'imaginaire populaire français, l'image du médecin blanc, sauvant en masse des Africains malades dans des dispensaires de brousse, reste prégnante. La photographie a amplement contribué à au développement de cette autoreprésentation du blanc civilisateur portant secours aux Noirs. Cependant, c'est oublier que la colonisation même a facilité, par les déplacements de population, la propagation d'épidémies restées jusque-là localisées, qu'il s'agissait plus d'éviter la propagation que de soigner, et que la croyance fanatique en la science médicale a provoqué souvent des désastres sanitaires[2].

En effet, qu'il s'agisse des années 30 et du vaccin contre la fièvre jaune[3], testé à Tunis où «*le matériel humain ne manque pas*», ou dans les années 50, du scandale de la Lomidine⁽⁴⁾ qui causa des dizaines de morts et des centaines de gangrènes, les exemples ne manquent pas d'expérimentations menées sur des populations colonisées sans les précautions nécessaires et surtout, sans le consentement de ces dernières. Un autre aspect de cette période aux gestes

médicaux invasifs, est qu'en voulant lutter contre certaines maladies, les autorités sanitaires coloniales en ont transmis d'autres (voir le cas de la diffusion du VHC au Cameroun et dans d'autres pays, des recherches menées récemment au Cameroun et en République Centrafricaine ayant démontré que le VHC avait été transmis de façon massive aux populations par des injections non stériles lors de campagnes médicales menées à l'époque coloniale.

Les catastrophes iatrogènes, immédiates ou au long cours, associées à la médecine coloniale ne doivent pas être comprises sur le mode de l'erreur ou de l'accident (même si leur caractère involontaire va de soi) ; ce que révèlent au contraire les historiens, c'est précisément que la médecine coloniale fut dangereuse en raison de sa « perfection » technique, de ses calculs et de ses rationalisations économiques et éthiques. Le danger, pour le dire autrement, relevait de ce que Michel Foucault appelait « l'iatrogénie positive » : la nocivité due « à l'action de l'intervention médicale elle-même dans ce qu'elle a de fondement rationnel[5].

Les Africains ont donc un passé qui justifie leurs appréhensions et ils sont en fait très rationnels lorsqu'ils s'insurgent contre une suffisance dont l'histoire a plusieurs fois démontré la nocivité.

Essais cliniques et éthique

D'autre part, au centre de l'histoire des vaccins et des expérimentations cliniques, on retrouve un autre problème, crucial, mentionné brièvement plus haut : la question de l'éthique et du consentement, et donc des protocoles de recherche, autre bonne raison qu'ont les Africains de se méfier des essais cliniques ou des vaccinations. La question s'est posée d'abord dans le cadre de dispositifs pasteurien pour la période coloniale, puis, aujourd'hui, dans celui de la médecine des preuves et des essais cliniques[6]. Lorsqu'on lit le commentaire de Fred Eboko, on est étonné par le ton péremptoire avec lequel il affirme que les conditions des essais sont sous contrôle en Afrique. Les enquêtes de nombreuses organisations internationales vont pourtant à l'encontre de ce qu'il affirme, en particulier en ce qui concerne les protocoles. Le fait que tous les pays africains ne disposent pas des comités d'éthique, alors que leur rôle crucial est reconnu, laisse également songeur/se.

Les essais cliniques s'inscrivent dans une histoire, celle de l'expérimentation sur

des sujets, humains ou non. Une histoire très ancienne, qui commence avec l'Antiquité et connaît un moment charnière au XVIIIe siècle, lorsque les expériences vont prendre un caractère plus massif. A cette époque, en France par exemple, des expérimentations plus systématiques vont être menées sur une certaine partie de la population, sur des « corps vils » pour reprendre la formule de Grégoire Chamailou : prostituées, condamnés à mort, bagnards, malades mentaux, handicapés[7]. L'idée d'un consentement des personnes aux essais auxquelles elles étaient soumises n'a commencé à prendre de l'importance que dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Elle n'avait pas de sens avant. Comme le remarque la journaliste Chloé Leprince, dans sa recension d'un livre de Grégoire Chamayou:

(...) le consentement aux essais cliniques est une invention bien plus tardive que la pratique. C'est tout le sens du terme "corps vils", qui traduit une locution latine centrale dans l'histoire du jargon médical : "fiat experimentum in corpore vili", qui rappelle explicitement qu'historiquement, on a d'abord testé les médicaments sur ces "corps de peu d'importance" - mais sans toujours leur demander leur avis. Dans le même ouvrage, Chamayou rappelle que, longtemps, on s'accommodera de faire porter sur les plus pauvres, comme sur les prostituées, le risque des essais, puisqu'après tout, c'est leur mode de vie tout entier qui les exposerait à la mort : « Le médecin ne portera pas la responsabilité d'un risque que la pauvreté leur aurait de toute façon fait courir ». (Chloé Leprince, 2020)

<https://www.franceculture.fr/societe/essais-cliniques-quand-la-science-recrute-ses-doublures-en-afrique-ou-chez-les-pauvres>

Dans ce XVIIIe siècle, lorsque se construit l'hôpital moderne, dispositif de gestion de populations parmi ces autres dispositifs caractéristiques des états-nations modernes, commence à se développer une pratique consistant à sélectionner dans la masse de la population des groupes qui seront, on peut dire, « sacrifiés », de façon plus ou moins cynique, au nom du bien commun ou de la « défense de la société ». Mais le risque pris par les sujets humains de ces expériences sera justifié par leur faible valeur pour la société : êtres inutilisables pour le travail, immoraux, ou coupables.

Au XIXe siècle, lorsque l'ancien hospice se transformera en hôpital, une autre

catégorie de la population sera visée par les médecins : les indigents, cette ancienne population des hospices qui pendant des siècles avaient été pris en charge au nom de la charité chrétienne. Avec la sécularisation du monde social, ils devront apporter leur pierre à la construction du « bien commun », grâce à leur participation aux expériences, remboursant ainsi leur dette envers la société. On appelait ce genre d'accord des « contrats » ; expression qui rend manifeste le rôle de l'économie politique dans l'épistémè de la nouvelle formation sociale et le lien entre pouvoir politique, pouvoir médical et économie.

L'apparition de la question du consentement au XIX, s'inscrivait dans une polémique qui avait déjà commencé au XVIII siècle, lors des multiplications des essais cliniques et qui portait sur la légitimité de l'expérimentation humaine. Certains, comme Kant, refusaient de faire prendre des risques à une partie de la population pour sauver une autre ; d'autres considéraient que le principe du bien commun le justifiait. Loin d'être un débat pour nous autres, populations du XXIe siècle, qui avons intériorisé comme allant de soi le principe de l'expérimentation médicale, presque toujours au prix de la méconnaissance des conditions réelles de ces expérimentations et de leurs conséquences.

Grégoire Chamayou compare « la légitimation des expérimentations à un "*droit de guerre*", quand un pouvoir politique lève une armée en masse pour sauver un pays »[\[8\]](#). Cela nous rappelle que l'hôpital moderne, au centre de nos préoccupations lors du printemps 2020, s'est construit sur le modèle de l'hôpital militaire, lui-même lié à l'expansion coloniale maritime[\[9\]](#).

C'est seulement à la fin du XIX siècle que l'idée du consentement nécessaire aux expérimentations commence à émerger. Les premières réglementations des pratiques expérimentales auront lieu en Allemagne. Mais ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que des règles éthiques seront énoncées concernant les expérimentations. Il aura fallu un génocide et un massacre inouï pour qu'apparaisse la nécessité d'encadrer légalement les expériences pratiquées sur des êtres humains. Avec Nuremberg et le procès des médecins nazis, la question de ce qui peut ou ne peut pas se faire en matière d'essais sera posée dans le Code de Nuremberg. Mais cette démarche éthique ne se traduira que lentement dans le domaine pharmaceutique, champ d'application des essais cliniques. La déclaration d'Helsinki, en 1964, définira les principes éthiques de la recherche médicale ; celle de Manille en 1981, sera élaborée spécifiquement pour les pays en voie de développement.

Le développement de deux types de chartes séparées est déjà, à lui seul, éloquent. Cette particularité met en avant la colonialité de la question médicale. Et on pourra d'ailleurs s'étonner de ce que les textes aient longtemps été de simples recommandations : ils ne prévoyaient aucune sanction si le respect des participants, la confidentialité ou la protection des personnes concernées n'étaient pas observés. Dans un monde qui est régi par la loi, une telle légèreté est choquante. En France, il fallut attendre la loi Huriet-Serusclat du 20 décembre 1988 pour que les exigences éthiques soient définitivement fixées.

Guère plus d'un quart de siècle nous séparent de ce moment décisif. Nous sommes vraiment à l'aube d'une protection des sujets. Lorsqu'on a mis si longtemps à s'attaquer à un problème, il serait naïf de croire qu'il est réglé pour la simple raison qu'il a enfin été posé.

Essais cliniques en Afrique

Aujourd'hui, dans une Afrique pourtant décolonisée, des pratiques non éthiques ont toujours lieu. Au Nigeria, le laboratoire Pfizer a versé 75 millions de dollars en échange de l'arrêt de poursuites judiciaires, après des accusations d'essais d'un médicament contre la méningite menés à l'insu de la population en 1996. La Trovafloxacine, molécule destinée à lutter contre la méningite, avait causé la mort de onze enfants.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, des pratiques frauduleuses un peu partout sur le continent, ont également « *alimenté un fort ressentiment contre les hommes politiques et certains scientifiques* », et au Cambodge (août 2004) mais elles se sont poursuivies au Botswana, au Malawi, au Ghana.

Lors de l'essai clinique du Trovan, les autorités nigérianes et le comité d'éthique n'avaient pas été consultés sur l'information donnée aux familles et l'obtention de leur consentement. Au Cameroun, de même, les 400 prostituées camerounaises sur lesquelles ont été pratiqués des tests de l'antiviral Tenofovi[10] entre 2004 et 2005, souvent francophones et illettrées, n'avaient reçu qu'une information écrite en anglais. Certaines femmes croyaient qu'on leur faisait un vaccin, et celles auxquelles fut administré un placebo ne bénéficièrent pas d'un suivi médical renforcé, ni de prévention. Cela s'explique en partie par la contradiction de base entre faire de la prévention et mener un essai pour un médicament préventif : *l'essai ne peut fonctionner que si les personnes sont exposées et s'infectent* ».

L'autre partie de l'explication tient à la discrimination dont sont triplement victimes des femmes- noires-prostituées.

Les comités d'éthique[11] recommandés par l'Association médicale mondiale dès 1964 dans la déclaration d'Helsinki se sont mis en place en Afrique très progressivement depuis la fin des années 90 mais manquent de moyens. Il n'y en pas partout.

Et comment évaluer la pertinence des essais pratiques quand c'est l'industrie pharmaceutique elle-même qui organise cette évaluation ? Les laboratoires veulent rentabiliser leurs investissements et les autorités locales peinent à contrôler vraiment l'activité des laboratoires. Le décalage entre les enjeux industriels du médicament et la pauvreté des pays du Sud est patent. Quelle éthique invoquer lorsque le prix d'un produit fabriqué à l'issue d'un test ne permet pas son utilisation en Afrique ?

<https://www.monde-diplomatique.fr/2005/06/CHIPPAUX/12513>

Tout cela pose la question de la part des pays du Sud dans les essais cliniques.

Une enquête suisse récente, de l'ONG la Déclaration de Berne, insistait sur la croissance de ces essais cliniques dans cette partie du monde. Et les responsables interrogés affirmaient, dans un article publié en 2013 sur Mediapart, que les grandes firmes pharmaceutiques piétinaient allégrement les standards éthiques internationaux. L'enquête menée dans deux pays du Sud, L'Argentine et l'Inde, puis en Russie et en Ukraine, montrait que deux géants pharmaceutiques suisses, Roche et Novartis, profitaient des lacunes des systèmes étatiques de santé, de la défaillance des mécanismes de surveillance et de la corruption.

Au fil des scandales liés à la délocalisation croissante des essais cliniques dans les pays du sud et de l'est, les pharmas ont peaufiné leur stratégie », explique Patrick Durisch, responsable santé pour l'enquête menée par la Déclaration de Berne. « Ces sociétés mènent désormais majoritairement des tests dans les pays émergents, dans des infrastructures et avec du personnel de santé à priori bien sous tous rapports. Mais cela se passe toujours derrière des portes closes, dans la plus totale opacité, et avec le souci d'aller toujours plus vite », ajoute-t-il.

<https://www.mediapart.fr/journal/international/021013/des-cobayes-humains-au-ra-bais-une-ong-suisse-enquete?onglet=full>

Décoloniser la médecine

Il est clair que seule une appropriation par les Africains de l'essai clinique leur permettra de satisfaire les besoins spécifiques de santé publique sur ce continent. Il est clair également que le problème du rapport entre médecine traditionnelle, ignorée pendant la colonisation, et médecine occidentale doit continuer à évoluer dans le sens d'une meilleure reconnaissance mutuelle. La pharmacopée traditionnelle, plus économique, est mieux acceptée par la population, et l'expérimentation clinique doit pouvoir démontrer l'efficacité de remèdes allogènes. Une industrie pharmaceutique locale pourrait émerger. Cela a déjà commencé mais le processus n'en est encore qu'à ses débuts. Cette réappropriation et réhabilitation des savoirs locaux est un des aspects de la décolonisation des politiques sanitaires africaines. Mais une telle décolonisation ne saurait exister sans une interrogation de fond sur la nature de la médecine occidentale et la déshumanisation qui l'a marquée depuis le début.

Cette déshumanisation s'exprime et s'est exprimée dans un traitement différentiel des populations du Sud mais elle irrigue également les conceptions et les pratiques des pays du Nord quant à leur sécurité sanitaire. Les peuples du Nord attendent de leurs gouvernements qu'ils leur apportent la sécurité sanitaire. Les événements récents liés à l'épidémie de Covid ont démontré le caractère illusoire de cette attente, et les rapports complexes et contradictoires entre pouvoir politique et pouvoir médical, voir l'attitude de Didier Raouf, devront faire l'objet d'interrogations moins superficielles. Il ne suffit pas d'attribuer cette désillusion à une incompétence des responsables politiques. Car l'affaire des vaccins et des Africains révèle une des facettes obscures du bio-pouvoir. Ce dernier est constitutif de nos sociétés modernes. Une de ses manifestations est le discours mi-scientifique mi-gestionnaire sur lequel repose l'ordre médical. Ce n'est pas une incompétence qui explique la gestion du Covid par le pouvoir français ou étranger, c'est l'application des mêmes principes que ceux qui nous gouvernent au niveau économique et qui régissent les procédures de la recherche médicale : statistiques et gestion. Cette gestion et ces statistiques seraient moins catastrophiques si elles ne s'appuyaient pas sur une croyance absolue en leur validité universelle. Cette croyance a une histoire : celle des médecins coloniaux, surs de leur expertise, qui propagèrent des maladies en voulant en éradiquer

d'autres, constitue un de ses moments.

Mais l'autre aspect de ce bio-pouvoir, c'est le rapport des hommes entre eux qu'il met à jour. Le racisme qui transparait dans l'histoire médicale de l'Afrique comme dans celle d'autres pays anciennement colonisés, peut se voir comme la manifestation extrême d'une façon déshumanisée de vivre ensemble qui s'est construite à l'âge moderne: le corps social est toujours divisé, certains portant plus que d'autres le poids des sacrifices dits « nécessaires ». : De même que le médecin du XVIIIe siècle n'hésitait pas à soumettre un bagnard à une expérience qui mettait sa vie en danger, le justifiant par la dette sociale du réprouvé (double peine là aussi), de même, aujourd'hui, les pays du Sud sont encore le lieu de délocalisation d'essais cliniques menées dans des conditions éthiquement inacceptables. Derrière tout cela, c'est toujours l'idée que la fin justifie les moyens mais surtout que certains êtres peuvent plus être mis en danger que d'autres. Cette inhumanité-là fonde le monde dans lequel nous vivons. La sécurité des uns rend nécessaire la menace de disparition pour les autres. L'éthique vient après coup.

Toujours trop tard.

[1]Selon une étude publiée en 2018 par le réseau Les Entreprises du médicament (LEEM) et basée sur les données officielles gouvernement américain, sur les essais cliniques initiés en 2017, le pourcentage de participation par régions/continents du monde est sans ambiguïté. Amérique du Nord : 57 % ; Europe : 38 % ; Asie : 27 % ; Océanie : 11 % ; Amérique latine : 8 % ; Afrique et Moyen-Orient : 7 %. L'Afrique subsaharienne est la partie du monde la moins sollicitée pour les essais cliniques (in Non, l'Afrique n'est pas le laboratoire de l'Europe.)

[2]Ce sont les conceptions pasteurienne appliquées dans le cadre de réformes plus ou moins paternalistes d'autoritarisme politique qui ont donné à la médecine coloniale son aspect de « santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies, fort éloignées du 'colloque singulier' du médecin et du malade »(...) la logique n'était pas de soigner les malades mais d'éviter la propagation de la maladie (Studios in HSO&P, 1, 1997. p.11)

[3]Une souche de la maladie de la fièvre jaune avait été isolée à l'Institut Pasteur

de Paris, mais le directeur vanta la peur de tester le vaccin en France. Charles Nicolle proposerait au directeur de faire les tests à Tunis.

[4] A cette époque, les autorités coloniales s'attaquent à la maladie du sommeil en Afrique noire. Dans la précipitation, une molécule est isolée, la Lomidine, et sans prendre le temps de suivre les protocoles d'essais, les autorités coloniales contraignent les Sénégalais à la vaccination. Pour la population du village de Gribi, cette opération se soldera par 30 décès dus à des nécroses fulgurantes et par des centaines de gangrènes.

[5] Lachenal Guillaume, « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la santé*, 2011/4 (n° 33), p. 59-66. DOI : 10.3917/seve.033.0059. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-4-page-59.htm>

[6] La « nouvelle médecine » vient des États-Unis puis de l'Angleterre. L'étude britannique sur la streptomycine de 1947-1948 serait le modèle de la recherche clinique contemporaine. La randomisation serait l'axe des ECC et non le placebo, selon le clinicien Othmar Keel.

[7] On sait d'ailleurs que bien avant, l'anatomie avait connu des développements importants grâce aux dissections pratiqués sur les cadavres qui étaient souvent ceux des condamnés.

[8] L'expression est intéressante si on la met en regard du discours d'Emmanuel Macron pendant la pandémie.

[9] Voir Michel Foucault *Dits et écrits* II.

[10] Cette molécule réduit la transmission du VIS, l'équivalent du VIH, chez le singe. Le fabricant, souhaitant vérifier cette propriété chez l'être humain, a choisi une population à risques, les prostituées de pays à forte prévalence de VIH, en raison de la probabilité élevée chez ces dernières de contracter le virus.

[11] Chargés d'examiner le protocole d'expérimentation avant l'essai, et vérifier s'il est approprié au lieu où les essais seront pratiqués