



تشریح بدن انسان : *Tashrīḥ-i badan-i insān, Anatomie du corps humain de Mansur ibn Ilyas, Iran, ca. 1390.* Ce dessin provient d'une copie non signée estimée de la fin du 15<sup>ème</sup> siècle ou du début du 16<sup>ème</sup> référencé MP 19, Folio 11b.

Source : U.S. National Library of Medicine.

[https://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/mansur\\_home.html](https://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/mansur_home.html)

# □ Contribution à l'étude de l'histoire de la médecine depuis l'Antiquité – Partie II

Dialo DIOP

**Résumé :** Dans la seconde et dernière partie de son étude rétrospective de l'histoire de la médecine, l'auteur aborde les voies et modes d'acquisition et de transmission des connaissances médico-chirurgicales et pharmaceutiques de la fin de l'Antiquité à nos jours. Rappelant le rôle capital de la médecine dite arabo-musulmane durant le Moyen-âge, il concentre ensuite son analyse sur les aspects spécifiques de la médecine africaine (diaspora comprise), au cours des Temps modernes. Il conclut sur la nécessité d'un changement radical de paradigme biomédical en Afrique pour faire face aux multiples urgences sanitaires des populations.

**Abstract:** *Contribution to the Study of Medicine History since Antiquity- Part II* – In this second and last part of his retrospective study of the history of medicine, the author deals first with the modes and ways of acquiring and transmitting medical, surgical and pharmaceutical knowledge from the end of Antiquity to nowadays. Reminding the critical contribution of the so-called arab and muslim medicine during the Middle Ages, he then focuses his analysis on the specific aspects of African medicine (Diaspora included) in Modern Times. He concludes on a necessary and radical biomedical paradigm shift within Africa in order to cope with the numerous health challenges its people are facing.

## 1. Introduction

Dans une première partie<sup>1</sup>, nous avons retracé les grandes étapes de l'évolution de la médecine humaine de l'Antiquité à nos jours. Dans cette seconde partie nous précisons d'abord les phases successives du processus réel d'acquisition, de diffusion et de transmission des connaissances médico-chirurgicales et pharmaceutiques, à partir d'un de leurs foyers originels continentaux, le berceau égypto-nubien<sup>2</sup>. Nous esquissons ensuite l'histoire des grandes maladies qu'a connues le continent africain tout en soulignant les importantes lacunes que seule une recherche pluridisciplinaire sera susceptible de combler. Enfin, notre propos se focalise sur la période récente, centre de notre intérêt principal, en dégagant les aspects spécifiques de l'histoire médicale contemporaine de l'Afrique dite subsaharienne. Des enseignements de portée générale peuvent en être tirés pour mettre en œuvre des politiques sanitaires plus efficaces, palliant les insuffisances des pratiques médicales actuelles.

<sup>1</sup>Dialo Diop, "L'Antiquité africaine dans l'histoire de la médecine" in *ANKH, Revue d'Égyptologie et des Civilisations Africaines*, N° 21/22 (2012-2013), pp. 127-143.

<sup>2</sup>Claudine Brelet, *Médecines du Monde*, Robert Laffont (2002), chapitre 1 "Médecines Africaines", pp. 1-62 et chapitre 3, "De la Médecine des Pyramides à celle d'Alexandrie", pp.127-181.

## 2. Transmission et appropriation des savoirs médicaux

En dépit de la perte définitive de la plupart des *papyri* médicaux de l'ère pharaonique<sup>3</sup>, qui consignent dans ces manuels didactiques à vocation pédagogique un savoir-faire diagnostique et thérapeutique prédynastique multimillénaire, celui-ci a survécu aux dévastations des premières invasions eurasiatiques (Assyriens, Perses, Grecs etc.) de l'espace égypto-nubien, par le biais de son appropriation par les envahisseurs successifs. Tel fut le cas, notamment, de la *Collection Hippocratique* (en partie apocryphe) pour la médecine, de la *Materia medica* de **Dioscoride** (25-90) pour la botanique, ou des « *Seize Livres* » de **Galien** pour l'anatomie et la physiologie. Cet héritage, reçu des scribes africains de Memphis<sup>4</sup>, a rayonné sur l'ensemble du bassin méditerranéen : à l'Est, d'Alexandrie à Damas, Bagdad, Gundishapur et Samarkand, jusqu'en Inde et au-delà ; à l'Ouest, du Caire à Byzance (devenue Constantinople puis Istanbul), Carthage, Kairouan, Marrakech, Cordoue et Séville. C'est ce legs antique, d'abord hellénistique, puis perse et indien, dont va bénéficier la médecine proche-orientale à partir du 7<sup>ème</sup> siècle, avec la révolution mahométane et l'expansion territoriale de l'Islam. Marqués par une « fièvre de traduction des classiques » de l'antiquité, du grec, du syriaque et du persan vers l'arabe, les Califats Omeyyade puis Abbasside vont favoriser l'essor de ce qu'il est convenu d'appeler la « *médecine arabo-musulmane* », avec l'apparition des premiers grands médecins ainsi que la construction du tout premier hôpital d'Arabie, à Bagdad (786)<sup>5</sup>. Une appellation impropre, car certains d'entre eux – et non des moindres – n'étaient ni arabes (mais persans ou juifs), ni musulmans (mais plutôt zoroastriens et chrétiens, orthodoxes ou hérétiques). Citons, entre autres, **Abu Bakr Mohamed Ibn Zakaryar-Razi**, dit **Rhazès**, né et mort à **Rayy** en Iran (854-925), **Abu al-Kasim Halaf as- Zahrawi** dit **Albucasis de Cordoue** (936-1013) et surtout « *le Prince des Médecins* », également persan, **Abu Ali al-Husayn ibn Sina**, plus connu sous le nom d'**Avicenne** (980-1037), dont le *Canon de la Médecine*, au contenu explicitement scientifique et rapidement traduit en latin, restera l'ouvrage de référence durant tout le Moyen-âge européen ; ou bien **Abu Imran Musa ibn Maymun ibn Abd'Allah** appelé **Maïmonide** par les chrétiens et **Mosheh ibn Maymun** en hébreu (1135-1204), médecin de **Saladin**, ou encore **Abu al-Walid Muhammad ibn Ahmad ibn Muhammad ibn Rushd**, dit **Averroès** (1126 à Cordoue-1198 à Marrakech) qui, contrairement à Avicenne, considérait la médecine comme un art opératoire plutôt qu'une science. De même, les hôpitaux du monde arabo-berbère, de Kairouan (830) à Grenade (1365) en passant par Le Caire (872) ou Marrakech (1190), dont on a pu dire qu'ils furent « *le plus grand titre de gloire de l'Islam* », ont été en réalité construits sur le modèle du *bimaristan* de la ville perse de Gundishapur.

Il faut enfin signaler que les grands médecins de cette époque n'étaient pas que de simples praticiens, mais de véritables érudits transdisciplinaires, détenteurs d'un savoir encyclopédique, alors maîtrisé par une seule et même personne : (outre la médecine, la chirurgie, l'anatomie, la physiologie, ces savoirs incluaient la botanique, la mathématique, l'astronomie, la philosophie, la physique, la chimie, la théologie etc.). Ainsi, à cet effort soutenu de traduction et de compilation du savoir médical accumulé antérieurement, va s'ajouter une période d'enrichissement théorique et pratique du 8<sup>ème</sup> au 13<sup>ème</sup> siècle.

<sup>3</sup> Cependant, il faut se féliciter de la récente multiplication de publications en français de ces papyri rescapés : *Le Papyrus Médical Edwin Smith : Chirurgie et Magie en Égypte antique*, Francis Cherrin, Paris, Paris, L'Harmattan (2016) et *Nouvelle Transcription du Papyrus Médical Ebers* avec translittération et traduction, Bernard Lalanne et Gérard Métra, Éd. Safran (2017).

<sup>4</sup> Cheikh Anta Diop, *Antériorité des Civilisations Nègres – mythe ou vérité historique ?*, Paris, Présence Africaine (1967).

<sup>5</sup> Yvon Houdas, *La médecine arabe aux siècles d'or : VIII<sup>ème</sup>-XIII<sup>ème</sup> siècles*, Paris, L'Harmattan (2003).

Un long processus d'assimilation critique et créatrice qui conduira à de nombreuses découvertes fondamentales : en optique par exemple, avec celle d'**Abu Ali Muhammad ibn al-Hassen ibn al-Haytham** dit **Alhazen**, (né en 965 à Bassora et mort au Caire en 1038) qui, contre le dogme du « feu visuel » des Anciens, a identifié la fonction de la rétine dans l'analyse des rayons lumineux solaires ; ou en physiologie, avec celle de la circulation pulmonaire par **Abul Hassan ibn Ali ibn an-Nafis** (1211 à Damas-1288 au Caire)<sup>6</sup>. Les circonstances de la révélation de cette dernière méritent d'être détaillées. En effet, la réfutation par **Ibn an-Nafis** de l'hypothèse explicative du *pneuma* ou « élan vital » chère à **Galien**, pour rendre compte du flux sanguin, a été publiée dans son *Commentaire du Canon d'Avicenne*. Elle est cependant restée méconnue jusqu'en 1924, quand elle fut exhumée dans la thèse d'un certain **Tataoui**, étudiant cairote de la *Faculté de Médecine de Fribourg-en-Bresse*<sup>7</sup>... Sa critique reposait sur une observation et une déduction: 1) il n'y a pas de pores entre les deux cœurs ; 2) donc, pour se charger en esprit vital, le sang doit nécessairement passer par les poumons. Cette mise en évidence de la petite circulation pulmonaire n'a cependant été traduite qu'à la Renaissance (1547) à Venise, par **Andrea Alpago**<sup>8</sup>, lui-même formé auprès d'**Ibn Mekki**, médecin-chef de Damas. Mais par la suite, aucun des repreneurs de la découverte d'**Ibn an-Nafis** ne le citera formellement : ni le Suisse **Michel Servet** dans son *Christianismi restitutio* (1553) qui lui vaudra d'ailleurs, à Genève, le bâcher de l'*Inquisition calviniste*, ni le **Flamand Vésale** dans la seconde édition de son *De humani corporis fabrica* (1557), ni **Realdo Colombo** dans son *De re anatomica* (1559), ni encore l'Italien **Andrea Cesalpino** (1569), ni enfin et surtout l'Anglais **William Harvey** lui-même (1578-1657), à qui reviendra le mérite de l'élucidation finale et complète du flux de la circulation sanguine, (grande et petite)...et qui ne cite que ce dernier, auquel il a rendu visite à Padoue !

Quelques faits qui, parmi tant d'autres, illustrent combien il serait erroné et injuste de prétendre réduire l'apport de la civilisation dite arabo-islamique au seul rôle de passeur de témoin inactif entre l'Est et l'Ouest, de simple courroie de transmission du savoir entre l'Orient et l'Occident. Son apogée a permis dans ses grandes villes l'éclosion de « Maisons de la Sagesse », rappelant les antiques « Maisons de Vie » (*Per Ankh*) de la vallée du Nil, et la production de connaissances originales, notamment en matière de structures hospitalières et d'enseignement dans les *madrasas*. Son effondrement, sous les coups conjugués des invasions turques et mongoles d'un côté, des Croisades et de la *Reconquista* chrétiennes de l'autre côté, va créer les conditions d'un transfert intensif du patrimoine scientifique et technique constitué durant près d'un demi-millénaire au profit de l'Europe médiévale, marqué à son tour par une nouvelle poussée de « fièvre de traduction », mais de l'arabe vers le latin, cette fois-ci.

Dans le domaine médical, en particulier, mentionnons pour mémoire **Hunayn ibn Ishaq** (vers 808-873), traducteur polyglotte arabo-persan et auteur entre autres du « *Livre des questions sur la médecine* », et **Ali ibn al-Abbas al-Majusi** dit **Haly Abbas** (mort vers 994), dont l'unique ouvrage *Le Livre complet de la médecine* dit « *Le Livre Royal* » est une véritable encyclopédie. Tous deux seront traduits en latin, au 11<sup>ème</sup> siècle, par **Constantin** dit **l'Africain**, sous les titres apocryphes *Isagoge Johantitii* et *Pantegni* respectivement. Celui-ci, né vers 1015 à Carthage et mort à l'abbaye du Mont-Cassin (près de Salerne) en 1087, où il a publié des versions latines de nombreux traités « classiques » arabes, entre

<sup>6</sup> Roshdi Rashed (sous la direction de), *Histoire des sciences arabes*, vol.3, Technologie, Alchimie, Sciences de la vie, (1987)

<sup>7</sup> Y. Houdas, *op. cit.*, pp. 135-142,

<sup>8</sup> *Consideratio sexta de pulsibus ex libro Sirasi arabico*.

autres sur les aliments, les fièvres, l'épilepsie ou le coït, mais sous son propre nom et sans citer ses sources ! Seule l'exégèse ultérieure des textes mettra à nu le plagiat...

**Constantin** n'en demeure pas moins une figure majeure de l'*École médicale de Salerne*, dont l'université et l'hôpital existaient déjà au 9<sup>ème</sup> siècle, représentative de la voie dite italienne (*via* la Sicile) de transmission œcuménique (entre musulmans, chrétiens et juifs) de la science médicale vers l'Europe médiévale. C'est un autre traducteur, **Gérard dit de Crémone** (1114-1187), qui est la figure emblématique de la seconde voie de transmission dite espagnole. Car c'est à Tolède qu'il va traduire tous les grands médecins arabes : du *Breviarium* de **Sérapion le Jeune** au *Canon* d'**Avicenne**, en passant par le *Continens* de **Rhazès** et le *Tasrif* d'**Albucasis**. La première voie remontera de Salerne vers les villes d'Italie du nord, Bologne et Padoue, jusqu'en France, tandis que la seconde gagnera Montpellier puis Paris, où les œuvres des auteurs arabes constitueront longtemps la base des études médicales en faculté<sup>9</sup>.

### 3. L'avènement d'un nouveau contexte historique mondial Évolution de la médecine occidentale

Aussi, n'est-ce pas le fait du hasard si le tournant historique de l'an 1492, qui va changer la face de la planète entière, verra la coïncidence de la chute de Grenade, qui achève la reconquête catholique d'*Al Andalus* (l'Espagne islamisée), avec la toute première expédition des navigateurs ibériques en direction des « Indes occidentales ». L'assaut européen ainsi lancé sur les Îles Caraïbes, à commencer par Hispaniola (Saint-Domingue), puis sur l'ensemble du continent américain (avec la conquête espagnole des empires Aztèque et Inca en 1521 et 1532 respectivement) va provoquer une double catastrophe démographique : le génocide des Amérindiens en quelques décennies, suivi de la déportation forcée et l'asservissement de dizaines de millions d'Africains plusieurs siècles durant. Deux phénomènes historiques étroitement liés et d'une ampleur sans précédent connu, dont les aspects médico-sanitaires, tant épidémiologiques qu'épistémologiques, seront abordés plus loin.

Mais, c'est d'un point de vue théologique que, dès 1550, la fameuse controverse dite de *Valladolid* va opposer, sous l'arbitrage du légat du Pape à Rome, l'aristotélicien **Juan Ginés de Sepulveda** (1490-1573) au dominicain **Bartolomé de Las Casas** (1474-1566) sur la question suivante : « *Les Indiens ont-ils une âme ?* ». La réponse finale se passe de commentaire : « *les Indiens ont bien une âme et sont par conséquent éligibles à l'évangélisation ; tandis que les Africains, qui n'en ont pas, sont faits pour l'esclavage* ». Pour saisir toute la fausseté, le cynisme et l'hypocrisie d'une pareille argumentation doctrinale, il faut rappeler d'une part, qu'une intense traite des Slaves sévissait alors à travers l'Europe depuis plusieurs siècles, avec la ville de Verdun comme principal centre de fabrication d'eunuques pour la garde des harems de l'Espagne andalouse, et de castrats destinés aux chants grégoriens de l'Église d'Orient ; d'autre part, que le processus d'extermination des Amérindiens avait déjà atteint un niveau tel que la couverture des besoins en main d'œuvre servile des nouveaux colons dut être provisoirement assurée, en attendant l'intensification de la traite négrière transatlantique, par le recrutement en masse pour les Amériques d'« engagés » européens, c'est-à-dire d'émigrés blancs pauvres qui, soumis au travail forcé par contrat triennal, subissaient le

---

<sup>9</sup>Y. Houdas, *op. cit.*

même traitement inhumain que les indigènes et souffraient donc d'une surmortalité semblable. Seule différence, au terme de leur contrat, les rares survivants recouvraient leur liberté et pouvaient accéder au statut de colons. Double attestation d'une archétypale tradition esclavagiste européenne qui remonte à l'antiquité gréco-romaine, multiraciale et sans solution de continuité jusqu'aux *Temps modernes*.<sup>10</sup>

Toujours est-il qu'un inventaire sommaire des ressources diagnostiques et thérapeutiques de la pratique médicale de la *Renaissance* et du *Siècle des Lumières* jusqu'à l'avènement de la révolution expérimentale de **François Magendie** (1783-1855) au début du 19<sup>ème</sup> siècle montre qu'en dehors du développement de l'antique phytothérapie, et de la chirurgie de guerre liée aux dégâts corporels consécutifs à la substitution de l'arquebuse à l'arbalète, une certaine stagnation a longtemps prévalu dans la pratique clinique, aggravée par la sclérose scolastique de l'enseignement en faculté. L'exception à cette règle se voyait au sein de la corporation des barbiers-chirurgiens, dont les innovations étaient du reste dédaignées et rejetées par les mandarins de l'académie...L'arsenal thérapeutique se résumait alors aux saignées, clystères/lavements, vomitifs, purgatifs, sédatifs tels que l'opium de Chine, écorce de quinquina du Pérou contre le paludisme, frictions au mercure contre la syphilis, etc. mais aussi sirops de fourmis, d'escargots ou de vipères ou encore le grand et coûteux remède universel, la thériaque, avec ses 64 ingrédients et poisons, voire la miraculeuse « mumie », un liquide s'écoulant des momies ou la « musnée », une mousse poussant sur les crânes humains dans les cimetières<sup>11</sup>, etc.

En effet, de l'invention du microscope optique (1676) par un drapier hollandais, **Antoni van Leeuwenhoek** (1632-1723), dont les premières observations de protozoaires suscitaient l'incrédulité, à sa tardive vulgarisation (à partir de 1850), l'existence des microbes demeurait insoupçonnée des médecins et zoologistes, partisans pour la plupart de la « théorie » de la génération spontanée, malgré l'avènement de la vaccination antivariolique (1796) du **Dr Edward Jenner** (1749-1823). De la même manière, les travaux de **Gregor Mendel** (1822-1884) sur l'hérédité des pois, publiés dès 1866, resteront méconnus jusqu'à ce que leur redécouverte en l'an 1900 par Hugo de Vries (1848-1935) donne naissance à la génétique dite classique. Pourtant, c'est au cours de cette période charnière de la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle que vont se multiplier découvertes et inventions dans tous les domaines, en particulier dans la lutte antimicrobienne avec l'identification de nombreux germes : bacilles de la lèpre (**Gerhard Hansen** en 1873), de la tuberculose et du choléra (**Robert Koch** en 1882 et 1883 respectivement), staphylocoque, streptocoques et vaccin contre le virus de la rage (**Louis Pasteur** à partir de 1885), le bacille de la peste (**Alexandre Yersin** en 1894) puis de son vecteur, la puce du rat, et enfin le virus de la fièvre jaune, avec l'avènement de la culture cellulaire et de la microscopie électronique (mission de la *Fondation Rockefeller* à Lagos et Rio de Janeiro entre 1927 et 1930). Mais aussi dans les sciences de la matière : surtout en chimie, avec la synthèse organique de l'ammoniaque par **Fritz Haber** (1868-1934) et en physique, avec la mise en évidence des rayons X (1895) par **Wilhelm Roentgen** (1845-1923), notamment, qui vont ouvrir la voie à l'essor de l'industrie pharmaceutique et de l'imagerie médicale respectivement, au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Une floraison similaire est observable en matière conceptuelle dans les sciences humaines, avec l'apparition de la théorie darwinienne de

<sup>10</sup>Voir Alexandre Skirda, *La Traite des Slaves, L'esclavage des Blancs en Europe du 8<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> Siècle*, Éditions de Paris Max Chaleil, (2010) ; Rosa Amelia Plumelle Uribe : *Traite des Blancs, Traite des Noirs*, Paris, L'Harmattan (2008).

<sup>11</sup>Cheikh Anta Diop : « *Pendant tout le Moyen-âge, l'Europe était la principale importatrice de poudre de momie. Celle-ci était censée posséder des vertus magiques contre les diverses maladies. Les guérisseurs l'administraient aux malades par voie buccale effectivement. Des tonnes de momies disparurent de la sorte, par ce commerce qui était très lucratif.* » *op. cit.* note p. 41

l'évolution par la sélection naturelle, de la doctrine marxiste de la lutte des classes comme moteur de l'histoire, ou encore de la théorie freudienne de l'inconscient et du refoulement, fondatrice d'une psychothérapie nouvelle : *la psychanalyse*<sup>12</sup>.

#### 4. Le « *racisme pseudo-scientifique* » et son impact sur la pratique médicale européenne

C'est l'ère de la première révolution industrielle en Europe, marquée par la maîtrise de nouvelles sources d'énergie, la transformation de la matière et la technologie des armes et munitions de guerre, qui coïncide avec la ruée coloniale européenne vers le reste du monde non encore occupé, et d'abord sur l'Afrique, lors de *Conférence de Berlin* (1884-1885). C'est aussi une époque où prolifèrent les « zoos humains » dans les cirques, les foires et autres expositions euraméricaines dites universelles, avec des exhibitions payantes de « spécimens » des peuples non blancs vaincus et soumis, dont la khoïsan **Saartjie Baartman** (1789-1815), surnommée la **Vénus Hottentote** et le pygmée **Ota Benga** (1883-1916), demeureront les symboles ineffaçables. Même si la première, après avoir été démembrée et disséquée à Paris, par **Georges Cuvier** (1769-1832), sera finalement inhumée dans son Transkei natal en 2002, sur la demande insistante du premier gouvernement démocratique sud-africain.<sup>13</sup> C'est enfin le moment où, en Europe, un rationalisme dogmatique d'apparence scientifique, va se substituer aux vieilles justifications bibliques pour tenter de légitimer la hiérarchisation des races humaines et l'eugénisme. Ce « *racisme pseudo-scientifique* », qui atteindra son acmé aux USA au début du 20<sup>ème</sup> siècle, avec la craniométrie et surtout les tests mentaux prétendant mesurer le « quotient intellectuel » des groupes humains, dont l'interprétation des résultats conduira même à l'élaboration d'une nouvelle méthode statistique : l'analyse factorielle<sup>14</sup>. Le recours à la mathématique, « *maîtresse et servante des sciences* », tenait lieu de pré requis pour accéder au statut de science à part entière, en anthropologie comme dans les autres sciences humaines !

Au demeurant, c'est dans le cadre de la *Société d'anthropologie de Paris*, dont il était membre, que l'avocat haïtien, **Anténor Firmin** (1850 -1911), va publier dès 1885 une réfutation systématique et définitive de la « théorie » de l'inégalité des races humaines popularisée par le **Comte de Gobineau**<sup>15</sup>. Son ouvrage séminale<sup>16</sup>, qui ruine une fois pour toutes les bases prétendument scientifiques de la hiérarchisation de l'humanité, tout en posant les fondements de ce qu'il appelle une « anthropologie positive », est constitutif

<sup>12</sup>C'est à dessein que nous taisons, dans cette contribution, les débats anciens ou actuels sur l'alchimie et son « *grand œuvre* » de transmutation des métaux vils par « *la pierre philosophale* », d'élixir de longévité voire de « *panacée* », comme sur l'homéopathie, proposée en 1796 par Dr Samuel Hahnemann (1755-1843), disciple allemand de Paracelse, dont les principes et la méthode sont de nos jours confondus avec « *l'effet placebo* ». Leur restitution nous éloignerait de notre sujet principal.

<sup>13</sup>C'est le Dr Philip V. Tobias (1926-2012), Professeur émérite de la Faculté de Médecine de l'Université de Witwatersrand à Johannesburg, alors Président de la Commission Sud-Africaine pour l'Unesco, qui a négocié avec le *Musée de l'Homme* à Paris, la restitution et le rapatriement des restes de cette femme africaine.

<sup>14</sup>Stephen Jay Gould, *La Mal-Mesure de l'Homme*, (nouvelle édition), Paris, Odile Jacob, (1997).

<sup>15</sup>Arthur de Gobineau, *Essai sur l'inégalité des races humaines*, Librairie Firmin Didot Frères, (1855). Cette doctrine européenne fera des émules, près de 150 ans plus tard aux USA, avec la parution du *best seller* de Jared Diamond, *Guns, Germs and Steel : The Fates of Human Societies* (1997), dont la version française est intitulée : « *De l'inégalité parmi les sociétés humaines* » !

<sup>16</sup>Anténor Firmin, *De l'Egalité des Races Humaines – Anthropologie positive*, nouvelle édition présentée par Ghislaine Géloin, Paris, L'Harmattan, (2003).

d'une authentique rupture paradigmatique au sens de **Thomas Kuhn**<sup>17</sup>. Une œuvre magistrale et fondatrice, malheureusement ensevelie pendant près de 120 ans, avant d'être exhumée en 2000 aux USA. Elle va de ce fait rester ignorée de tous les grands penseurs africains du 20<sup>ème</sup> siècle, **Cheikh Anta Diop** compris, dont la somme finale, *Civilisation ou Barbarie*<sup>18</sup>, publiée presque cent ans après, est significativement sous-titrée « *Anthropologie sans complaisance* »... Car, l'on trouve déjà chez **Firmin** non seulement une déconstruction solidement argumentée de la hiérarchisation « factice » des races et du polygénisme, mais aussi un remarquable rétablissement de la vérité historique sur le « rôle de la race noire dans l'histoire de la civilisation », à partir des cas de l'Éthiopie, de l'Égypte et de Haïti<sup>19</sup>.

Cette dimension idéologique de la domination de l'Afrique par l'Europe éclaire les affirmations aussi péremptoires qu'inexactes sur l'absence totale d'apport des peuples africains ou d'ascendance africaine directe au développement des connaissances humaines dans les divers domaines des sciences naturelles et sociales<sup>20</sup>.

Un exemple récent qui illustre la pérennité du double procédé d'exploitation et de négation du savoir-faire africain en matière de recherche biomédicale : il s'agit de l'histoire extraordinaire de **Hamilton Naki** (1926-2005), gardien et jardinier du laboratoire de chirurgie expérimentale de l'Université du Cap, en Afrique du Sud. Devenu assistant du **Dr Christiaan Barnard** (1922-2001) grâce à sa dextérité opératoire acquise sur des cobayes canins, il sera nommé cité par celui-ci dans son discours de réception du *Prix Nobel de Médecine et de Physiologie* que lui a valu la première transplantation cardiaque réussie en 1967. Un film documentaire, *Hidden Heart* (« *Cœur Caché* » : 103 mn), diffusé en 2008, retrace l'histoire de la contribution majeure du « Jardinier de *Groote Schuur* » à l'avènement de la greffe du cœur en thérapeutique humaine. Film désormais introuvable en version complète, seule la bande annonce étant encore accessible sur *YouTube* ! Ce qui n'a pas empêché plusieurs revues spécialisées de dénier à l'autodidacte africain tout apport, rétractant ainsi des publications antérieures qui reconnaissaient des faits pourtant avérés ! Il importe toutefois de souligner que l'Afrique n'est pas la seule victime d'usurpation de propriété intellectuelle ou de frustration de patrimoine culturel. Car, en matière de « coopération » scientifique et technique, telle est la règle imposée aux ressortissants de

<sup>17</sup>Thomas.S. Kuhn, *Structure des révolutions scientifiques*, 2<sup>ème</sup> édition augmentée, Paris, Flammarion (1983). Il a observé que ce sont de jeunes chercheurs, plutôt libres d'esprit et souvent extérieurs à la spécialité, qui sont à l'origine des révolutions scientifiques. Un constat vérifié en anthropologie avec Firmin comme en égyptologie avec Diop !

<sup>18</sup>Cheikh A.Diop, *Civilisation ou Barbarie – Anthropologie sans complaisance*, Paris, Présence Africaine, (1981) ; Odile Tobner, la veuve de Mongo Béti, a relevé fort justement que : « *L'occultation par le silence est l'arme la plus efficace que l'Occident a toujours opposée à ce que l'Afrique a produit de meilleur.* »

<sup>19</sup>L'auteur risque une étonnante prédiction : soulignant l'impact de « *l'exemple d'Haïti en faveur de l'abolition de l'esclavage aux USA* », il ajoute « *n'est-il pas fort possible, avant cent ans, de voir un homme d'origine éthiopique appelé à présider le gouvernement de Washington et conduire les affaires du pays le plus progressiste de la terre, pays qui doit infailliblement en devenir le plus riche, le plus puissant, par le développement du travail agricole et industriel ? Certes, ce ne sont point ici de ces conceptions qui restent éternellement à l'état d'utopie. On n'a qu'à étudier l'importance chaque jour grandissante des Noirs dans les affaires américaines pour que tous les doutes disparaissent. Encore faut-il se rappeler que l'abolition de l'esclavage ne date que de vingt ans aux Etats-Unis !* » *op. cit.*, pp.359-360 . À quelques décennies près, les faits lui ont donné raison !

<sup>20</sup>Ce qui explique sans doute la profusion d'ouvrages multilingues qui dressent le catalogue de la contribution des savants et inventeurs noirs à travers l'histoire : Charles Finch, *The African Background of Medical Science : Essays on African History, Science & Civilization*, Karnak Classical Antiquity, (1990) ; Ivan Van Sertima (Ed), *Blacks in Science: ancient and modern*, *Journal of African Civilizations*, (1983) ; M. Williams, *Black Scientists and Inventors*, Book 3, London BIS Publications, (2007) ; Oumar Dioume, *Lumières Noires de l'Humanité, Inventeurs, Héros, Artistes et sportifs*, IFAN-CAD (2010) ; Yves Antoine, *Inventeurs et savants noirs*, L'Harmattan, (2012).

pays de la *Tricontinentale* (Afrique, Asie, Amérique du Sud et du Centre) non encore pleinement souverains. Le cas du **Colombien Manuel E Patarroyo** en offre une triste illustration. Brillant médecin-biologiste moléculaire, il a réussi à mettre au point, dès 1986, le premier vaccin de pure synthèse chimique (SPf 66) contre l'agent du paludisme mortel, *Plasmodium falciparum* ; à une époque où la *doxa* de la « science normale » estimait impossible de générer un vaccin efficace contre les protozoaires, en raison, disait-on, de leur mosaïque antigénique. Mais, après avoir passé les tests vaccinaux sur le terrain avec un succès relatif (30 à 35% de protection) en zone d'hyper-endémie paludéenne, notamment en Afrique orientale, il a refusé de vendre son brevet à un groupe de *Big Pharma*, et proposé, dès 1994, de le céder à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à condition qu'elle s'engage à le produire et le distribuer à prix coûtant. Après plusieurs années d'atermoiements, le vaccin colombien fut finalement jugé insuffisamment efficace, laissant le temps à la recherche privée de développer des vaccins concurrents. Aujourd'hui, tandis que l'*Institut Pasteur* s'obstine à nier l'existence d'un vaccin contre le paludisme, en même temps, l'OMS annonce officiellement sur son site internet le lancement du « premier vaccin efficace contre le paludisme en ...2018 », (RTSS /*Mosquirix*\*) évidemment produit par un géant pharmaceutique du privé (le britannique *Glaxo Smith Kline*\*). Quoique non autorisé pour une commercialisation dans les pays de l'Union Européenne, ce « vaccin belge » est néanmoins validé à titre expérimental par l'OMS, pour être testé sur 380000 enfants de trois pays africains (Ghana, Kenya et Malawi) d'ici 2020 !

Quoi qu'il en soit, l'essentiel est de savoir quelles leçons tirer de ces diverses expériences négatives pour l'avenir. Il ressort clairement de ce qui précède qu'au même titre que le prétendu « miracle grec » dans l'antiquité n'est qu'un mythe construit *a posteriori* à des fins idéologiques, la *Renaissance européenne* à l'aube des *Temps modernes* n'est pas un phénomène *sui generis*, fruit d'une quelconque « magie blanche » ou autre génération spontanée. L'un comme l'autre restent historiquement incompréhensibles et inexplicables tant que l'on fait abstraction de leur origine géographique commune et des conditions concrètes de leur éclosion : à savoir la source vivifiante de ce que **Cheikh Anta Diop** décrivait comme une « zone de confluence » culturelle, carrefour du berceau sédentaire et méridional africain nilotique, du foyer nomade septentrional eurasiatique et du monde sémitique judéo-chrétien, puis arabo-islamique, issu du métissage des deux premiers. Tout comme il ne saurait y avoir de miracle en science, qui ne résout que des énigmes, il ne peut y avoir de mystère qu'en religion !

## 5. Les routes des savoirs médicaux – Des rapports entre pouvoirs et savoirs aux rivalités individuelles

Il apparaît en outre que le cours de l'histoire écrite de l'humanité semble confirmer le vieil adage selon lequel savoir et pouvoir sont indissociables sinon synonymes, vu que les périodes d'abondante production de connaissances novatrices correspondent le plus souvent à des époques de stabilisation et de centralisation relatives du pouvoir politique, quelle que puissent être d'ailleurs le modèle socio-économique (esclavagiste, féodal, capitaliste ou socialiste) et la structure étatique (laïque ou confessionnelle, dynastique ou démocratique, monarchique ou républicaine). Inversement, les phases de régression culturelle et de destruction des acquis scientifiques, techniques et artistiques coïncident en général avec des cycles d'instabilité, d'insécurité et de désagrégation du pouvoir central, qu'il soit miné de l'intérieur par des conflits ou victime d'agression(s) extérieure(s).

C'est ainsi qu'en Asie, le *Pen Tsao Jing* du mythique empereur chinois Shennong, remontant vers - 2800 et dont la version transcrite, « le classique du laboureur céleste », date d'environ 100 av J.-C, reste considéré comme la « source de la science pharmaceutique d'Extrême Orient », avec des composés d'origine minérale, végétale et animale. A l'image du savoir médical et vétérinaire des époques pré et protodynastique qui, une fois constitué et cristallisé en un corpus didactique dans son berceau originel égypto-nubien, a diffusé autour du bassin méditerranéen et s'est développé en Grèce et dans la Rome impériale, à Byzance, à Damas et Bagdad, de Salerne et Padoue à Cordoue et Tolède, puis de Montpellier et Paris à Londres et Cambridge, avant que l'Allemagne et la Scandinavie, puis les USA et l'URSS, ne prennent le relais comme principaux centres de création et d'innovation dans le domaine des sciences de la vie et des techniques de soins, au cours des deux derniers siècles. Et l'on peut observer, en ce début de III<sup>ème</sup> millénaire, une tendance au déplacement de ce centre de gravité vers l'Asie, avec la montée en puissance du Japon d'abord, de l'Inde et de la Chine ensuite. Naturellement, les mouvements migratoires des médecins-chercheurs, toutes spécialités, origines et nationalités confondues, suivent et accompagnent ce déplacement, quand ils ne le précèdent pas, comme lors du transfert massif des savants de l'Allemagne nazie vers les USA, durant la seconde guerre mondiale. Mais déjà dans l'Antiquité, le même phénomène est observable, toutes proportions gardées, avec le recrutement de médecins étrangers réputés par les monarques, empereurs et autres chefs de guerre pour leurs propres soins...

La révolution paradigmatique provoquée dans les sciences de la vie par l'avènement de la biologie moléculaire au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle en offre une parfaite illustration<sup>21</sup>. Issue de la jonction de la biochimie et de la génétique, deux disciplines nées au 19<sup>ème</sup> siècle, elle va bénéficier au cours du siècle suivant des apports successifs des progrès en physique théorique (mécanique quantique) et pratique (électrophorèse, chromatographie, ultracentrifugation, cristallographie, etc.), des travaux du « Groupe du phage » de **M. Delbruck** et **S. Luria** et de l'émergence de l'informatique, sans oublier le soutien institutionnel et financier de la *Fondation Rockefeller*. De cette synergie va découler une cascade de résultats aussi fondamentaux que la découverte de la double hélice de l'ADN par **J. Watson** et **F. Crick** (1953), le décryptage du code génétique par **M. Nirenberg**, et **H.G. Khorana** (1957), la mise en évidence de l'ARN messenger chez les bactéries procaryotes par **F. Jacob** et **J. Monod** (1960) puis des gènes mosaïques et de l'épissage chez les eucaryotes et enfin de l'ADN polymérase, enzyme catalysant la duplication des gènes. Des avancées majeures qui ont donné naissance au génie génétique et connaissent de nos jours, avec la technique d'amplification génique PCR (réaction polymérase en chaîne), divers développements industriels, allant de la fabrication de vaccins recombinants au séquençage privé du génome humain<sup>22</sup>.

Une série d'avancées qui reflète le triomphe de la méthode expérimentale en physiologie, dont le modèle réducteur physico-chimique entend précisément rendre compte de tous les phénomènes de la nature. Plus largement, les succès apparents de ce nouveau paradigme scientifique confortent une conception du monde de type déterministe et mécaniste, voire finaliste, qui dans les sciences humaines autant que dans les sciences exactes, propose une vision unilatérale du progrès, issue de l'expérience historique européenne en voie de diffusion planétaire et à prétention universaliste.

<sup>21</sup>Michel Morange, *Histoire de la biologie moléculaire*, Paris, La Découverte, 2<sup>e</sup> édition, (2003).

<sup>22</sup> Parallèlement à la mise en œuvre du projet multinational de séquençage du génome humain (HUGO) et en concurrence avec lui, une entreprise privée américaine, *Celera Genomics*, dirigée par Craig Venter, parvient au même résultat, la détermination du nombre approximatif de gènes, en avance sur le délai fixé en 2005...

D'où le danger du scientisme triomphaliste que les secrets de la nature autant que les limites et insuffisances des sciences et techniques biomédicales, actuelles et futures, devraient nous aider à relativiser. Qu'il s'agisse de la découverte de l'enzyme transcriptase inverse, première réfutation vivante du « dogme central » selon lequel le flux de l'information génétique est univoque de l'ADN vers les protéines *via* les ARN, ou qu'il s'agisse des nombreuses maladies dites *iatrogènes* c'est-à-dire provoquées par les actes médico-chirurgicaux (par exemple, accidents et incidents liés aux effets indésirables des médicaments, aux gestes pré, per et postopératoires ou germes nosocomiaux multi-résistants aux antibiotiques dans les unités de soins intensifs, etc.) ou encore dites orphelines, parce que négligées par la recherche-développement de la grande industrie pharmaceutique, faute d'une demande solvable ! Sans compter les effets pervers de l'esprit de compétition entre chercheurs, de rivalité entre équipes pour les brevets et les prix, et de concurrence entre groupes industriels pour les profits commerciaux, à l'intérieur d'un même pays aussi bien qu'entre nations.

Si la polémique ouverte entre la France et les USA, qui a opposé **Luc Montagnier** (*Institut Pasteur* de Paris) et **Robert Gallo** (*NIH* de Bethesda, Md) à propos de la paternité de la découverte (et de la dénomination) du VIH-1, est restée célèbre<sup>23</sup>, contrairement aux mésaventures moins bien connues de **Rosalind Franklin**, dont la contribution majeure dans la mise en évidence de la double hélice d'ADN n'a pas retenu l'attention du Comité Nobel, tout comme celle de **Dominique Stehelin** dans la découverte non moins fondamentale des oncogènes viraux puis cellulaires, n'a pas été prise en compte lors de la récompense attribuée exclusivement à **Michael Bishop** et **Harold Varmus** (École de Médecine de San Francisco)...

## 6. Historique des maladies et politiques sanitaires en Afrique sahélienne

Quittons à présent l'histoire générale pour en venir à l'histoire sociale et aux problèmes spécifiques de l'histoire médicale de l'Afrique. Les contraintes propres à la publication de cet article nous amènent à en réduire les dimensions aussi bien temporelles et spatiales qu'épistémologiques. En focalisant notre étude sur les maladies infectieuses et parasitaires essentiellement sinon exclusivement, et en prenant la sous-région ouest-africaine (CEDEAO) pour zone de référence avec la Sénégalie comme type de description, nous partons d'un double constat. S'il est admis que les microbes (virus, bactéries, champignons et protozoaires) ont co-évolué avec leurs hôtes végétaux puis animaux au cours des âges géologiques, à part les cataclysmes naturels, ce sont bien les grandes épidémies et endémies contagieuses qui, dès l'antiquité la plus reculée, ont constitué la principale menace sanitaire contre la survie de l'humanité.

Et hier comme aujourd'hui, cette donnée reste valable pour l'Afrique entière, abstraction faite de ce qu'il est désormais convenu d'appeler « épidémie de maladies non transmissibles » (diabète et troubles métaboliques, hypertension artérielle et autres affections cardio-vasculaires, cancers etc.), liées en réalité plutôt à des comportements

---

<sup>23</sup>La bataille du droit de propriété intellectuelle sur le brevet des tests sérologiques de dépistage du nouveau virus isolé et identifié en 1983 à Paris, s'est soldée par un compromis franco-américain « *au sommet* » (1987), avec le partage des royalties entre les deux institutions de recherche considérées comme codécouvreurs du virus. Un accord d'ailleurs révisé en 1997, avant que le *Prix Nobel de Médecine* ne soit finalement attribué conjointement à M. Montagnier et Mme Françoise Barré-Sinoussi en 2008.

sociaux qu'à des phénomènes naturels. Il s'y ajoute la contribution décisive de la recherche fondamentale et appliquée en microbiologie au sens large - c'est-à-dire parasitologie et immunologie incluses - aux avancées majeures de la biomédecine contemporaine ; ne serait-ce que le rôle des virus bactériophages dans la découverte de la structure et de la fonction de la double hélice de l'ADN, base de la révolution moléculaire en cours depuis plus d'un demi-siècle dans les sciences du vivant.

### 6.1. Antiquité et période précoloniale

L'on ignore à peu près tout des premières épidémies de « peste », qui ont engendré par exemple le mythe biblique des « plaies » que le Dieu de Moïse aurait infligées à l'Égypte... et l'on sait la rareté des informations médicales précises dans les *Tarikh* des voyageurs arabo-berbères au Sahel et en Afrique de l'Est, (**El Bekri** au 11<sup>ème</sup> siècle, **Al Roumi** au 13<sup>ème</sup>, **Ibn Batouta** et **Ibn Khaldoun** au 14<sup>ème</sup>, etc.), et les chroniques de leurs successeurs européens en Afrique centrale, occidentale et australe (**Mungo Park**, **Dr Livingstone**, **René Caillé**, etc.).

L'importance et l'urgence de la traduction systématique des *Manuscrits de Tombouctou*<sup>24</sup> écrits en *Ajami* (transcription de langues africaines en caractères arabes), au-delà de leur recensement exhaustif, n'en sont que plus manifestes. En attendant cette initiative salutaire, une source non négligeable de données indirectes réside dans les récits des acteurs et/ou observateurs du calvaire pluriséculaire des Africains déportés et asservis, puis affranchis, dans les Amériques et les Caraïbes.

Cependant, la présence d'endémies mycobactériennes (lèpre et tuberculose) ou parasitaires (paludisme, bilharziose), est attestée dans l'Ancien monde tant par les historiens antiques que par les études de paléo-pathologie, notamment sur les momies royales égypto-nubiennes.

En ce qui concerne les grandes épidémies virales (variole, fièvre jaune) ou bactériennes (peste bubonique et pulmonaire, typhus, choléra, etc.), qui ont semé la terreur parmi les populations au long des siècles, leur foyer initial est habituellement situé en Asie centrale ou orientale, d'où elles auraient gagné le sud de l'Europe par les légions romaines et le nord de l'Afrique par les conquérants arabes et les croisades, pour n'atteindre le Nouveau Monde qu'avec l'arrivée des *Conquistadores* hispaniques. Une invasion tardive qui va provoquer un choc microbien d'une ampleur telle que les historiens lui attribuent rétrospectivement, avec les armes à feu, une part substantielle dans le génocide des Amérindiens<sup>25</sup>. Tandis qu'en sens inverse, c'est l'agent de la syphilis vénérienne, *Treponema pallidum*, largement répandue dans l'Amérique précolombienne et traitée par le gaïac local, que les premiers marins de **Christophe Colomb** vont ramener à leur retour en Europe, provoquant une forme sévère de la tréponématose qui va évoluer sur le mode épidémique<sup>26</sup>.

<sup>24</sup> Jacques Habib Sy (sous la dir.), *L'Afrique, Berceau de l'Écriture, Manuscrits en péril*, Vol. 1 et 2, Paris, L'Harmattan (2014).

<sup>25</sup> Jacques Ruffié et Jean Claude Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : de la Peste au Sida – Essai d'anthropologie médicale*, 2<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, Nouvelle Bibliothèque Scientifique, Paris, Flammarion, 1993. Contrairement à leur hypothèse invérifiable de « génocide sans préméditation », en partie démentie par la distribution aux Indiens de couvertures de varioleux, il apparaît que ceux-ci, fortement protégés contre le paludisme et la fièvre jaune endémo-épidémiques sur leur continent, se sont révélés particulièrement vulnérables, parce qu'immunologiquement vierges, à l'égard de germes aussi banals que le bacille diphtérique et le gonocoque, ou les virus de la rougeole et des oreillons ...

<sup>26</sup> Jean Claude Eymeri, *Histoire de la médecine aux Antilles et en Guyane*, Paris, L'Harmattan, (1992).

Des siècles plus tard, c'est le naturaliste **Charles Darwin** (1809-1882) lui-même qui, tout en se flattant « des progrès de l'hémisphère austral (...) accomplis par l'esprit philanthropique de la nation anglaise », ajoutant que « hisser où que ce soit le drapeau anglais, c'est attirer en cet endroit la prospérité, la richesse, la civilisation », fait ce terrible constat : « Partout où l'Européen porte ses pas, la mort semble poursuivre les indigènes. Considérons par exemple les deux Amériques, la Polynésie, le Cap de Bonne Espérance et l'Australie. Partout où les indigènes et les Européens se rencontrent, il se produit invariablement des fièvres, des dysenteries et quelques autres maladies qui enlèvent de grandes quantités de monde »<sup>27</sup>.

## 6.2. La période contemporaine

À bien des égards, l'histoire moderne de la Caraïbe et des Amériques est une sorte de répétition générale de celle de l'Afrique contemporaine, dans le domaine médico-sanitaire comme dans les autres secteurs de la vie sociale. Passons sur les transferts du savoir-faire des guérisseurs capturés et déportés outre-Atlantique, qui résistaient à leur manière par la révolte, le marronnage et le suicide, ou en aidant les femmes enceintes à provoquer des avortements ou encore en tentant d'empoisonner les négriers à bord des navires comme dans les plantations. Ils étaient de ce fait l'objet d'une répression impitoyable. Passons également sur les explorateurs et missionnaires médecins, les chirurgiens des négriers et les médecins des plantations, pour nous arrêter sur un exemple démonstratif de l'expérimentation médico-chirurgicale abusive dont les Africains-Américains ont été les victimes non consentantes aux États-Unis, du début de l'esclavage à nos jours, avant comme après son abolition en 1865 et le vote de la loi sur les droits civiques en 1965<sup>28</sup>.

Dans son ouvrage capital, *Medical Apartheid*, l'auteure, **Harriet A. Washington**, explique preuves à l'appui, l'origine de ce qu'elle appelle une « iatrophobie » (peur panique des prestations du corps médical et paramédical), largement observée au sein de la communauté noire américaine et entretenue dans la mémoire collective par toutes sortes d'abus subis sur la longue durée. Un seul cas, certes emblématique et relativement récent, devrait suffire en guise d'illustration : il s'agit du tristement célèbre scandale relatif à l'étude de l'histoire naturelle de la syphilis, menée à l'*Institut Tuskegee* (Alabama). Poursuivie durant quatre décennies (1932-1972) sur des centaines de patients africain-américains non traités (bien que la pénicilline ait été disponible dès 1942), leurrés à l'aide de placebos vitaminiques, elle visait à tester l'hypothèse, alors communément admise, d'une évolution spontanée différente de la maladie chez les Blancs et les Noirs. Il s'agissait chez cette « race baignant dans la syphilis de façon notoire », de vérifier par autopsie la prévalence des lésions vasculaires sur les lésions neurologiques, conformément à la « théorie » de l'immaturité cérébrale des Africains. Il faut souligner que cette étude prospective, à la fois délirante et criminelle, a été conduite par le Service Fédéral US de Santé Publique, sous la supervision du fameux *Centres for Diseases Control* (CDC) d'Atlanta (Georgia) ! Une fois le scandale révélé, un Comité consultatif *ad hoc* fut mis en place dans le cadre de l'Institut. Après avoir établi le défaut de « consentement informé » des intéressés, vu qu'ils ignoraient l'existence même de l'expérimentation en cours, et décidé discrétionnairement de détruire des pièces à conviction recueillies au cours de l'enquête, ce Comité *ad hoc* a fini par rendre un rapport ambigu qui recommandait, entre autres, que les sujets survivants bénéficient enfin d'un traitement antibiotique et que des mesures de protection juridique conformes au Code de

<sup>27</sup> Charles Darwin, *Voyage d'un naturaliste autour du monde*, (Le Beagle, 1839), Paris, La Découverte Poche, (2003).

<sup>28</sup> Harriet A. Washington, *Medical Apartheid, The dark history of medical experimentation on Black Americans from colonial times to the present*, Anchor Books, (2006). Voir également le site [www.medicalapartheid.org](http://www.medicalapartheid.org).

Nuremberg soient finalement édictées. Aucune autorité du Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être n'ayant été pénalement mise en cause, la procédure civile de compensation financière a abouti, hors prétoire, à un misérable accord pour solde de tout compte.

Bien plus tard, le mot de la fin reviendra au Président **William J. Clinton** qui, lors d'une cérémonie solennelle à la *Maison Blanche*, le 16 mai 1997, en présence des huit survivants et de leurs familles, a déclaré : « *Aucun pouvoir sur Terre ne peut vous rendre les vies perdues, la souffrance endurée, les années de tourment et d'angoisse intérieures. Ce qui a été fait ne peut être défait. Mais l'on peut mettre fin au silence. (...) et dire enfin, au nom du peuple Américain, que ce que le gouvernement des États-Unis a fait était honteux et j'en suis désolé ... Au Comté de Macon, à Tuskegee et aux médecins qui ont été associés à tort aux événements, vous avez également notre pardon. A nos citoyens Africain-Américains, je suis désolé que votre gouvernement fédéral ait orchestré une étude aussi clairement raciste. L'on ne permettra plus jamais que cela puisse se répéter.* ». Néanmoins, la totale impunité ainsi assurée aux « *Mengele des USA* » aura pour conséquence, comme partout et toujours, de les inciter à la récidive !

De fait, les Américains d'ascendance africaine vont continuer à être les sujets involontaires d'un contrôle eugénique de leur reproduction, d'expériences d'irradiation, de mise au point de nouvelles technologies prothétiques, neurochirurgicales ou médicamenteuses et même d'expérimentation d'agents de guerre microbiologique, (bioterrorisme), avec un ciblage préférentiel de détenus, de soldats et de jeunes, voire d'enfants, après manipulation du consentement parental.

Relevons, enfin, un fait capital : la plupart de ces crimes et abus en tout genre ont été dûment consignés et répertoriés, faisant régulièrement l'objet de publications dans les revues médicales de référence, ou de communications dans les congrès scientifiques tant nationaux qu'internationaux...récompensés par dividendes ou avancements de carrière !

L'extraordinaire histoire des « cellules *HeLa* »<sup>29</sup>, bien connues des laboratoires de recherche biologique du monde entier, servira d'illustration. Présentée et commercialisée comme une lignée établie de cellules issues d'un cancer du col de l'utérus ayant appartenu à une incertaine Helen Lane, il s'agit en réalité d'un prélèvement effectué *in vivo* dans les années 1950, à l'hôpital John Hopkins de Baltimore (Maryland), sur une patiente africaine-américaine dénommée **Henrietta Lacks**. Sa famille (époux et enfants) ne sera informée de l'existence du marché de ses « cellules immortelles » que vingt-cinq ans après son décès, à l'occasion de leur implication, sans consentement préalable, dans des recherches complémentaires sur la génétique des cellules *HeLa*. Malgré les dizaines de millions de dollars récoltés par la vente de ce matériel biologique humain, à l'insu et de l'intéressée et de ses ayants droit, et dont les multiples usages en diagnostic comme en recherche sont équivalents ou supérieurs aux cellules *Vero* de rein de singe, l'ironie de l'histoire a voulu qu'une soixantaine d'années plus tard, les membres de sa famille ne disposaient toujours pas d'une assurance-maladie, du moins jusqu'au vote de la loi dite *Obamacare*...

Selon **Dr H. Washington** toutefois, force est de reconnaître que, de nos jours, la situation s'est améliorée aux USA et les abus médicaux sont moins répandus, même si la possibilité d'en être victime demeure un risque potentiel pour les Noirs surtout. Cela résulte en partie de l'élévation du niveau général d'instruction et de formation de la communauté africaine-américaine, des pressions croissantes des organisations de défense des droits humains, des

---

<sup>29</sup> Rebecca Skloot, *The Immortal Life of Henrietta Lacks*, Crown Publishers, NY, (2010).

lanceurs d'alerte et des médias, mais aussi de la vigilance accrue en matière de recherche biomédicale sur les êtres humains de la *Food and Drug Administration* (FDA), l'organisme fédéral de contrôle des aliments et des médicaments, qui n'hésite plus à sanctionner des institutions aussi prestigieuses que l'Université Duke ou l'hôpital John Hopkins de Baltimore. Une bonne nouvelle, selon l'auteure, malheureusement compensée par une mauvaise : « *l'exportation vers l'Afrique de l'exploitation médicale lucrative des corps noirs et même des cas de sadisme médical qui avaient dans le passé menacé les Africains-Américains* ».

Précisant bien que c'est l'ensemble du « Tiers-Monde » qui est concerné par ce phénomène, en partie lié à la faiblesse de la législation et des instances de contrôle éthique de l'expérimentation humaine dans nos pays, elle signale une « érosion du consentement » par dérogation au principe d'information « en cas d'urgence vitale » par exemple, voire par un simple « tour de passe-passe » consistant à ajuster la norme d'un essai clinique au niveau de soins du pays dans lequel l'étude est menée. Sa thèse est étayée par une série de cas concrets. Nous n'en citerons qu'un : à l'occasion d'une épidémie de méningite à méningocoque au nord du Nigéria en 1996, le géant pharmaceutique *Pfizer* a décidé de saisir cette opportunité pour tester son nouvel antibiotique sans autorisation de la FDA, une *floxacin* (*Trovan\**) en cours d'essai clinique de phase 3, à la place d'une molécule d'efficacité avérée, la *ceftriaxone*. Au vu du lourd bilan pédiatrique (11 décès et plus de 200 enfants handicapés), les parents ont décidé de porter plainte contre la compagnie nord-américaine en 2001, d'autant que les médecins du service des maladies infectieuses de la ville de Kano ont affirmé que l'expérimentation n'a bénéficié du consentement ni des familles, ni des autorités traditionnelles locales.

Plus grave encore, l'enquête judiciaire a été entravée par la disparition opportune des dossiers médicaux de 350 patients traités pour méningite entre avril et juin 1996...! Au bout de quinze années de procédure et toutes sortes de manœuvres, y compris des tentatives de corruption au niveau fédéral nigérian, la multinationale a été condamnée en 2011 à indemniser les familles des enfants décédés, poursuivant la bataille judiciaire contre les victimes handicapées. Un triste exemple de la facilité avec laquelle on peut faire passer une recherche non thérapeutique pour une thérapie médicale ou imposer la participation à une recherche comme condition d'accès au traitement, dans un contexte de carence voire de dénuement médico-sanitaire, ou encore s'absoudre à moindres frais d'un forfait aux funestes conséquences commis outre-mer.

Cette panoplie contemporaine d'échantillons de crimes contre l'humanité africaine serait incomplète sans l'évocation de son versant sud-africain du temps de l'apartheid, à savoir le *Project Coast* dirigé par le **Dr Wouter Basson** de sinistre mémoire. Ce programme de guerre chimique et bactériologique, visait essentiellement les Sud-Africains noirs (mais aussi les citoyens des pays dits de la Ligne de Front tels que la Namibie, la Tanzanie, le Mozambique, la Zambie, l'Angola etc.) et a été activement soutenu par le Pentagone. Il s'est poursuivi jusqu'en 1993, à la veille de la première élection libre et démocratique. Auditionné et dénoncé par le *Rapport de la Commission Vérité et Réconciliation* (T.R.C.)<sup>30</sup>, son chef s'est vu en fin de compte acquitté et amnistié par la justice du pays (2004). Surnommé « *Docteur La Mort* », le « *Mengele sud-africain* » qui continue à jouir d'une paisible retraite avec sa pension complète, a publiquement avoué : « *Je dois confirmer que*

<sup>30</sup>« *Truth and Reconciliation Commission* » ; *Amnistier l'Apartheid : Travaux de la Commission Vérité et Réconciliation*, sous la direction de Desmond Tutu, Éditions du Seuil, (2004).

la structure du projet était basée sur le système américain. C'est là où nous avons le plus appris »<sup>31</sup>.

Faut-il souligner le contraste avec le vrai **Dr Joseph Mengele** (1911-1979), « Ange de la mort » du camp nazi d'Auschwitz qui, après la chute du 3<sup>ème</sup> Reich, n'a dû son salut qu'à une cavale ininterrompue à travers l'Amérique du Sud (Argentine, Brésil, Paraguay notamment) ?

### 6.3. Les spécificités africaines

Mais revenons à la sous-région ouest-africaine, prise comme champ d'observation privilégié. Quel que soit l'envahisseur européen, le schéma de conquête d'une colonie d'exploitation est assez uniforme, selon **Marc Sankalé**<sup>32</sup> : « pénétration par convois militaires, pactes d'alliance et traités de paix ; implantation d'une infrastructure sanitaire placée sous l'autorité militaire puis civile ; formation du personnel autochtone, enfin construction d'hôpitaux et de CHU<sup>33</sup> modernes ». Le premier Doyen africain de la Faculté de médecine de Dakar, lui-même médecin colonel de réserve, ajoute : « Après la phase militaire, le médecin devient le meilleur agent de la "pacification" ». Ce que confirme la présence de médecins et d'infirmiers majors dans les colonnes pour soigner les troupes et les auxiliaires indigènes et explique aussi la présence d'une majorité de militaires dans les corps de l'assistance technique médicale au lendemain des indépendances, ainsi que le caractère fortement militarisé des Instituts Pasteur d'Outre-mer.

Au tournant des années 1960, il existait dans la plupart des colonies à côté du personnel de santé européen laïque ou religieux, un corps de médecins auxiliaires et d'agents paramédicaux africains formés sur place (dès 1896 à Tananarive, en 1918 et 1920 à Dakar pour les médecins et les sages-femmes respectivement), avec les exceptions notables du Congo belge et des possessions portugaises qui ne comptaient pas un seul médecin autochtone. La mise en place de systèmes sanitaires nationaux va se limiter en règle générale à une pâle copie du modèle de l'ancienne puissance occupante, une reproduction dégradée et inopérante tant par la disproportion entre les besoins et les moyens (humains, techniques et financiers) que par la non coopération des populations africaines, majoritairement rurales. Une méfiance qui n'est pas sans rappeler la « iatrophobie » déjà signalée chez les Africains de la diaspora. D'où l'incapacité relative des formations sanitaires publiques (et privées, quand elles existent) à répondre efficacement à la demande croissante en soins médico-chirurgicaux, dans les villes comme dans les campagnes.

Le dénuement sanitaire des zones rurales d'une part, les récurrentes ruptures de stocks en médicaments et consommables des pharmacies nationales d'approvisionnement autant que des officines privées d'autre part, en attestent à suffisance. Il y a toutefois lieu de mentionner quelques rares succès, le plus souvent dus à de grandes campagnes internationales pilotées par l'OMS, tels que l'éradication de la variole par vaccination de masse (1980), avec les ultimes foyers résiduels situés en Éthiopie et au Soudan, ou de l'onchocercose dite « cécité des rivières », par épandage aérien d'insecticide contre les larves des simulies vectrices, couplé à une chimio-prophylaxie humaine systématique, à base d'ivermectine (2005).

<sup>31</sup> « I must confirm that the structure of the [Chemical and Biological Warfare] project was based on the US system. That's where we learnt the most ».

<sup>32</sup> Marc Sankalé, *Médecins et Action Sanitaire en Afrique Noire*, Paris, Présence Africaine, (1969). Voir aussi, Guillaume Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique – Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond/La Découverte, (2014).

<sup>33</sup> CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

A *contrario*, la permanence des grandes endémies, oscillant entre aggravation (tuberculose et paludisme, du fait d'une multi-résistance aux médicaments) et recrudescence (lèpre en zone rurale et périurbaine, bilharziose et trypanosomiase) se double d'une résurgence des grandes épidémies du passé (peste urbaine et non plus seulement rurale à Madagascar), expansion des maladies infectieuses en rapport avec la multiplication des foyers de guerre et d'insécurité physique et des catastrophes naturelles liées aux perturbations climatiques, alternant sécheresse et inondation, (borréliose, choléra et dysenteries, méningite cérébrospinale, fièvre jaune ou de la Vallée du Rift et autres arboviroses etc.). Ceci, en dépit des divers moyens préventifs et curatifs existant, mais souvent non disponibles à temps et sur place, faute de moyens suffisants ou de capacité d'anticipation.

Enfin viennent s'y ajouter, depuis les dernières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle, l'émergence ou la réémergence de nouveaux agents pathogènes à potentiel pandémique, à commencer par le VIH-1, apparu d'abord en Californie mais rattaché secondairement à l'Afrique, qui paie le tribut le plus lourd, le virus du *Syndrome Respiratoire Aigu Sévère* (SRAS), ou encore le virus *Zika*, isolé en Ouganda dès 1947, mais dont le potentiel tératogène chez la femme enceinte (microcéphalie du nouveau-né) n'a été identifié que récemment au Brésil ; sans compter les énigmatiques agents transmissibles non conventionnels appelés prions, dont la composition exclusivement protéique et l'absence d'acide nucléique viennent contredire le « noyau dur » du paradigme moléculaire...

Dans ces conditions, comment s'étonner par exemple que la fièvre hémorragique due au virus Ébola ait pu, après quatre décennies d'évolution en poussées épidémiques récidivantes au cœur de la forêt équatoriale du Congo en Afrique centrale, atteindre insidieusement la sous-région ouest-africaine et y provoquer (en 2014-2015) une flambée meurtrière sans précédent, faisant au moins 11000 morts entre la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone principalement ? Et comment s'expliquer, en outre, qu'il ait fallu à l'OMS un temps de latence de près de huit mois à partir du cas index (avec plusieurs milliers de décès africains à la clé), mais moins d'une semaine après la survenue de trois cas non mortels en Occident (Espagne et USA), avant qu'elle ne déclare l'épidémie « *une urgence de santé publique d'envergure mondiale* »... ?

Quoi qu'il en soit, l'on peut constater à peu près partout en Afrique la coexistence flagrante, tantôt complémentaire tantôt conflictuelle, de deux types de médecine aux démarches distinctes sinon opposées. L'une dite traditionnelle, car endogène<sup>34</sup>, ancienne et enracinée dans les terroirs du continent comme de la diaspora, est le fait des tradipraticiens africains, qui peuvent avoir ou non droit de cité dans leur pays, à l'image des *sangomas* d'Afrique australe, des *terreiros* du Brésil et des « *docteurs-feuille* » haïtiens. L'autre dite conventionnelle, parce que d'origine exogène et relativement récente, de nature militaire au départ et d'implantation essentiellement urbaine, qui ne concernait initialement que les colons européens et leurs auxiliaires autochtones. Cette dernière, considérée moderne, instrumentale et parfois invasive, se définit comme rationnelle et scientifique, tandis que la première, réputée archaïque, naturelle et douce, serait plutôt « empirico-métaphysique »<sup>35</sup>.

Nous reviendrons en conclusion sur la signification et les implications de cette dichotomie à la fois artificielle et simplificatrice. D'autant plus qu'il est aujourd'hui reconnu qu'environ 80% des populations africaines ont recours à la médecine traditionnelle, au moins en première intention (notamment la phytothérapie), pour répondre à leurs besoins de santé.

<sup>34</sup> Dominique Traoré, *Médecine et Magie Africaines*, Présence Africaine, (1983) ; Tobie Nathan et Isabelle Stengers, *Médecins et Sorciers*, édition revue et augmentée, Paris, La Découverte, (2012).

<sup>35</sup> Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique : Jean-Paul Bado (dir.) Karthala (2006).

Tant et si bien que la Conférence mondiale conjointe OMS/UNICEF d'Alma-Ata (URSS, 1978), qui a lancé le mot d'ordre « Santé pour tous en l'an 2000 », a adopté une résolution<sup>36</sup> sur les plantes médicinales, confirmée dix ans plus tard par une autre sur la médecine traditionnelle. Censées avoir inscrit l'utilisation et la conservation rationnelles et durables des plantes médicinales au cœur des politiques de santé publique des pays en développement, ces résolutions sont restées lettre morte dans la plupart des pays africains, ramenant le slogan à un vœu pieux, tout comme celui de l'UNESCO : « *Éducation pour tous en l'an 2000* » !

De même, chacun peut voir, plus d'un demi-siècle après les indépendances formelles, qu'elles aient été acquises par la guerre et/ou la négociation, que le degré de sécurité médico-sanitaire atteint se révèle à la fois insuffisant et *grosso modo* équivalent partout en Afrique, avec deux caractéristiques communes: une vulnérabilité extrême des populations aux menaces de toutes sortes (surtout infectieuses, alimentaires et environnementales), et de massives inégalités d'accès aux soins, entre villes et campagnes en particulier<sup>37</sup>.

Enfin, il est intéressant de signaler un événement aussi méconnu que significatif, dont la Revue Présence Africaine a rendu compte : il s'agit d'une *Table-Ronde sur la Médecine en Afrique noire*<sup>38</sup>, tenue à Paris en 1968, entre intellectuels ouest-africains de profils divers. Ce rapport est instructif à un double titre. En ceci qu'il atteste qu'au lendemain de l'indépendance, les rares spécialistes africains en la matière faisaient déjà preuve à la fois d'une expertise technique et d'une lucidité politique remarquables, mais aussi qu'au moins en Afrique de l'Ouest, ceux qui savaient n'étaient pas ceux qui décidaient et *vice versa*. Car, à ce jour, la plupart des recommandations issues de leurs délibérations, relatives en particulier à la réorganisation du système de soins ou à la réorientation de l'enseignement et de la recherche, n'a pas été suivie d'effet dans la majorité des seize Etats membres fondateurs de la CEDEAO, à l'exception notable du Ghana et, dans une moindre mesure, du Burkina Faso !

L'étude rétrospective réduite au pays de référence arbitraire, le Sénégal, permet de quitter le niveau des généralités pour entrer dans l'analyse spécifique d'une expérience concrète, tenant lieu d'observatoire privilégié. Au-delà des indicateurs statistiques globaux de morbidité et de mortalité, l'autosatisfaction volontiers affichée par les autorités apparaît d'autant moins justifiée que les mécanismes étatiques de prise en charge des enfants de zéro à cinq ans (Couverture Maladie Universelle) aussi bien que des personnes ayant plus de

---

<sup>36</sup>Les Résolutions 3133 (1978) et 4119 (1988) de l'*Assemblée Mondiale de la Santé* (AMS) consacrées respectivement aux plantes médicinales et à la médecine traditionnelle. La première demandait de « *coordonner les efforts des Etats membres en vue de l'adoption de bonnes pratiques de fabrication ainsi que du développement et de l'application de méthodes scientifiques, de normes et spécifications internationales relatives à la preuve d'innocuité et d'efficacité de produits des plantes médicinales, et tout particulièrement, les médicaments galéniques* ».

<sup>37</sup>David Werner, *Là où il n'y a pas de docteur*, ENDA (1981) ; traduction d'un texte original en espagnol, suivi de versions anglaise, hindi, française etc. Véritable manuel didactique à l'intention des « *agents de santé communautaire* ».

<sup>38</sup>Revue Présence Africaine N°69 (1<sup>er</sup> Trimestre 1969), pp. 28-141 : *Table-Ronde sur la Médecine en Afrique noire* (14-15/09/68), avec la participation de médecins généralistes et spécialistes ainsi que des philosophes, sociologues, historiens, linguistes etc. Au terme de deux jours d'échanges stimulants, les participants ont convenu de se retrouver pour rédiger un « *Livre Blanc* » sur les problèmes en rapport avec la thématique discutée : notamment l'organisation des services de santé en Afrique et la formation des cadres nécessaires ; la définition des tâches, priorités et orientation de la recherche, en particulier sur une base régionale ; les suggestions pour la rénovation et la modernisation de la pratique médicale traditionnelle au niveau thérapeutique et pharmaceutique ; la réforme du cadre et du contenu de l'enseignement médical. Aucune trace de ce livre blanc n'a malheureusement pu être retrouvée.

soixante ans (Plan Sésame), se trouvent aujourd'hui paralysés par un surendettement chronique.

De même, malgré des taux officiels élevés de couverture vaccinale des nourrissons et des petits enfants, la faible séroprévalence locale du virus du sida, ou encore, dernièrement, l'efficacité supposée de la réponse institutionnelle aux épidémies de choléra et d'Ébola, l'état réel des structures et du fonctionnement des formations sanitaires du pays a fait l'objet d'une double mise au point éclairante à tous points de vue<sup>39</sup>. L'auteur, un praticien hospitalier, a d'abord livré un récit édifiant de sa propre expérience de clinicien dans un CHU de la capitale Dakar, avant de commettre un second ouvrage plus analytique présentant une critique incisive de « l'hôpital-entreprise » et des confrères mus par « la soif du gain et la recherche de la gloire ». Quant aux « solutions » suggérées en conclusion, elles sont dominées par la « nécessaire réforme des études médicales », afin précise-t-il, « d'enseigner autre chose et autrement ». Ainsi, ce qui est vrai des tares et faiblesses du système de soins public et privé vaut également pour le système de formation médicale et paramédicale, en voie de privatisation accélérée, tant il est patent que la santé et l'éducation sont de vraies sœurs siamoises, absolument inséparables.

Mais le paradoxe est que toute tentative de réformer ce système de santé défaillant, reposant sur un modèle médico-sanitaire passivement hérité du colonialisme, se heurte à une opposition virulente, tant de l'Etat que des corporations des personnels de santé, comme en témoigne la réaction véhémement du Président du Conseil de l'Ordre des Médecins dès l'annonce, par le gouvernement, de l'adoption du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine traditionnelle au Sénégal. Alors qu'il s'agit d'un engagement international souscrit depuis fort longtemps, on l'a vu, au niveau de l'OMS, de l'OUA et de la CEDEAO, une vive polémique s'est engagée par voie de presse, autant sur sa pertinence que sur son opportunité. Et ceci, avant même l'ouverture du débat parlementaire, qui doit précéder le vote d'un texte en souffrance dans les tiroirs du ministère de la santé depuis plusieurs décennies, du fait d'oppositions diverses et de résistances multiformes. On verra que le paradoxe n'est qu'apparent.

Car, il est révélateur que la première tentative conséquente d'expérimentation en conditions réelles de l'efficacité des plantes médicinales locales ait été initiée par **Mme Yvette Parès**<sup>40</sup>, une « assistante technique » française, résidant au Sénégal. Et que ce soit également à deux enseignants – chercheurs français, de passage à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Dakar, que l'on doive les premières monographies systématiques sur la pharmacopée locale<sup>41 42</sup>.

Mais arrêtons-nous brièvement sur l'itinéraire atypique et exemplaire du **Pr Parès** pour deux raisons au moins. D'abord, du fait de son solide parcours scientifique qui, à l'âge de 36 ans, l'a conduite à entamer des études de médecine à Dakar, après une formation initiale en bactériologie médicale et microbiologie du sol reçue à Montpellier. Un profil qui va lui permettre d'accomplir, avec son équipe de la Faculté des Sciences de Dakar, un exploit scientifique inédit : cultiver en laboratoire *Mycobacterium leprae*, ou *Bacille de Hansen*,

---

<sup>39</sup> Abdoul Kane, *La vie sur un fil*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal (2013) ; *L'éthique, le soignant et la société*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal (2016)

<sup>40</sup> Yvette Parès, *La médecine africaine : une efficacité étonnante*, France, Éditions Yves Michel (2004).

<sup>41</sup> Joseph Kerharo et Jacques-Georges Adam, *La pharmacopée sénégalaise traditionnelle : histoire et pharmacognosie, plantes médicinales et toxiques, noms scientifiques, vulgaires et vernaculaires, emplois thérapeutiques en médecine traditionnelle, chimie et pharmacologie* ; Paris, Éditions Vigot Frères, (1974).

<sup>42</sup> Jean-Louis Pousset, *Plantes médicinales d'Afrique : comment les reconnaître et les utiliser ?*, Saint Rémy de Provence, Edisud (2004).

l'agent de la lèpre, réputé impossible à propager *in vitro*<sup>43</sup>. La présentation de ses résultats originaux suscita incrédulité et hostilité parmi les léprologues, au point qu'elle s'est résolue à les publier dans un numéro spécial des Annales de cette faculté<sup>44</sup>, les revues internationales spécialisées lui ayant opposé un rejet constant. Plus étonnant que la méconnaissance de ce triste épisode est le fait qu'aucun bactériologiste africain n'ait tenté par la suite de reproduire ses expériences de laboratoire...

Ensuite, à cause de son expérience originale en compagnie de tradipraticiens locaux, **Dadi Diallo** et **Yoro Ba**, entreprise à partir de 1980 au Centre de soins anti-lépreux de *Kër Masaar* qui va lui valoir succès et notoriété. Il sera érigé en Hôpital Traditionnel à base de phytothérapie fort appréciée des patients et bénéficiera à la longue de l'appui des autorités sénégalaises et du soutien matériel et financier d'organisations caritatives étrangères. En l'an 2000, à la veille de son retour définitif en France, déplorant le coût exorbitant des traitements antirétroviraux contre l'infection à VIH, et doutant que l'on puisse « baser la santé d'un continent sur l'importation de médicaments », son équipe envisageait la création d'une « *Pharmacie Centrale d'Approvisionnement en médicaments traditionnels* ». Avec la disparition du trio fondateur, il y a de bonnes raisons de craindre le dépérissement graduel de cette initiative novatrice, probante et encourageante.

Cependant, des expériences analogues se poursuivent de nos jours, combinant soins et recherches, tel le *Centre Expérimental de Médecine Traditionnelle (CEMETRA) Malango* de Fatick<sup>45</sup>, qui mériterait d'être mieux connu et surtout scientifiquement évalué, étant donné ses travaux en cours, notamment sur de nouvelles thérapies antirétrovirales locales et les séances rituelles de divination appelées *Xoy*.

Toujours est-il que la persistance de cette cohabitation plus conflictuelle que complémentaire entre les deux types de pratique médicale résulte sans doute de l'ignorance mutuelle de leurs avantages et inconvénients respectifs, mais aussi et peut-être surtout d'un vieux fonds de mépris culturel, plus ou moins conscient, chez les tenants de la « *médecine fondée sur des preuves* » à l'égard des médecines dites traditionnelles que l'on estime reposer sur des « *croyances* ».

Ce préjugé, issu de la « *bibliothèque coloniale* », est sans fondement scientifique quand on sait que de nombreux médicaments d'usage courant en pratique médicale moderne sont dérivés de plantes anciennes (de l'aspirine à la quinine en passant par la morphine), tout comme une partie substantielle de la pharmacopée de **Dioscoride** provenait de l'herbier égyptien<sup>46</sup>. En outre, l'ancienneté de leur utilisation n'impose pas une pharmacovigilance aussi stricte que pour les nouvelles drogues de synthèse chimique produites par la grande industrie pharmaceutique, et périodiquement retirées du marché à cause d'effets toxiques non décelés durant la phase des essais cliniques contrôlés.

Il s'y ajoute que le culte du profit privé et l'obsession de la concurrence technologique et commerciale, individuelle ou institutionnelle, prévalant dans ces milieux, freinent l'innovation et favorisent la fraude en tout genre. Particulièrement en Afrique où, depuis l'avènement des formes génériques, (d'origine principalement eurasiatique et

<sup>43</sup> Y. Parès, *op. cit.* pp. 32-47.

<sup>44</sup> Y. Parès, in *Annales de la Faculté des Sciences*, Université de Dakar, Tomes 25 (1972), 26 (1973) et 27 (1974).

<sup>45</sup> Créé en 1989 et dirigé par Dr Éric Gbodossou, PROMETRA a tendance à reproduire les deux faiblesses majeures de l'actuelle pratique médicale endogène africaine : son caractère initiatique, et donc volontiers ésotérique, pour la formation et sa dépendance de financements étrangers pour la recherche.

<sup>46</sup> Lise Manniche, *An Ancient Egyptian Herbal*, British Museum Press, (1989), pp. 163-167.

accessoirement maghrébine, pour le moment), la prolifération des faux médicaments représente désormais une grave menace pour la santé publique.

Enfin, de nos jours, il n'est pas rare que les découvertes et inventions biomédicales soient dues tantôt à l'importation de nouvelles techniques d'analyse physico-chimiques conçues pour d'autres disciplines (spectrométrie de masse, résonance magnétique nucléaire, etc.), tantôt au simple fait du hasard, comme la pénicilline jadis, la cyclosporine naguère (produit naturel de référence contre le rejet de greffe), ou encore dernièrement le *sildenafil*, (dénomination commune internationale du *Viagra*, produit dérivé du criblage aléatoire en série de composés chimiques synthétiques, à la recherche de nouvelles drogues cardio-vasculaires). Un phénomène suffisamment fréquent dans la recherche scientifique pour que les Anglo-Saxons lui aient trouvé un nom, *serendipity*, passé tel quel en Français...

À propos justement de l'énorme succès commercial du *sildenafil* dans le traitement du « dysfonctionnement érectile », il est utile de rappeler les vertus aphrodisiaques non seulement de la corne de rhinocéros africain, dont la réputation en Asie est à l'origine d'un trafic si intense que la survie du grand mammifère africain en est compromise ; mais aussi celles du *bediwona*, bien connu des populations ouest-africaines du Golfe de Guinée, dont les propriétés stimulantes de l'érection masculine ont pu être vérifiées sur un échantillon provenant du Ghana, dans le cadre d'une thèse de pharmacie soutenue à l'UCAD<sup>47</sup>.

L'on pourrait multiplier à volonté des exemples analogues tirés de la pharmacopée africaine et dont le potentiel nutritionnel et/ou thérapeutique, bien que largement et anciennement connu et reconnu localement, demeure ignoré tant de l'autorité politique que des entrepreneurs nationaux. À commencer par le célèbre *Moringa oleifera*, (dit *nebeday* en wolof et neverdier en français), un « alicament » tiré d'une plante résistante à la sécheresse, dont la composition polyvalente (acides aminés, vitamines, sels minéraux etc. mais aussi antioxydants, antiseptiques, anti-inflammatoires et antidiabétiques, etc.) explique les multiples propriétés nutritives, préventives et curatives que recèlent les divers segments de cet arbre soudano-sahélien (des racines à l'écorce, en passant par les graines, les feuilles et les fleurs). Quoique déjà répertorié par la médecine ayurvédique, avec un mode d'emploi et une posologie bien codifiés, tout en étant réputé capable de soigner de très nombreuses maladies, le moringa ne fait cependant l'objet que d'une exploitation artisanale privée.

Il en est de même d'un autre arbre répandu en Afrique de l'Ouest et du Centre, *Carapa procera*, appelé « *tullukuuna* » dont l'« huile d'*andiroba* » est largement utilisée par les tradipraticiens pour ses propriétés dermatologiques et anti-rhumatismales. Outre son intérêt cosmétique, des travaux en cours à la faculté de pharmacie de l'UCAD lui auraient trouvé une importante activité antimittotique<sup>48</sup>. Signalons enfin le *synsepalum dulcificum*, dit « *fruit miracle* » de l'Afrique équatoriale du fait de sa glycoprotéine, la miraculine, qui a pour effet de supprimer temporairement les sensations d'acidité et d'amertume. Dans les années 1970, ce puissant édulcorant naturel a été interdit au profit d'un équivalent de synthèse (l'aspartame) partout en Occident sauf au Japon, alors qu'il est produit et commercialisé au Ghana, sous forme de comprimés fabriqués à partir du jus extrait du fruit.

---

<sup>47</sup>Communication personnelle du Pr Emmanuel Bassène, Département de Pharmacognosie, Faculté de Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; sous la direction du Pr Bassène, Chef du Département de Pharmacognosie, Caractérisation d'une plante aux propriétés aphrodisiaques, *Mondia whitei skeels*, par Dr Seynabou Sene (2014).

<sup>48</sup>Communication personnelle du Pr Matar Seck, qui enseigne la chimie organique à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

C'est dire l'immense richesse inexploitée que représente la flore africaine (y compris Madagascar), réserve de biodiversité végétale sans pareil, hormis l'Amazonie. Même si l'accélération du processus millénaire de désertification du Sahel et celui centenaire d'assèchement du Lac Tchad en rapport avec le changement climatique, compromettent gravement cet atout<sup>49</sup>.

Il faut cependant souligner que la négligence ou le désintérêt institutionnels (étatique, académique et de l'entreprenariat privé national) pour les matériels et méthodes de la médecine africaine peuvent être de degré variable selon les pays et le profil politique et intellectuel des dirigeants. En ce qui concerne la phytothérapie, par exemple, de la Guinée à Madagascar et de l'Afrique du Sud à l'Éthiopie, en passant par le Ghana, le Cameroun et le Kenya, de nombreuses monographies des plantes médicinales locales et régionales ont été établies et publiées par des chercheurs africains, sans toutefois faire l'objet en règle générale d'une mise en valeur systématisée, qu'elle soit de type artisanal ou industriel<sup>50</sup>.

Il en découle un système de soins à deux vitesses, avec un pôle ultramoderne réservé à une minorité privilégiée citadine et dont le modèle tend vers la récente industrie du « tourisme médical » transnational de type indien, sud-africain ou tunisien, et à l'opposé, un pôle rural arriéré pour le plus grand nombre, quasiment à l'abandon et peu efficace, surtout dans le domaine de la prévention. Et, dans certains cas, l'on relève même des aberrations telles que des formations sanitaires démunies qui, en recyclant du matériel stérile à usage unique, propagent des maladies infectieuses aussi graves que le tétanos, les hépatites virales ou le sida ! De la multiplication des résistances acquises aux pesticides, herbicides et autres drogues antimicrobiennes par les germes ou insectes nuisibles, à l'émergence et/ou la réémergence d'espèces pathogènes pour les humains, les animaux et les végétaux, la responsabilité de la grande industrie chimique et de son enfant naturel, *Big Pharma*, est lourdement engagée, en temps de guerre (gaz de combat neurotoxiques, armes microbiologiques) comme en temps de paix (semences génétiquement modifiées, engrais chimiques, pesticides, additifs alimentaires etc.). Pour ne rien dire de l'inondation des pays africains par tous les rebuts (médicaments de contrefaçon, génériques et spécialités surtout) et autres déchets de la vieille industrie euraméricaine devenue obsolète (automobile, alimentaire, informatique, pharmaceutique, biomédicale, etc.).

Enfin, dans la plupart des pays africains et des communautés d'ascendance africaine directe hors d'Afrique, les principaux indicateurs statistiques de santé publique (taux affichés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, de dénutrition/malnutrition chez l'enfant ou de séroprévalence de l'infection à VIH chez l'adulte, par exemple), sont souvent sujets à caution (par défaut ou par excès), quand ils existent et que les Etats consentent à les rendre publics. D'où les nombreuses incertitudes qui hypothèquent toute tentative de bilan ou de simple évaluation épidémiologique et, par conséquent, le caractère approximatif de tout effort sérieux de planification.

Une approche nouvelle de la politique africaine de santé suppose donc un changement de paradigme radical, impliquant de prendre les problèmes par la racine en s'attaquant aux causes plutôt qu'aux conséquences. La cohérence et l'efficacité de l'action sanitaire en

---

<sup>49</sup>Col. Papa Momar Faye, *Plantes médicinales et savoirs locaux : un patrimoine économique, social et culturel menacé de disparition au Sénégal*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal (2018).

<sup>50</sup>Signalons parmi celles-ci : CEDEAO/ECOWAS, *Pharmacopée des plantes médicinales de l'Afrique de l'Ouest*, (2013) ; et surtout Edward S. Ayensu, *Medicinal Plants of West-Africa*, Reference Publications Inc. (1978) ; ainsi que, du même auteur, *Medicinal Plants of the West Indies* (1981). À noter dans la même collection, *Medicinal Plants of the World* ; et une étude à paraître : *Medicinal Plants of North Africa*.

Afrique nécessitent la conjugaison d'un triple effort éducatif, préventif et curatif, selon l'ordre de priorité suivant<sup>51</sup> :

- une éducation sanitaire de masse couplée à la formation adéquate du personnel,
- primauté des actions préventives sur les tâches curatives,
- primauté des zones rurales sur les zones urbaines,
- prépondérance de la médecine de masse sur la médecine individuelle.

Alors seulement, il sera possible de libérer l'énorme réservoir d'expériences et de savoirs endogènes enfouis parmi les populations comme dans la biosphère continentale. Il pourrait en résulter une complémentarité et même une synergie entre les deux types de médecine, bénéfique pour les patients et pour la science. Vu que la reproduction mécanique du modèle occidental dans nos pays aboutit manifestement à une impasse, avec les conséquences désastreuses que l'on sait, jusques et y compris au cœur même du système de domination, les métropoles euraméricaines.

Comment ignorer les multiples effets pervers de l'entreprise biomédicale hyper-centralisée, de haute technicité et de rentabilité financière incertaine, mais aux coûts humain, social et environnemental de plus en plus prohibitifs<sup>52</sup> ?

Bref, tout devrait inciter les spécialistes africains des biosciences à frayer leur propre voie, à partir d'un inventaire aussi exhaustif que possible du patrimoine hérité de leurs prédécesseurs en Afrique comme à l'étranger, en mutualisant les compétences et les moyens de la production et de la recherche biomédicales.

Cette nécessaire réorientation, évidente pour la pathologie médico-chirurgicale somatique<sup>53</sup>, s'impose *a fortiori* pour la psychopathologie et la psychiatrie, qui demeurent l'ultime frontière rétive à l'approche thérapeutique techniciste occidentale. Même si les fruits de l'ethnopsychiatrie n'ont pas encore tenu les promesses des fleurs, autrefois vantées par les initiateurs de la clinique ouverte *penc* à l'hôpital de Fann, les docteurs **Moussa Diop** et **Henri Colomb**.

## 7. Conclusion

Toute communauté humaine occupant une zone géographique donnée développe nécessairement une culture adaptée à son milieu afin d'assurer sa survie collective. Les modes de production d'eau et de transformation des aliments, les types vestimentaires et d'habitation sont, au même titre que la langue parlée et les soins prodigués aux malades et aux blessés, des conditions *sine qua non* de la perpétuation du groupe, c'est-à-dire de sa reproduction élargie. Tout peuple dispose ainsi d'un art culinaire et médical propre et ajusté à son environnement immédiat, son aliment étant son premier médicament, selon le précepte éternel d'Imhotep. Ses mœurs, conditionnées par son mode de vie et sa conception du monde, définissent sa personnalité collective, son identité culturelle. Pas plus qu'il n'existe de hiérarchie des races, il ne saurait y avoir de déterminisme finaliste des cultures, chaque peuple définissant ses fins propres tout en choisissant ses priorités spécifiques.

---

<sup>51</sup>M. Sankalé, *op. cit.*

<sup>52</sup>Marie-Monique Robin, *Notre poison quotidien, La responsabilité de l'industrie chimique dans l'épidémie des maladies chroniques*, Paris, La Découverte/Arte Éditions, (2011).

<sup>53</sup>L'impasse actuelle de la prise en charge efficace de la masse croissante d'insuffisants rénaux chroniques par hémodialyse à vie, en l'absence d'unité de transplantation rénale, en est un exemple parmi tant d'autres...

Un concitoyen attentif a fait observer qu'en Afrique, l'urgence permanente inhibe la réflexion stratégique. Étant donné l'état actuel de délabrement du continent, tout semble prioritaire. Or, toute planification sérieuse exigerait la définition d'un but principal fixant l'orientation stratégique, avec des objectifs secondaires guidant les choix tactiques. En ce domaine comme en d'autres, des options sur-prioritaires doivent impérativement être dégagées. Oser quitter les sentiers battus pour rompre avec les aspects négatifs du passé et opérer les inévitables révisions déchirantes requises pour pallier les insuffisances des politiques sanitaires actuelles, tel est le passage obligé !

La conception africaine holistique du monde pourrait y aider, grâce à une mise en synergie des médecines traditionnelle et conventionnelle, tirant parti de leur complémentarité au lieu de perpétuer une fausse rivalité aussi stérile que contre-productive. En commençant par la réglementation effective, c'est-à-dire contrôlée, de l'exercice de l'une comme de l'autre. Par exemple, une telle approche permettrait en pratique aux pays africains dits francophones de profiter de l'expérience plus avancée de leurs compatriotes dits anglophones, ou de comprendre, en théorie, l'impossibilité matérielle de l'éradication totale et définitive des microbes (tous types confondus) de la surface de la terre, leur coexistence avec leurs hôtes humains, animaux et végétaux pouvant donner lieu au mieux à une cohabitation plus ou moins symbiotique, au pire à un combat sans fin de l'épée et du bouclier ! Il reste que s'engager dans une voie aussi originale et novatrice requiert d'abord une volonté politique ferme, ensuite une mise en commun rationnelle des ressources disponibles, au moins à l'échelon sous-régional à défaut de l'option d'emblée continentale, enfin et surtout une planification médico-sanitaire rigoureuse couplée à un programme de recherche, fondamentale et appliquée, bio-médico-pharmaceutique coordonné. Sans oublier la traumatologie, dont la part croissante parmi les facteurs de mortalité prématurée et d'invalidité majeure, relève plus de l'insécurité physique et socio-économique généralisée que de la pathologie médico-chirurgicale proprement dite<sup>54</sup>.

**Aimé Césaire** a pu dire que « *la voie la plus courte vers l'avenir est toujours celle qui passe par l'approfondissement du passé*<sup>55</sup> ». C'est ainsi qu'un éventuel retour à la tradition matriarcale de la société africaine souveraine devrait permettre de démontrer par des actes que « *c'est par la femme que se fera l'Afrique de demain !* ». D'où l'intérêt de cette recommandation finale d'une autre figure emblématique de l'Afrique contemporaine, un grand médecin d'ascendance africaine directe, **Frantz Fanon**, ancien élève de Césaire, par ailleurs combattant émérite de la lutte de libération du peuple algérien : « *Il faut que le passé, le présent et l'avenir constituent les trois intérêts prédominants de l'homme et il est impossible de voir et de réaliser quelque chose de positif, de valable et de durable sans tenir compte de ces trois éléments* »<sup>56</sup>.

## □ L'auteur

**Dialo DIOP**, Docteur en Médecine et Docteur ès Sciences Biologiques, enseignant-chercheur à la retraite de la *Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar* (UCAD). Il se consacre présentement à l'étude de l'histoire de la médecine africaine.

<sup>54</sup>La mise en œuvre du paradigme africain dans le domaine biomédical ne saurait esquiver les débats en cours sur le clonage thérapeutique et reproductif, la brevetabilité du vivant, notamment la propriété intellectuelle des séquences génomiques des plantes médicinales tropicales, l'avenir de la médecine prédictive, le transhumanisme, etc.

<sup>55</sup>Aimé Césaire, *Culture et colonisation*, in *Premier Congrès International des Écrivains et Artistes Noirs*, Paris, Présence Africaine, (1956).

<sup>56</sup>Frantz Fanon, "Écrits psychiatriques" in *Écrits sur l'aliénation et la liberté*, Paris, La Découverte/Arte, 2015.