

JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY HISTORY OF IDEAS



2020

Volume 9 Issue 18

Item 2

– Section 2: Articles –

Epidémies et société

Le Sénégal à l'épreuve de la fièvre jaune, 1750 à 1960

par

Adama Aly Pam



JIHI 2020

Volume 9 Issue 18

Section 1: Editorials

1. *Introduction: Pandemics, Regulations, and History* (JIHI)

Section 2: Articles

2. *Epidémies et société. Le Sénégal à l'épreuve de la fièvre jaune, 1750 à 1960* (A. A. Pam)
3. *Discrimination, Othering, and the Political Instrumentalizing of Pandemic Disease: Two Case Studies* (M. Baradel, E. Costa)
4. *Epidemics, Regulations, and Aristotle's Physics of Motion: A Ballistic Perspective on a Current Debate* (A. Pannese)
5. *Pathologizing Poverty: The Metaphor of Contagion from the New Poor Law to Public Health* (D. Dey)
6. *Pauline de Noirfontaine's Un regard écrit: Algérie: Unveiling Human Nature in Times of Crises* (A. Larbi Yourcef)

Section 3: Notes

7. *N'est-il d'histoire que d'historiens ? Pratiques et institutionnalisations de la recherche sur le passé menée par des non-historiens* (V. Barrusse, M. Bessone, P. Bonin, P. Brunet, L. Cadiet, P. Comte, D. Couzinet, S. Débarre, A. Duploux, A. Mardirossian, J. Morsel, N. Sigot, G. Simiand, M. Tsikounas et J.-Ph. Garric)

Section 4: Reviews

8. *Book Reviews* (F. Ammannati, L. Coccoli, S. Sermini)
-

Epidémies et société

Le Sénégal à l'épreuve de la fièvre jaune, 1750 à 1960

Adama Aly Pam *

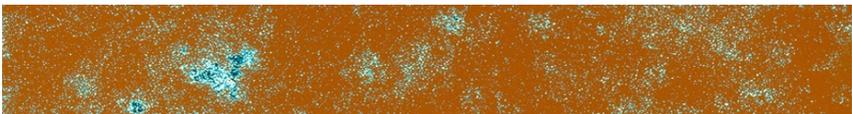
Yellow fever appeared in Senegal during the Atlantic slave trade. The epidemic episodes of this pathology were both a revealer of social processes and a driving force for the transformation of colonial society. From the point of view of the history of science and medical ideas, yellow fever sheds light on the social body in its various interactions and makes more visible the essential joints of the group, the lines of force and tensions that run through it. From group survival strategies to commercial and political wars, the morbid event is a privileged place from which one can better observe colonial society in its administrative mechanisms and relationships between powers. The present study focuses on a long-term analysis of the medical discourse and practices around yellow fever with regard to, among other things, the domestication of Western biomedical science outside its zone of elaboration, as well as the implementation of a particular form of medical practice as an expression of domination. The epidemics of 1878-1881, 1900 and 1927 were important moments for the evolution of ideas about disease, while at the same time they induced ruptures and transformations in social groups and geographical space (architecture). They show how scientific views and theories condition and determine health policies in the colonies.

La fièvre jaune a fait son apparition au Sénégal à la faveur de la traite atlantique des esclaves. Sa manifestation cyclique et meurtrière n'est pas sans lien avec la pénétration coloniale. La maladie a suscité l'adoption d'une multitude de textes législatifs et réglementaires pour combattre les épidémies et soumettre les

*Chief Archivist, UNESCO (a.pam@unesco.org).

populations aux règles de l'hygiénisme occidental. Beaucoup d'enseignements peuvent être tirés de l'épisode de la société coloniale empêtrée dans l'épidémie de fièvre jaune. En effet, tout le discours sur le corps et la maladie devient du même coup un discours sur les mœurs et l'ordre. C'est particulièrement vrai au Sénégal où on assiste à un conflit entre les représentations de la santé et les formes de recours thérapeutiques. Il s'agit ici d'une confrontation entre les pratiques occidentales et africaines. L'occurrence de la fièvre jaune, que les populations africaines désignent par « maladie des Blancs », est un moment privilégié d'expression de ces contradictions.

Les sources relatives à problématique de la santé aux colonies se fondent essentiellement sur des sources archivistiques, des publications des institutions médicales et de quelques travaux contemporains essentiellement des travaux universitaires. La présente étude se focalise sur une analyse dans la longue durée des discours et des pratiques médicales autour de la fièvre jaune au regard de l'évolution de la pensée médicale. Elle entrevoit entre autres, la question de la domestication de la science biomédicale occidentale en dehors de sa zone d'élaboration, mais également la mise en œuvre d'une forme particulière d'exercice de la médecine comme expression de domination et de mise en ordre de la société sénégalaise. Les épidémies de 1878-1881, 1900 et 1927 constituent des moments importants permettant d'appréhender l'évolution des idées autour de la maladie, mais aussi les ruptures et les transformations qu'elles induisent dans les groupes sociaux. Elles montrent comment le regard et les théories scientifiques conditionnent et déterminent les politiques sanitaires. La première partie de notre étude met en lumière le cheminement de la recherche médicale sur la fièvre jaune et son application. La deuxième et la troisième partie analysent les ressorts et les mécanismes de la biopolitique et leurs implications socio-anthropologiques et politiques sur la société coloniale.



1. Débats, controverses sur l'origine et les causes de la fièvre jaune

Le dernier quart du XIX^e siècle est marqué par l'essor incontestable de la bactériologie. La nouvelle science permettait de juguler les maladies en Europe, en Amérique du Nord et au Japon. Elle se heurte en Afrique à des pathologies particulières qui remettent en cause des certitudes et des aprioris. Sur la question de la fièvre jaune, les médecins coloniaux sont partagés entre tenants de la théorie microbienne (contagionnistes) et adversaires convaincus (infectionnistes). Malgré les évolutions et découvertes faites en Amérique, les savants coloniaux sont empêtrés dans un immobilisme idéologique et scientifique qui ne prend fin qu'à la faveur de la mise en réseau des savants des différents empires coloniaux et de la Fondation américaine Rockefeller.

1.1. Evolution de la pensée médicale et construction des savoirs sur la fièvre jaune aux colonies

Véritable hantise des coloniaux, la fièvre jaune est déclinée sous plusieurs vocables et euphémismes. Elle est désignée, entre autres, par les expressions comme : *vomito negro*, mal de Siam ou la peste rouge. Elle reste pendant longtemps la gardienne des côtes africaines. L'idée de la fièvre jaune sème une telle frayeur dans les équipages que certains officiers de santé y voient une cause prédisposante et n'osent pas prononcer le mot.

Dans le dernier quart du XIX^e siècle, l'agent pathogène de la fièvre jaune constitue encore une énigme pour la communauté scientifique. Plusieurs théories s'affrontent avant que la révolution pastoriennne ne vienne à bout du mystère. Parmi les innombrables thèses sur les causes de cette maladie, nous signalons la théorie malarienne ou la théorie des miasmes et la théorie chimique. Pour la première, la fièvre jaune serait « une variété de l'empoisonnement paludéen ». D'après Chervin, c'est la malaria qui, en évoluant se transforme en fièvre jaune. Pour les tenants de cette thèse, la maladie se manifeste par une première période de fièvres intermittentes, une deuxième période typhique et puis une troisième pendant laquelle, la fièvre jaune classique se manifeste. Le docteur Corre, défenseur de la théorie chimique de la fièvre jaune, nie en bloc

la participation des microbes dans les maladies infectieuses, que ce soit la peste, le choléra ou le tétanos. Pour lui, le « principe nocif » ne pouvait être qu'un agent chimique, un alcaloïde à la rigueur. En 1887, dans son traité clinique des maladies des pays chauds, il écrivait : « Le marais, quand il existe, est le foyer d'élaboration des principes multiples dont les effets se combinent ; il peut donner naissance à la malaria et à la dysenterie par ces émanations nécessairement complexes »¹. Dès lors, c'est dans les profondeurs de la terre qu'il faudrait rechercher les causes de la maladie. L'auteur se demandait d'ailleurs s'il ne faudrait pas rechercher au fond des profondeurs de l'océan « immense laboratoire, dont la science commence à peine à entrevoir les secrets, où se forme la matière où l'être d'où sortira le principe amaril »².

Entreprenant ses recherches, en 1880, le docteur Carlos Finlay, de la Havane, signale dès 1882, qu'un moustique, le « culex mosquito » est le vecteur de la fièvre jaune. Chiffres en mains, expériences à l'appui, il prouve que le degré de froid auquel le moustique succombe est celui auquel la fièvre jaune cesse. En 1884, Finlay publie ses expériences sur la vaccination par des piqûres judicieuses de moustiques infectés³.

Adeptes de la théorie microbienne, il faut pour les pastoriens⁴, découvrir le germe responsable de la maladie. Le docteur Talmy, assistant de Louis Pasteur, se rend sur les indications du maître au Sénégal lors de l'épidémie de 1878-1881, pour recueillir le microbe responsable de la maladie dans le sang des malades et des cadavres⁵. Ces recherches furent infructueuses. Pasteur lui-même se rend à Bordeaux faire des prélèvements de sang sur les malades et convalescents venus de la colonie. Le germe avait disparu de leur sang, remettant ainsi à plus tard, la mise en évidence de l'agent causal de Noguchi⁶.

¹Armand Corre, « De l'étiologie et de la prophylaxie du typhus amaril », *Archives de médecine navale* 37 (1882) : 84.

²Corre, 84.

³Carlos Finlay, *Fiebre Amarilla experimental, comparada con la natural en sus formas benignas* (Habana : La Propaganda Literaria, 1884).

⁴Les pastoriens sont les disciples directs du Savant, les pasteuriens sont ceux qui appliquent les méthodes mises au point par Pasteur.

⁵« Lettre de Talmy à Louis Pasteur », *Archives de l'Institut Pasteur de Paris*, octobre 1881, Fonds Louis Pasteur, LP.G143.

⁶« Lettre d'Emile Roux à René Vallery-Radot », *Archives de l'Institut Pasteur*, 17 septembre 1901, Fonds Roubaud, Rou.1.

Malgré les progrès réalisés en Amérique, faisant du moustique le vecteur de la maladie, les idées régnantes au Sénégal dans la lutte contre la fièvre jaune sont caractérisées par une sorte d'immobilisme scientifique faisant recours à une rhétorique scientifique anachronique et des pratiques médicales désuètes¹. Les recommandations faites aux populations lors de l'épidémie de 1900, permettent de voir la réalité des connaissances du corps médical : Les recommandations contre la fièvre jaune insistent sur la dangerosité des contacts avec le malade. Les vêtements et objets de literie sont considérés comme des vecteurs du germe infectieux. Obligation est faite pour tout visiteur qui approche un malade de se vêtir d'effets en toile ou de vêtements susceptibles d'être lavés. Avant de quitter la chambre du malade, se laver abondamment les mains et la figure sans omettre la barbe et les cheveux avec de l'eau phéniquée ou bichlorurée et regagner son logis le plus rapidement possible en évitant tout contact avec des personnes sur le chemin du retour. Une fois chez lui, il doit changer de vêtements et mettre à tremper dans de l'eau bichlorurée les effets qu'il avait au moment de sa visite⁸.

Comme on le voit, la part faite à la contagion² par le moustique est bien petite encore c'est à peine s'il est cité. Les constats empiriques l'emportent sur des recherches éprouvées scientifiquement. Les morts de fièvre jaune devaient être enterrés dans « un triple cercueil et défense absolue de transporter les restes mortels avant une période de 5 ans »³. Ceci, dans le souci d'éviter le réveil des miasmes enfermés dans les tombes. Il va de soi que la remise en cause des certitudes du milieu scientifique aux colonies ne fut pas aisée. Les nouvelles découvertes sur la maladie furent ainsi réfutées avec force démonstration par plusieurs médecins dont le docteur Corre en France, qui jouissait d'une grande réputation au sein de ses pairs. Ce dernier avec ironie s'étonnait de « la puissance nocive qu'un insecte aussi petit que le moustique, peut tout à coup acquérir en

¹Lire à ce sujet : Papa Amadou Gaye, *La diffusion institutionnelle du discours sur le microbe au Sénégal au cours de la troisième République* (Paris : Université Paris VII, 1997) [Thèse de Doctorat, Histoire]. Également intéressante est l'étude comparative par Odile Goerg, « Des moustiques et des hommes : savoirs médicaux et relations intercommunautaires à Freetown (Sierra Leone) au tournant du XX^e siècle », *Ethnologie française* 153, n° 3 (juillet-septembre 2017) : 445-454.

²La notion de contagion n'est pas véritablement exacte dans le cas de la fièvre jaune qui est une zoonose.

³La croyance à la survivance du germe chez les personnes décédées des suites de la fièvre jaune, justifia pendant longtemps les difficultés de transporter en France les restes mortels des personnes mortes de cette maladie.

puisant, avec le sang des malades, le principe de la contamination spécifique¹ ». Son scepticisme est partagé par la presse française qui rendait compte de la découverte et des expériences américaines avec une certaine ironie. Reprenant l'information publiée par le journal britannique *Times* « à titre d'information susceptible d'intéresser le commerce bordelais en relations étroites avec la colonie du Sénégal », *Le Bordelais* écrivait, non sans ironie les lignes suivantes : « les moustiques sont en train de se faire une bien mauvaise réputation et les méfaits dont on les accuse deviennent de plus en plus nombreux. Déjà on leur attribuait la propagation des fièvres palustres ; voici maintenant qu'on en fait les agents de la transmission de la fièvre jaune »².

Plusieurs découvertes de germes prétendus responsables de la maladie furent tour à tour abandonnées. En 1919, Ideyo Noguchi³ (1876-1928), célèbre savant japonais, publie un mémoire dans lequel il affirmait que la fièvre jaune est causée par un germe visible, le *Leptospira ictéroïde*. L'autorité du savant était telle qu'on ne mit guère doute à la réalité de sa découverte. Tous les traités médicaux de l'époque adoptèrent la conception spirochétienne.

Lors de la réunion de la conférence sanitaire de Paris en 1926, cette conclusion fut adoptée par la sous-commission épidémiologique. Celle-ci affirmait dans ces conclusions que « la fièvre jaune se propage par la transmission d'un germe spécifique (*leptospira ictéroïdes*) par l'intermédiaire du *stegomya calopus* »⁴. Cette conclusion fut adoptée par tous les traités et inspira les mesures de lutte contre la maladie. Toutefois, la mission américaine de la Fondation Rockefeller, envoyée en 1925 à Lagos, mit une première fois des doutes sur l'agent causal de Noguchi.

Sur les instructions du gouverneur général de l'AOF, l'inspecteur général Lasnet, s'est entendu avec M. Roux, Directeur de l'Institut Pasteur, pour la fabrication de vaccin et de sérum de Noguchi. Dans la correspondance que le Gouverneur général adresse au Président de l'Union Coloniale, il précise que ces

¹Armand Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds* (Paris : Octave Doin, 1887), 112.

²« Nouvelles et intéressantes recherches – Les moustiques – Expériences concluantes », *CAOM*, série géographique/Sen/XI/dossier 47.

³Bactériologiste japonais de la Fondation Rockefeller, il avait réussi à cultiver le tréponème de la syphilis. Il jouissait de ce fait d'une très grande réputation au sein de la communauté scientifique.

⁴Constant Mathis, *Progrès réalisés au cours de ces dernières années dans l'étiologie et la prophylaxie des maladies des pays chauds* (Paris : Sans date, Science médicale pratique), 17.

vaccinations seront pratiquées de manière facultative au personnel destiné aux colonies dans les services coloniaux de Paris (ministère), Bordeaux et Marseille¹.

La commission de la fièvre jaune du Bureau d'Hygiène internationale de la Fondation Rockefeller a été organisée en 1925. Le quartier général fut établi à Jahi près de Lagos. Pendant 18 mois, de janvier 1926 à mai 1927, toutes les recherches ont eu pour but d'isoler le leptospire ictéroïde du sang des jauneux et de reproduire la maladie chez les animaux de laboratoire. 67 cas de fièvre jaune ont été étudiés (8 dans la Nigeria et 59 dans le Gold-Coast). Plus de 1000 cobayes ont été inoculés. Aucun animal n'est mort de lésions suggérant la fièvre jaune. Par contre, ces mêmes animaux infectés avec des cultures virulentes de leptospires sont morts des symptômes typiques de la leptospirose. Des essais d'inoculation ont été faits sans résultat à d'autres animaux d'Afrique, rats, souris, chèvres, petits chats, lapins, petits chiens².

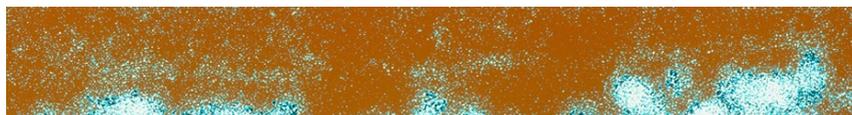
1.2. Doutes et remises en cause des certitudes

Les recherches effectuées au Laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar dans le but de vérifier la présence du leptospira dans le sang des malades atteints de la fièvre jaune en adoptant la technique expérimentale de Noguchi, concluent à des résultats négatifs. Les recherches sur les singes infectés n'ont pas non plus confirmé la doctrine du savant japonais. On arrive à la conclusion que les malades chez lesquels Noguchi avait découvert le leptospire étaient atteints de la spirochétose ictérohémorragique. D'ailleurs, Noguchi, lui-même constate en avril 1928, son erreur. Le leptospira n'était pas responsable de la fièvre jaune et son isolement par certains chercheurs relevait d'une erreur de diagnostic clinique. Ces derniers prenaient pour de la fièvre jaune des cas de fièvre ictérohémorragique. Selon Carlos Chagas, il « paraît plus probable, qu'il s'agisse là de la présence accidentelle de ce germe dans le sang. Cette dernière hypothèse

¹« Correspondance entre le Gouverneur Général de l'AOF à Monsieur le Sénateur François Mansal, Président de l'Union Coloniale, 3 septembre 1927 », *Archives Nationales du Sénégal*, dossier 1H12 (1) : 2.

²Dr. Beuwkes, « Etudes récentes de laboratoire sur la fièvre jaune », in *Conférence africaine de la fièvre jaune*, 188-224 (Paris : Fournier 1928).

trouverait sa base dans le fait que l'on a fréquemment isolé d'eaux de provenance diverses des leptospiras pathogènes»¹. Parmi les zones d'ombres de la recherche médicale sur la maladie, figure la question ancienne de savoir pourquoi les Noirs sont réfractaires à la fièvre jaune. C'est l'objectif fixé au Docteur Pettit, envoyé en mission au Sénégal en 1927. La conférence intercoloniale de la fièvre jaune tenue à Dakar en avril 1928, met fin au mythe de l'immunité raciale des indigènes face à la fièvre jaune. Ce constat a pour conséquence la mise en place de nouvelles règles de surveillance et de contrôle de ces derniers. Au même titre que les indigènes, les Syriens, les Marocains et les Portugais sont également considérés comme des agents actifs de diffusion de la fièvre jaune. Toute la stratégie de lutte contre la fièvre jaune intègre à partir de ce moment la notion de classes dangereuses à mettre sous surveillance². Ces conclusions entraînent un nouveau départ avec des mesures beaucoup plus accrues pour éviter le retour de la maladie et des recherches systématiques pour la mise au point d'un vaccin efficace.



2. La mise au point du vaccin contre la fièvre jaune à Dakar

Les recherches entreprises en vue de mettre au point le vaccin de la fièvre jaune, furent longues et ponctuées d'erreurs et de controverses scientifiques avant que le vaccin ne soit finalement mis au point à l'Institut Pasteur de Dakar. Toutefois, la mise en pratique de la vaccination fut encore plus difficile du fait

¹Carlos Chagas, « Recherche expérimentale effectuées à l'Institut Oswaldo Cruz », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 22 (1929) : 398-407.

²Voir au sujet de la politique de ségrégation résidentielle, l'ouvrage de Myron Echenberg, *Black Death, White Medicine, Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914-1945* (Portsmouth : Heieman 2002).

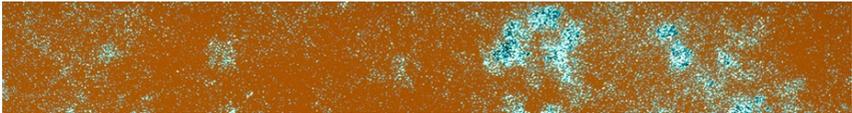
des accidents post-vaccinaux et de la méfiance des populations indigènes et des Européens vis-à-vis du vaccin.

Les recherches pour la mise au point d'un vaccin contre la fièvre jaune auraient pu avoir lieu à Paris, si le docteur Roux n'avait craint l'expérimentation de ce vaccin vivant sur l'homme. C'est dans les laboratoires des colonies que sortira le premier vaccin français contre la fièvre jaune. Roux interdit toute publication au cas où le professeur Sellards et le docteur Mathis poursuivraient leurs travaux. Charles Nicolle, de passage à Paris, proposa aux deux chercheurs dépités de venir finir leurs expériences dans son institut Pasteur de Tunis où il leur proposerait non pas des aliénés mais du matériel humain de laboratoire, autrement dit des malades. Cela aboutit, on le sait, à la création du vaccin au jaune d'œuf avec le docteur Laigret. Ce vaccin n'était pas sans poser de problèmes. En effet, le vaccin n'étant pas parfaitement à point induisait des réactions violentes et parfois entraînait la mort des personnes vaccinées.

Les laboratoires engagés dans la lutte contre la fièvre jaune parviennent à reproduire la maladie en laboratoire sur des cobayes. Il s'agit du typhus amaril expérimental. Le virus utilisé a pour origine un virus humain, isolé à Dakar, en 1927, par A.W Sellards, chez un Syrien atteint de fièvre jaune légère. Ce virus a été conservé par passages successifs sur *Macacus rhésus* et sur *Aedes Aegypti*. Il est connu dans les laboratoires sous le nom de « souche française », désignation donnée par Sellards pour le distinguer de la « souche Asibi » (du nom du Noir qui l'a fournie) et qui a été isolée par les membres de la mission américaine de la Fondation Rockefeller, à Lagos (Nigeria).

En inoculant le virus amaril de singe, dans le cerveau de la souris blanche, Max Theiler, réussit en 1930 à créer une souche particulière de virus amaril adaptée à cet animal. Il a également montré que ce virus était neutralisé in vitro par le sérum d'individus convalescents de fièvre jaune, ainsi que par le sérum de singe ayant résisté au typhus amaril expérimental. Cette découverte permit à la Recherche de faire une avancée capitale. Elle permettait d'une part, de substituer la souris blanche au macacus rhésus très coûteux et difficile à se procurer et il n'était pas possible en utilisant les macacus rhésus d'étendre les investigations sur une large échelle et d'autre part, l'expérimentation permettait d'établir des épreuves de séro-protection effectuées en vue de la détermination des zones d'endémicité amaril dans les pays où sévit de temps à autre la fièvre jaune. Grâce à l'usage de la souris, on a pu donner plus d'ampleur à ce genre de

recherche et Durieux (1932) et Stéphanoulo (1933). Le recueil d'un nombre assez considérable de sérums a permis de déterminer la carte de répartition de l'endémicité amarile en AOF. L'expérience consistait à prélever du sang à un certain nombre d'indigènes et avec le sérum obtenu, on injectait des *Macacus* qui recevaient en même temps du virus amaril de singe. Si les singes survivaient, on pouvait en conclure que le sérum avait un pouvoir protecteur et que les individus qui l'avaient fourni, avaient eu antérieurement une atteinte de fièvre jaune. Si de jeunes enfants, n'ayant jamais quitté la région, avaient un sérum protecteur, on en tire la conclusion que la région est un foyer d'endémicité amarile. Si les seuls adultes fournissaient un sérum protecteur, on pouvait affirmer qu'il y avait eu antérieurement une épidémie amarile, mais que la fièvre jaune n'y était pas implantée. La recherche de la séro-protection permit d'établir la preuve indiscutable que, contrairement à l'opinion soutenue par certains médecins, les Noirs étaient sensibles au virus amaril.



2.1. Le stade expérimental du vaccin : les cobayes humains

Au moment où il s'est agi de pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune en Afrique occidentale dans les régions d'endémicité, on s'est demandé si cette vaccination n'était pas susceptible de créer des foyers de la maladie par l'infection des *stegomyas* sur les sujets vaccinés, là où ils abondent. Pour répondre à cette question, des recherches furent entreprises par C. Mathis, Durieux et Advier. Les premières expériences furent rapportées dans une communication faite le 6 novembre 1934 à l'Académie de Médecine. Elles permirent d'établir que le *stegomya* ayant piqué des sujets vaccinés n'était pas capable de transmettre le virus de la fièvre jaune, au macacus rhésus, animal extrêmement sensible à la maladie. Dans une seconde série d'expériences, les *stegomyas* qui s'étaient nourris sur des individus ayant reçu de fortes doses de vaccin, furent portés

ensuite non sur les macacus rhésus mais sur l'homme. Les conclusions de ces expériences sont les suivantes :

- dans l'expérience n° 1, un sujet neuf a été piqué par 156 moustiques qui s'étaient nourris sur des sujets vaccinés du deuxième au quinzième jour par la première injection de vaccin sec de Laigret. Ces moustiques reportés sur le sujet neuf du quatorzième au dix-septième jour après les repas supposés infectants n'ont pas transmis la fièvre jaune ;
- dans l'expérience n° 2, le sujet qui avait servi pour l'expérience précédente a été piqué par 113 moustiques qui s'étaient préalablement nourris sur des sujets vaccinés, du deuxième au seizième jour après la première injection de vaccin sec de Laigret. Parmi ces moustiques, 62 survivants ont piqué le même sujet après avoir été nourris sur des sujets vaccinés 30 jours auparavant. Toutes les expériences de transmission ont été négatives.

Le docteur Laigret, se fondant sur ces conclusions, mit en application sa méthode de vaccination. Du 10 juin à fin décembre 1934, il pratiqua 9802 vaccinations sur des individus de race blanche et des individus de race noire. On n'enregistre aucun cas de fièvre jaune dans l'entourage des personnes vaccinées. La conviction des expérimentateurs est d'autant plus solide que la vaccination a été faite sur un grand nombre de Syriens, vivant dans des conditions de vie assez misérables, au milieu de la population indigène, n'usant pas ou usant mal de la moustiquaire et dont la plupart habitent le Sine Saloum, foyer endémique de la fièvre jaune et où les *stegomyas* pullulent. Constant Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de l'A.O.F. entrevoyait déjà les applications du vaccin chez la population noire. Cette dernière supporte très bien le vaccin-virus de souris, préparé avec des cerveaux frais. Le constat établit qu'avec une seule injection il était possible de procurer l'immunité contre la maladie. Les indigènes vivant au voisinage des Européens furent vaccinés afin de protéger ces derniers.

Malgré la certitude d'une partie du corps médical, des inquiétudes et des doutes subsistèrent parmi certains spécialistes. Quelques auteurs émirent des réserves pour l'avenir des sujets vaccinés et se demandèrent s'il n'y avait pas à redouter des accidents tardifs. Partant du constat que la fièvre jaune telle qu'elle se présente chez l'homme lorsqu'elle est suivie de guérison ne donne jamais lieu de séquelles, les défenseurs de la vaccination estimèrent cette inquiétude non fondée.

Les réactions post-vaccinales très sévères sont constatées chez les personnes vaccinées. Dans le rapport de fonctionnement technique de l'Institut Pasteur de l'AOF de 1937, faisant le point sur les vaccinations pratiquées à Dakar l'auteur affirme ce qui suit :

Trois observations nous ont été communiquées par l'Inspecteur général du service de santé, concernant des sujets ayant présenté très peu de temps après la vaccination : le premier, une affection mortelle à la symptomatologie non caractéristique ; le deuxième, des phénomènes pouvant faire penser à une fièvre jaune légère terminée par une guérison ; le troisième ayant fait une fièvre jaune mortelle classique.

Au cours des années 1937-1942, les statistiques ont dénombré « 62 morts par ictere grave et 30.000 jaunisses prolongées »¹. Au vu de ces résultats on est en droit de s'interroger sur le bien-fondé de la méfiance des populations indigènes face au vaccin de la fièvre jaune². Cette méfiance trouverait peut-être son explication par le fait que des cas mortels sont observés après la vaccination. La pratique différenciée de la vaccination selon l'appartenance ethnique renforce cette attitude. Enfin, l'étude des textes réglementaires imposant la vaccination explique en partie la raison de la méfiance de ces derniers. L'instruction pour l'application de l'arrêté du 10 septembre 1941 rendant obligatoire la vaccination antiamarile en AOF³ règle la vaccination selon le procédé suivant :

- chez l'Indigène, la vaccination antiamarile, simple ou associée est pratiquée systématiquement sans examen préalable spécial. Les affections aiguës fébriles seules légitiment des contre-indications temporaires ;
- chez l'Européen, toute vaccination simple ou associée est précédée d'un examen somatique minutieux éliminant en particulier tout sujet atteint d'affections intéressant le foie ou le rein. La recherche du sucre et de l'albumine est systématiquement pratiquée.

¹« Rapport de mission du général Pelletier à Washington, novembre 1944 », *Archives de l'Institut Pasteur de Dakar*, dossier IPD(dir)₄ : 6.

²Au mois de Mai 1940, les populations de Saint-Louis adressent des pétitions au Gouverneur du Sénégal et refusent de se faire vacciner (*Archives Nationales du Sénégal*, dossier n° 11D646).

³Déjà en 1938, plusieurs circulaires du Gouverneur du Sénégal statuent sur le mode d'expérimentation et de vaccination chez les écoliers (*Archives Nationales du Sénégal*, dossier n° 11D646).

Malgré la controverse internationale sur la nécessité de vacciner les enfants de moins d'un an, le docteur Pelletier affirme que dans les territoires français, des inoculations ont été faites dans de rares occasions à des enfants noirs âgés de moins de 6 mois¹. Les mêmes pratiques étaient faites par la Fondation Rockefeller au Brésil. Au même moment, la position officielle du service de l'hygiène publique des États-Unis était de ne pas vacciner les enfants de moins d'un an. Cette controverse au sein du milieu médical était à elle seule un indicateur du niveau d'incertitudes sur l'innocuité du vaccin. Pour éviter de se faire vacciner, les voyageurs à destination de l'AOF se livrent à un ensemble de stratégies pour échapper à la vaccination. Le service d'hygiène attire l'attention de l'administration sur le nombre sans cesse croissant de voyageurs se présentant avec des certificats de contre-indication à la vaccination établis par les médecins métropolitains². Ces certificats n'étant valables que pour les passagers ayant emprunté la voie maritime, ceux venant par avion devaient être convoqués par le Service d'hygiène en vue de se faire vacciner. Très peu des personnes convoquées ont déferé à ces convocations. Les convocations ont dans l'ensemble été considérées comme de mauvaises plaisanteries. Les services sanitaires aériens des compagnies françaises sont les plus négligents de ce point de vue. Les étrangers sont en règle. Certains médecins métropolitains furent poursuivis devant l'ordre des médecins pour avoir délivré de faux certificats de vaccination à des individus pour leur éviter la vaccination, devenue obligatoire à partir de 1941.

Pour la reconnaissance du vaccin français, il fallait que celui-ci réponde aux standards fixés pour le vaccin américain, le 17 D. Il semblerait que des problèmes techniques ont poussé les autorités françaises à remettre en cause cette disposition et à proposer des tests de validité du vaccin produit par Dakar. En juillet 1945, une démonstration a été pratiquée en France sous le contrôle de l'UNRRA, selon un protocole fixé par les experts de la Commission de Quarantaine et accepté par les autorités françaises. Cette démonstration a été effectuée sur 600 hommes d'une division destinée au corps expéditionnaire français d'Extrême-Orient. Les hommes choisis n'avaient jamais quitté la France et n'avaient reçu

¹«Mémorandum sur l'immunisation des enfants âgés de moins de 1 an et moins par le vaccin antiamaril», *Archives de l'Institut Pasteur de Dakar*, dossier n° IPD (Dir) 4.

²«Rapport annuel du Service d'hygiène du Bureau municipal de Dakar», *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 2G48/19, 1948 : 39.

aucune vaccination contre le typhus amaril. Les hommes furent divisés en trois groupes :

- le groupe A, immunisé par scarification avec le vaccin anti amaril préparé par l'Institut Pasteur de Dakar ;
- le groupe B, immunisé par scarification avec le vaccin anti amaril de Dakar mélangé au vaccin antivariolique ;
- le groupe C, immunisé par inoculation avec le vaccin 17 D (vaccin américain).

Des prises de sang furent effectués un mois plus tard sur les 600 sujets vaccinés, ainsi que sur 30 hommes du même régiment, non vaccinés et devant servir de témoins. Chaque sérum fut réparti en ampoules, l'une destinée à l'institut Pasteur de l'AOF, et les deux autres à l'UNRRA aux États-Unis. Les laboratoires pratiquant les tests ignoraient la provenance exacte des sérums qui avaient été mélangés avec les sérums témoins. Les résultats obtenus furent les suivants :

- groupe A : 98,9% des sujets immunisés (vaccin de Dakar seul) ;
- groupe B : 97,9% des sujets immunisés (vaccin de Dakar associé au vaccin antivariolique) ;
- groupe C : 64,2% de sujets immunisés (vaccin 17D).

Au vu de ces résultats et à la suite de l'avis de la Commission de Quarantaine, le Comité d'Hygiène de l'UNRRA (United Nations Relief and Reconstruction Administration) décide de reconnaître la validité du vaccin antiamaril de l'institut Pasteur de Dakar du point de vue international. C'est ainsi qu'à défaut de pouvoir combattre le vecteur de la maladie (le moustique) en plus de la difficulté de soumettre les colonisés aux règles sanitaires dont ils ne comprenaient pas le bien-fondé, la vaccination a été conçue et mise en œuvre de manière à dresser un rideau biologique immunitaire contre la maladie. Près de 38 millions de vaccins pratiqués sur une population de 17 millions finira par venir à bout du terrible fléau¹. A partir de 1939, quelques cas sans liens entre eux seront occasionnellement signalés dans les campagnes sans toutefois remettre en cause

¹« Rapport à l'appui de la demande d'exclusion de la Presqu'île du Cap Vert de la zone africaine d'endémicité amarile présentée par le Gouvernement français à la commission de quarantaine de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1953 », *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 1H70 (163).

la vie de millions d'individus. La fièvre jaune cesse alors d'apparaître dans les statistiques médicales. Selon certains spécialistes, l'abandon des campagnes de vaccinations de la période coloniale font craindre le retour de la maladie¹.

3. L'espace politique de la santé : problématique de la médicalisation de la société coloniale

Soumettre les populations aux nouvelles règles de la nouvelle médecine n'a pas été facile. Face à un appareil répressif mis en œuvre, les différents groupes sociaux développent des stratégies de déviance ou d'accommodation qui déterminent d'une certaine manière les succès ou les échecs de la politique de santé.

3.1. Les médecins contre les sorciers

La littérature coloniale consacre une large part à l'ambivalence des rapports entre médecins, sorciers, guérisseurs et marabouts. Pour les médecins coloniaux, la pratique de ces derniers est inefficace et relève du fanatisme musulman. Au Sénégal, nous sommes en face d'une société où prédomine la médecine magico-religieuse. Les faits de santé sont perçus et interprétés comme dépendant des forces invisibles. La maladie est toujours une entorse du malade par rapport aux règles de la société (non-respect des mânes des ancêtres, défaut de libations aux génies, etc.). La guérison ne peut intervenir qu'en réparant le tort afin de recueillir la clémence des Dieux². Les médecins coloniaux étaient confrontés à l'autorité et à l'influence des thérapeutes indigènes (marabouts, devins, guérisseurs) qui, de tradition, étaient les principaux soignants. Ces personnages qui avaient une connaissance de la pharmacopée et des techniques thérapeutiques magico-religieuses – comme la lecture divinatoire et l'astrologie – étaient perçus comme un frein à l'influence de la France. La politique sanitaire considérée comme justification de l'œuvre civilisatrice.

¹Léon Lapeyssonnie, *Médecine coloniale. Mythes et réalités* (Paris : Seghers, 1989).

²Simone Kalis, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Sereer Siin du Sénégal* (Paris : Harmattan, 1997).

A Saint-Louis, la question du rejet de l'acceptation de la médecine coloniale par les Lébous est expliquée par la croyance au mythe de Mame Coumba Lamba. Cette croyance est une constante chez la plupart des groupes socio-linguistiques de la Sénégalie¹. L'analyse de Frantz Fanon sur les rapports entre le colonisé et le pouvoir dominant résume bien la question de la complexité des attitudes. Son analyse sur la société algérienne est valable à plusieurs points de vue sur l'espace sénégalien. Parlant de la médecine, il dira :

La science médicale occidentale introduite en Algérie en même temps que le racisme et l'humiliation, a toujours, en tant que partie du système oppressif, provoqué chez l'autochtone une attitude ambivalente. On retrouve d'ailleurs cette ambivalence à propos de tous les modes d'être présent de l'occupant. Avec la médecine, nous abordons l'un des traits les plus tragiques de la situation coloniale².

L'Algérie est un excellent site d'observation du rapport à la médecine du dominant construit par le dominé. Au Sénégal on note la persistance des systèmes thérapeutiques indigènes. La volonté de négation de ces pratiques par les tenants de la nouvelle médecine est la source des conflits et rejets de celle-ci par les indigènes³. L'imposition des mesures d'hygiène s'est présentée sous la forme d'un conflit entre deux modes de représentation de la maladie et de la pratique de la médecine. Les communautés indigènes ne voyaient dans ces mesures qu'inutilités et mauvais prétexte à tyrannie. Cette répugnance à se laisser internier dans les structures sanitaires ou à se plier aux différentes mesures est rendue compte plus tard avec fidélité par G. Hardy en ces termes :

Aussi, se résigne-t-il malaisément à s'isoler dans des villages de ségrégation,

¹Mame Coumba Lamba est une figure tutélaire de l'esprit des eaux communes aux peuples de l'Afrique de l'Ouest. Cet "esprit gardien" prend divers noms, notamment Coumba Kastel (Gorée), Leuk Daour (Dakar), Mame Coumba Lamb (Rufisque), Mbossé Djiguéne (Kaolack), et Mame Ndiaré (Yoff).

²Frantz Fanon, *Sociologie d'une révolution : l'an V de la révolution algérienne* (Paris : Maspero, 1959), 107.

³Il faut toutefois noter, un exemple rare de co-construction de savoir médical par le Gouverneur général Brévié qui institua en 1933 une enquête visant à déterminer la connaissance des indigènes sur la fièvre jaune et les différents traitements qu'ils apportent à la maladie. (ANS, 2G33/22 (AOF) : « Enquête documentaire sur la fièvre jaune chez les indigènes », in *Rapport annuel du service de santé, 1933* : 52-72). Voir Adama Pam, *Colonisation et santé : épidémies et contrôle social* (Dakar : Harmattan, 2018).

à se trouver gêné dans son besoin de circulation par des cordons sanitaires. Il ne peut voir en tout cela qu'inutiles tracasseries, mauvais prétexte à tyrannie ou vengeance, et il essaie de s'y dérober par tous les moyens. Lui parler d'hôpital ? C'est toujours contre son gré qu'il s'éloigne de son entourage familial et il se sent fort malheureux dans ces grandes salles où souffrent d'autres hommes qu'il ne connaît pas ; au demeurant il prétend qu'on en sort que les pieds devant et il n'a pas tout à fait tort, car la plupart des malades n'y entrent qu'*in extremis*.

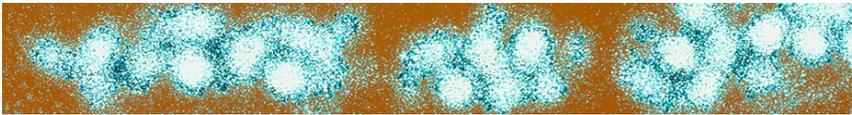
Cela est confirmé par les populations de la ville de Saint-Louis qui utilisaient, pour nommer l'hospice civil de la ville, le sobriquet de "cinetiore" (déformation du mot cimetièrre) afin de montrer qu'il s'agit d'un lieu où l'on va pour mourir à cause de la mortalité élevée qu'accusait cette structure. Le docteur Carpot pense que cela est dû à l'emplacement de l'édifice sur le lieu d'un ancien cimetière¹. Ces deux explications se complètent du fait que le cimetière était considéré dans l'imagerie populaire en Afrique comme un lieu hanté et qu'il était nuisible de séjourner dans un tel lieu. En outre, certaines maladies comme la fièvre jaune, étaient réputées dangereuses à faire traiter à l'hôpital et les médecins étaient soupçonnés d'euthanasie dans le cas de cette maladie. Lors de l'épidémie de choléra de 1893 à Saint-Louis, les marabouts déclaraient à leurs fidèles que les injections hypodermiques pratiquées sur les malades avaient pour but de les faire mourir plus tôt. Autant de raisons qui font que ce lieu était peu recommandé. Il faut également noter que la médecine occidentale n'était pas très armée par rapport à certaines maladies propres au milieu tropical.

3.2. Figures et représentations du bouc émissaire, du Syrien à l'indigène

L'extrême rigueur dans l'application des mesures sanitaires portait atteinte aux intérêts du commerce. Les représentants des Chambres de Commerce (constituées depuis 1869), ne manquaient pas de faire des pressions sur l'administration. Ceci se traduit au début de chaque épidémie par des atermoiements et des hésitations à donner l'alerte qui mettait en branle les inévitables mesures sanitaires, dont la plus redoutée est la quarantaine et les cordons sanitaires.

¹« 10 ans de nosologie à l'hospice civil de Saint-Louis (1890-1900) ». *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° H16 (AOF).

Le décret du 31 mars 1897, complété par celui du 20 juillet 1899 institue la vérification de l'état de santé à l'embarquement et au débarquement des personnes et prend des mesures en cas d'épidémies. Les navires trafiquants étaient mis en quarantaine pour 3 ou 9 jours sous le régime de suspect et devaient subir la visite médicale des passagers et équipage, la désinfection des vêtements et objet de literies. Ce texte institue en même temps le régime du passeport sanitaire. Par ailleurs, dès qu'une région est déclarée infestée, toutes les autres sont interdites de communication avec elle y compris les territoires étrangers. Pour rendre ces mesures efficaces, il avait été créé des représentations sanitaires diplomatiques qui avaient pour mission de suivre la situation sanitaire de la colonie concernée.



Devant la difficulté à juguler les épidémies et face à la résistance obstinée des indigènes, la cassure entre les différents groupes sociaux se matérialise par un ensemble de théories médicales qui conduisent à la naissance de la notion de “classe dangereuse” ou jugée comme telle. Les Indigènes, les Syriens et les Portugais dans une moindre mesure sont soumis à une surveillance stricte¹. Parmi les dispositifs de surveillance figurent les services d'hygiène, les structures médicales à travers les statistiques hospitalières, la police et un dispositif législatif et réglementaire rigoureux.

Les Syriens sont considérés comme des agents actifs de diffusion de la fièvre jaune. Leur surveillance dès lors, constitue un préalable dans la protection de la santé publique. Cette politique est matérialisée par décision du gouverneur général instituant la délivrance de carte d'identité aux colporteurs Syriens². Cette

¹« Arrêté portant obligation de l'enregistrement des actes de l'état civil des musulmans dans les mairies de Saint-Louis », *Moniteur du Sénégal et Dépendances*, n° 936 (10 février 1874) : 22.

²La véritable raison de la stigmatisation des Syriens est liée au fait que ceux-ci vivant dans des conditions de vie à peu près similaires à celles des indigènes sont de redoutables concurrents pour les Européens dont les commerces sont durement éprouvés par la crise des années 1930. Les syndicats vont exiger que les mêmes règles d'hygiène appliquées aux Européens leur soient étendues. Jean Paillard, *La fin des Français en Afrique noire* (Paris : E. Ramlot 1936), 188.

décision oblige tous les colporteurs syriens à se présenter au commissariat de police ou chez l'administrateur de leur résidence où il leur sera délivré des cartes d'identité. Cette mesure d'identification est doublée d'un contrôle sévère des déplacements de ces derniers. En effet, avant de se déplacer, ces derniers devaient selon les termes du règlement, aviser le service de la police ou l'administrateur de leur date de départ et de leur destination. Leur carte d'identité était annotée en conséquence. Cependant, le commissaire constate que ces derniers ont l'habitude de changer très souvent de nom et de résidence et que l'obligation d'être munis de leur carte et de la faire viser constitue une grande gêne pour ces derniers. En raison de ce fait, il annonce sa volonté de tenir très rigoureusement à ce qu'ils soient tous en règle afin de pouvoir suivre leurs déplacements en dehors des villes.

Il ressort de l'analyse des dispositions prises à l'encontre des Syriens, un constat qui ne transparait pas à la lecture des informations fournies par les services de santé et de police de la colonie. Il s'agit des raisons d'ordre économique. A la suite de la Première Guerre mondiale, la SDN place la Syrie et le Liban sous le régime du protectorat français et les citoyens de ces pays se voient accorder le statut de « protégés » français leur ouvrant ainsi les portes des colonies françaises. Le mode d'organisation et leur rapide intégration dans le réseau du commerce de la traite jusque-là sous le contrôle des maisons de commerce et des traitants français aux colonies, fait d'eux de redoutables concurrents. La crise économique du secteur des oléagineux qui représentent 90% des exportations du Sénégal et 60% de celles de l'AOF est renforcée par la spéculation internationale et la cavalerie des trusts étrangers tels qu'Unilever. Cette situation renforce le sentiment d'abandon des coloniaux et une stigmatisation de l'immigration et du statut des Libano-Syriens véhiculée par les chambres de commerce, l'Union Coloniale et des politiciens locaux : il est question à Paris de limiter l'immigration des Syriens en AOF. C'est ainsi que partout dans les colonies françaises, des villes réservées aux Européens furent érigées sur les plateaux à l'écart des villes indigènes érigées dans les bas-fonds et des zones non aedificandi établies entre les différentes villes. A Thiès, suite à des cas de fièvre jaune dans la ville indigène, le feu est mis au quartier et procédé à la création du quartier Randoulène¹ en 1905. A Dakar, la Médina est érigée suite à l'épidé-

¹Randoulène renvoie dans la langue Wolof à l'idée de mise à l'écart.

mie de peste de 1914 et un ensemble de règlements d'urbanisme mis en place pour expulser les Lébous de la ville européenne. Les domiciles furent soumis à des contrôles hebdomadaires. Le Service d'hygiène chargé de la recherche des larves de moustiques inflige de multiples amendes et procède à la destruction des réservoirs d'eau par petrolage. Dans certains cas, les domiciles où des cas de cas sont identifiés sont détruits par le feu¹.

La conférence intercoloniale de la fièvre jaune tenue à Dakar en avril 1928, met fin à l'idée reçue que les indigènes étaient réfractaires à la fièvre jaune et désigne ces derniers comme réservoirs de virus dont la surveillance est nécessaire pour la protection des Européens². C'est ainsi que, devant la difficulté de juguler les épidémies, la ville de Dakar sera séparée de la colonie en 1924 par la création de la Circonscription administrative de Dakar. Celle-ci est indépendante de la colonie du Sénégal et dotée de son propre service de santé. Transformée en délégation de Dakar et dépendances en 1946 par le Gouverneur Général qui estimait la protection sanitaire de Dakar mal assurée.

Par ailleurs, la création d'un espace d'exclusion à la zone d'endémicité amarile était destinée à faire de la ville de Dakar un lieu où le commerce ne souffrirait plus de la "légende tenace" d'insalubrité et permettrait de ce fait le développement de l'unique port en eau profonde de la côte ouest-africaine³.

3.3. Nommer le mal : entre censure et manipulation de l'information

Au Sénégal, à l'occasion de chaque épidémie, l'administration, à défaut de pouvoir nier l'existence d'une épidémie, en minimise la gravité en lui donnant

¹Devant les difficultés juridiques à appliquer les règlements aux citoyens des quatre communes, l'Administration crée un office des habitations économiques pour adapter les espaces de vie aux normes d'hygiène.

²Lire à ce sujet les travaux de : Kalala Ngalamulume, « Keeping the City Totally Clean : Yellow Fever and the Politics of Prevention in Colonial Saint-Louis-du-Sénégal, 1850-1914 », *The Journal of African History* 45, n° 2 (2004) : 183-202 et Kalala Ngalamulume, *Colonial pathologies, Environment and Western Medicine in Saint-Louis-du-Sénégal (1867-1920)* (New York : Peter Lang, 2012).

³« Rapport à l'appui de la demande d'exclusion de la Presqu'île du Cap Vert de la zone africaine d'endémicité amarile présentée par le Gouvernement français à la commission de quarantaine de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1953 », *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 1H70 (163).

dans un premier temps un nom rassurant ou manipule les informations. Ainsi, le *Moniteur du Sénégal*, organe officiel d'information de la colonie, cesse systématiquement de publier la liste hebdomadaire des décès à l'occasion des grandes épidémies. Cette pratique est décriée à plusieurs reprises¹. La politique du silence pratiquée par l'administration du Sénégal n'a pas été suivie en France. En effet, à côté des journaux proches des milieux économiques qui avaient intérêt à maintenir la réputation d'un Sénégal salubre, d'autres journaux eux, à chaque épidémie, alimentaient la controverse autour des chiffres et la nature des épidémies².

Dans presque toutes les épidémies du XIX^e siècle, la fièvre jaune est considérée comme importée des colonies situées au sud de la côte occidentale de l'Afrique. Jusqu'en 1878, en effet, toutes les épidémies ont débuté à Gorée, *la citadelle de la fièvre jaune* et le seul port du deuxième arrondissement en relation directe et constante avec toute la côte d'Afrique. Tout le monde s'accorde à invoquer l'importation par les navires comme l'origine des épidémies de fièvre jaune³. On remarque d'ailleurs que les premiers cas observés frappent toujours les sujets ayant manipulé des marchandises provenant des pays d'endémicité. Jusqu'en 1878 donc, on croit la fièvre jaune étrangère au Sénégal. Mais en 1881, quand elle éclate à Saint-Louis, beaucoup s'interrogent. Comment expliquer son apparition ? Il est impossible d'accuser l'importation car aucun navire venant d'un point contaminé ou supposé contaminé n'est arrivé dans les ports de la colonie. L'inquiétude est grande. La fièvre jaune est-elle devenue endémique au Sénégal ? Aucun doute ne peut subsister. Pendant la période 1878-1882, la croyance en l'endémicité se répand de plus en plus. Toutefois, tous ne veulent pas y croire et certains considèrent alors les épidémies de 1880, 1881 et 1882

¹En juillet 1881, en pleine crise épidémique, alors que l'armée est engagée dans la conquête du Niger, elle perdait de jour en jour des bataillons à la suite d'une épidémie de fièvre jaune, le grand thème du *Moniteur du Sénégal* la marche des troupes vers l'Est. Aucune mention n'est faite de la situation sanitaire.

²La situation sanitaire du Sénégal en 1927, est suivie par divers journaux (Madagascar, Indochine, Toulouse, Marseille etc.). La diversité géographique des organes de presse renseigne sur l'intérêt que constituait la colonie. L'ouvrage de Seck décrit bien le rôle central de Dakar dans l'économie de l'empire colonial. Voir Assane Seck, *Dakar, métropole Ouest Africaine* (Dakar : IFAN, 1970), 516.

³Cette attitude est constante à travers l'histoire des épidémies. De nos jours, le discours de sur le Sida reproduit le même schéma. L'intérieur des frontières est toujours présenté sous un jour favorable. Les étrangers constituent la menace dont il convient de se méfier.

comme une continuation de l'épidémie de 1878 ; pour certains, la démolition d'un vieux bâtiment de l'hôpital, dans lequel la maladie avait fait de grands ravages au cours des épidémies antérieures, a provoqué l'épidémie de Gorée. Le docteur Le Jemble rassure les esprits. Selon lui, en 1878, la fièvre jaune a été introduite par un bateau venant du Brésil. Commentant le rapport du docteur Martialis, le gouverneur Brière de l'Isle écrit en 1880 au ministre des Colonies ce qui suit : « la fièvre jaune est un fléau dont le caractère endémique paraît s'accroître au Sénégal. Il ne semble aucun doute sur l'éclosion de la maladie sur place sans influence d'importation quelconque »¹.

Plusieurs théories savantes tentent de justifier la non-endémicité de la fièvre jaune au Sénégal. Parmi celles-ci, on note celle expliquant la complication des pyrexies locales évoluant en « fièvre jaune classique »². Cette volonté de nier l'implantation de la fièvre jaune au Sénégal n'était-elle pas une sorte d'exorcisation inconsciente du mal par la simple peur qu'elle inspire ou une pression des milieux du commerce ? Il nous semble qu'il n'y a pas d'exclusivité et que les deux propositions sont possibles. La volonté de la censure de l'information aux colonies n'était pas toujours suivie par la métropole où la presse faisait des grands titres sur l'actualité coloniale.

Les crises épidémiques aux colonies mettent au grand jour les contradictions de la société coloniale. Celles-ci s'expriment à travers des mouvements de contestation portés par certains groupes sociaux par des moyens pacifiques (pétitions) ou violents (refus de se soumettre aux mesures sanitaires). Elles ont valu au gouverneur Chaudié son poste en 1900 et secoué la classe politique en 1927. Le 14 août 1900, en pleine période épidémique au Sénégal, le Gouverneur de l'AOF, Chaudié, rentre en France « pour raison de santé ». La presse et le parlement se saisissent de l'affaire et accusent le gouverneur d'avoir déserté la colonie. Présenté comme le « néfaste gouverneur de l'AOF », il est publiquement accusé par le Parlement d'avoir déserté son poste. Démis de ses fonctions par le ministre des Colonies, il exige sans succès à plusieurs reprises la constitution d'une commission d'enquête. Les répercussions de l'affaire sont telles que le fils

¹« Rapport du Gouverneur au ministre de la Marine et des Colonies, 1881 », *Archives nationales du Sénégal*.

²Claude Pulvenis consacre une étude détaillée sur les débats autour de l'endémicité de la fièvre jaune au Sénégal dans : « Une épidémie de fièvre jaune à Saint-Louis », *Bulletin de l'IFAN* 30, série B n° 4 (1968).

du gouverneur général Chaudié, se suicide à Aix en Provence. En 1927, dans sa livraison du 7 octobre, *Le Républicain Lorrain* affirme qu'au « Sénégal règne actuellement une sécheresse inconnue à ce jour, et la fièvre jaune fait journellement des centaines de morts »¹. *Le Journal Le Petit Var* publie dix jours après l'information suivante :

Malgré le silence officiel, on commence à connaître la vérité. Et la vérité est infiniment triste. La fièvre jaune fait au Sénégal de nombreuses victimes. Cette épidémie niée par l'administration étend ses ravages et ce sont les pauvres bougres qui sont les plus atteints².

Malgré les nouvelles inquiétantes rapportées par la presse et les voyageurs arrivant du Sénégal, Blaise Diagne, député du Sénégal, déclare dans une interview accordée au journal *Le Matin* :

Il n'y a pas d'épidémie ; mais il y a depuis 1926, une poussée endémique de fièvre jaune. Les quartiers indigènes sévèrement surveillés et où les habitants ont dû se plier aux prescriptions du service d'hygiène, ont échappé à la maladie. Les Européens, par contre, vivant dans des intérieurs souvent défectueux mais inviolables, ont été beaucoup plus touchés et je puis dire sans crainte d'être contredit que tous les cas de fièvre jaune constatés l'ont été dans des quartiers européens de Dakar³.

Les services du ministère des Colonies à Paris sont du même avis. Cette position officielle des services du ministère peut être interprétée comme une volonté de banalisation de la fièvre jaune en la faisant entrer dans la catégorie des maladies endémiques. Cette position était également défendue par Camille Guy, ancien gouverneur de la colonie de Guinée française qui estime « qu'il n'y avait pas de fièvre jaune en A.O.F. que seuls les semeurs de fausses nouvelles, les pêcheurs en eau trouble et les esprits agités avaient prononcé le gros mot d'épidémie et semé méthodiquement la panique »⁴.

Choquées par les déclarations du parlementaire sénégalais, les populations européennes protestent à travers la presse et jugent les déclarations de Blaise Diagne indignes. L'opinion du député peut être interprétée de deux manières :

¹ *Le Républicain Lorrain*, 7 octobre 1927, *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° H12 (1).

² *Le Journal Le Petit Var*, 18 octobre 1927, *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° H12 (1).

³ *Le Petit Marocain*, 14 Octobre 1927, *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° H12 (1).

⁴ *Le Petit Marseillais*, 13 septembre 1927.

la première est qu'elle est politiquement motivée. En effet, les populations indigènes devenues un électorat important, l'exploitation des frustrations découlant de la « dictature sanitaire » était un argument politique de taille. En second lieu, Blaise Diagne a retenu la leçon de l'épidémie de peste de 1914 et l'exploitation politique qui en avait été faite. Il inscrit sa réaction dans la perspective des élections législatives de 1928. Il explique les raisons de la sélectivité de maladie aux seuls Européens par le fait que ces derniers ne soient pas inquiétés par les lois très sévères de l'hygiène publique alors que les indigènes eux, sévèrement surveillés sont restés indemnes. D'autre part, il essaie de protéger l'Administration des accusations de négligence et d'incurie ayant conduit à l'épidémie. Le député du Sénégal rappelle que l'application impartiale des arrêtés des lieutenants gouverneurs de l'AOF relatifs aux mesures sanitaires n'était pas à la faveur des indigènes¹.

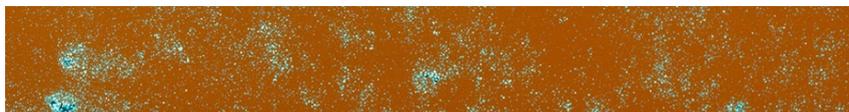
La deuxième interprétation possible des déclarations du député est une volonté de ce dernier de s'aligner derrière la position des maisons de commerce et des services du ministère des colonies dans le but de dédramatiser la situation sanitaire en vue de protéger les intérêts économiques en jeu. Le Gouverneur Carde, en congé en France au moment où éclate la controverse sur l'état sanitaire de la colonie, est accusé par la presse d'avoir abandonné son poste pour fuir la maladie. Le journal *Le Petit Var*, dans sa livraison du 18 octobre 1927, en pleine crise épidémique au Sénégal, publie les lignes qui suivent :

Les administrateurs responsables, très courageusement, ont fait leurs malles. Ils ont mis entre la colonie et leur précieuse personne, quelques milliers de kilomètres. Et comme par hasard, les grands chefs de la colonie se sont tous retrouvés en France, à la même date. Singulière coïncidence. La fièvre jaune n'est, évidemment, pour rien dans ce retour précipité et simultané en France. Du moins, ils le disent ; mais on n'est pas forcé de les croire. Le fait brutal est là : le Sénégal est en partie décimé par la fièvre jaune et tous les chefs dirigent courageusement la lutte contre le fléau... de la ville d'eau française où ils sont allés installer provisoirement les services administratifs de la colonie. En bon français cela s'appelle une désertion. Dans le jargon administratif, ce n'est plus qu'un congé ou une permission².

¹Jean Paul Bado, « Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale XIX^e-XX^e siècles », *Outre-Mers. Revue d'histoire* 86, n° 322 (1999) : 237-268.

²« Nouvelles brèves : la fièvre jaune au Sénégal », *Le Petit Var*, 18 octobre 1927.

La presse a joué un rôle important dans la gestion de l'épidémie de 1927. En portant au grand jour la situation de la maladie au Sénégal, elle a contraint l'Administration à réagir et à prendre des mesures enjoignant le gouverneur Carde à rejoindre son poste à Dakar et à commettre une mission chargée de combattre activement l'épidémie.



4. Conclusion

La fièvre jaune, maladie redoutable avec son cortège de morts a été pendant longtemps la terreur des colonies. Les épisodes épidémiques liés à cette pathologie ont fonctionné comme un révélateur des processus sociaux mais également comme moteur de transformation de la société coloniale. La maladie est un moment d'expérimentation des archétypes ancestraux consubstantiels aux épidémies qui font émerger une foule d'attitudes relatives à la peur de la mort, la tentation de trouver des boucs émissaires responsables de la diffusion et de l'entretien du mal.

Du point de vue de l'histoire de la science et des idées médicales au Sénégal, la fièvre jaune est un excellent poste d'observation des mécanismes administratifs et technique de la recherche médicale. Du point de vue socio-anthropologique, elle met en lumière le corps social dans ses différentes interactions et rend plus visible les articulations essentielles du groupe, ses lignes de force et les tensions qui le traversent. Celle-ci se manifeste de différentes manières. Que ce soit par des stratégies de survie de groupe ou des guerres commerciales et politiques, l'événement morbide que constitue la fièvre jaune est un lieu privilégié d'où on peut mieux observer l'ordre colonial.

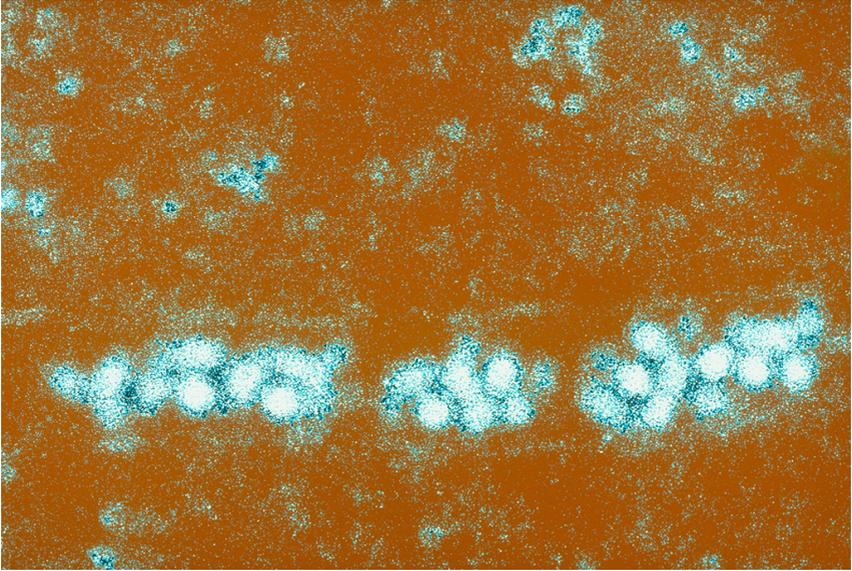
Bibliographie

- Bado, Jean-Paul. « Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale XIX^e-XX^e siècles ». *Outre-Mers. Revue d'histoire* 86, 322 (1999) : 237-268.
- Beuwkes, Dr. « Etudes récentes de laboratoire sur la fièvre jaune ». In *Conférence africaine de la fièvre jaune, 188-224*. Paris : Fournier, 1928.
- Chagas, Carlos. « Recherche expérimentale effectuées à l'Institut Oswaldo Cruz ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 22 (1929) : 398-407.
- Corre, Armand. « De l'étiologie et de la prophylaxie du typhus amaril ». *Archives de médecine navale* 37 (1882) : 5-25, 81-140, 213-30.
- . *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris : Octave Doin, 1887.
- Echenberg, Myron J. *Black Death, White Medicine, Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914-1945*. Portsmouth : Heinemann, 2002.
- Fanon, Frantz. *Sociologie d'une révolution : l'an V de la révolution algérienne*. Paris : Maspero, 1959.
- Finlay, Carlos. *Fiebre Amarilla experimental, comparada con la natural en sus formas benignas*. La Habana : La Propaganda Literaria, 1884.
- Gaye, Papa Amadou. *La diffusion institutionnelle du discours sur le microbe au Sénégal au cours de la troisième République*. Paris : Université Paris VII, 1997 [Thèse de Doctorat, Histoire].
- Goerg, Odile. « Des moustiques et des hommes : savoirs médicaux et relations intercommunautaires à Freetown (Sierra Leone) au tournant du XX^e siècle ». *Ethnologie française* 153, n° 3 (juillet-septembre 2017) : 445-454.
- Kalis, Simone. *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Sereer Siin du Sénégal*. Paris : Harmattan, 1997.
- Lapeysonnie, Léon. *Médecine coloniale. Mythes et réalités*. Paris : Seghers, 1989.
- Mathis, Constant. *Progrès réalisés au cours de ces dernières années dans l'étiologie et la prophylaxie des maladies des pays chauds*. Paris : Science médicale pratique, sans date.
- Ngalamulume, Kalala. « Keeping the City Totally Clean : Yellow Fever and the Politics of Prevention in Colonial Saint-Louis-du Sénégal, 1850-1914 ». *The Journal of African History* 45, 2 (2004) : 183-202.
- . *Colonial Pathologies, Environment and Western Medicine in Saint-Louis-du-Sénégal (1867-1920)*. New York : Peter Lang, 2012.
- Paillard, Jean. *La fin des Français en Afrique noire*. Paris : E. Ramlot, 1936.
- Pam, Adama. *Colonisation et santé au Sénégal : crises épidémiques, contrôle social et évolution des idées médicales (1816-1960)*. Dakar : Harmattan, 2018.
- Pulvenis Claude. « Une épidémie de fièvre jaune à Saint-Louis ». *Bulletin de l'IFAN* 30, série B n° 4 (1968).

Seck, Assane. *Dakar, métropole Ouest Africaine*. Dakar : IFAN, 1970.
Sinou Alain. *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal : Dakar, Gorée, Saint-Louis*. Paris : Karthala, 1993.

Archives

- « Lettre d'Emile Roux à René Vallery-Radot ». *Archives de l'Institut Pasteur*, 17 septembre 1901. Fonds Roubaud, Rou.1
- « Lettre de Talmy à Louis Pasteur ». *Archives de l'Institut Pasteur de Paris*, octobre 1881. Fonds Louis Pasteur, LP.G143.
- « Correspondance entre le Gouverneur Général de l'AOF à Monsieur le Sénateur François Mansal, Président de l'Union Coloniale, 3 septembre 1927 ». *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 1H12 (1) : 2.
- « Nouvelles brèves : la fièvre jaune au Sénégal ». *Le Petit Var*, 18 octobre 1927. *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 1H12 (1).
- « Rapport à l'appui de la demande d'exclusion de la Presqu'île du Cap-Vert de la zone africaine d'endémicité amarile présentée par le Gouvernement français à la commission de quarantaine de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1953 ». *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 1H70 (163).
- « Enquête documentaire sur la fièvre jaune chez les indigènes ». *Rapport annuel du service de santé* (1933). *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 2G33/22 (AOF) : 52-72.
- « Rapport annuel du Service d'hygiène – Bureau municipal de Dakar » (1948) . *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° 2G48/19.
- « Le Petit Marocain », 14 Octobre 1927. *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° ANS, H12 (1).
- « Le Journal Le Petit Var », 18 octobre 1927. *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° ANS, H12 (1).
- « Le Républicain Lorrain », 7 octobre 1927. *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° ANS, H12 (1).
- « 10 ans de nosologie à l'hospice civil de Saint-Louis (1890-1900) ». *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° ANS, H16 (AOF)
- « Correspondance du Gouverneur au ministre de la Marine et des Colonies, 1881 ». *Archives nationales du Sénégal*, dossier n° ANS, fonds AOF.
- « Rapport de mission du général Pelletier à Washington, novembre 1944 ». Archives de l'Institut Pasteur de Dakar, IPD (dir) 4.
- « Mémoire sur l'immunisation des enfants âgés de moins de 1 an et moins par le vaccin antiamaril ». Archives de l'Institut Pasteur de Dakar, IPD (dir) 4.



A. Grillet, Electron microscope image of the virus responsible for yellow fever (flavivirus), 2013 Copyright (<https://flic.kr/p/93xyiv>, Sanofi Pasteur CC BY-NC-ND).