



HAL
open science

Processus d'acquisition et de transmission des ressources thérapeutiques africaines dans les sources européennes du XVIIe au XIXe siècle.

Dominique Juhé-Beaulaton, Agnès Lainé

► To cite this version:

Dominique Juhé-Beaulaton, Agnès Lainé. Processus d'acquisition et de transmission des ressources thérapeutiques africaines dans les sources européennes du XVIIe au XIXe siècle.. *Outre-Mers Revue d'Histoire*, 2005, 93, pp.47-78. halshs-00089362

HAL Id: halshs-00089362

<https://shs.hal.science/halshs-00089362v1>

Submitted on 17 Aug 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Processus d'acquisition et de transmission des ressources thérapeutiques africaines dans les sources européennes du XVII^e au XIX^e siècle

Dominique Juhé-Beaulaton et Agnès Lainé

(historiennes, UMR 8054, Mald – Université de Paris I)

La construction des savoirs¹ médicaux, dans ses échanges avec les mondes extra-européens, est liée au contexte des explorations scientifiques, des entreprises d'expansion maritime et coloniale associées à la recherche de ressources commercialisables et à l'évangélisation des populations lointaines. Cette question a été abordée par différents auteurs dans le champ de l'histoire des sciences sous l'angle des relations entre sciences, nature et colonies, dans lequel s'inscrit la mise en place d'une médecine tropicale européenne.² Dans cette historiographie, les travaux ont porté majoritairement sur la période fin XIX^e-XX^e siècle. Pour les périodes antérieures, la place de l'Afrique est restée marginale.

C'est pourquoi dans ce qui suit nous « balayons » une tranche chronologique assez large afin de proposer une première approche de la façon dont le continent africain s'est intégré dans des réseaux déjà décrits partiellement, en focalisant l'attention sur les modalités d'échanges et de constitutions de savoirs et en recherchant, autant qu'il est possible, à discerner le rôle des acteurs locaux.³ Notre propos se situe au carrefour de plusieurs secteurs de la recherche : histoire des sciences et notamment la botanique, l'histoire africaine et l'histoire coloniale européenne. Nous tenterons de dégager quelques pistes de recherche dont une – non des moindres – consisterait à situer les échanges avec l'Afrique dans le cadre plus large de l'évolution d'un esprit scientifique et médical en Europe : naissance de l'humanisme et dégagement progressif de la référence au sacré, au magique. Dans la période considérée, les initiatives privées ont précédé, rejoint ou complété les projets des Etats qui s'inscrivent dans un contexte de mise en œuvre de politiques et d'institutions scientifiques au service de leur puissance. C'est dans la rencontre avec un « ailleurs » pathogène où soi-même (l'Européen) et l'autre (l'Africain) pouvaient être malades, que sont nés des enjeux et des interprétations autour de la santé et de la maladie et que s'est élaborée une recherche de remèdes.

¹ Par savoir, nous entendons un ensemble de connaissances mises en relation, de faits observés, de perceptions, de représentations et d'interprétations.

² Voir les ouvrages collectifs dirigés par Arnold D. (1988 ; 1996) McLeod R. (2001) et Petitjean *et al.* (1992), et les travaux de Osborne M. (1996, 2001).

³ Actuellement on assiste à l'émergence de réflexions sur le rôle des acteurs locaux dans la construction des savoirs africanistes.

La période considérée s'étend du développement des investigations scientifiques à partir du XVI^e siècle jusqu'aux toutes premières années du XX^e siècle, lors de l'instauration des régimes coloniaux, période durant laquelle se sont organisés les réseaux et les modalités de transfert de connaissances avec le continent au sud du Sahara.⁴ Au début de cette période, les traitements médicaux européens combinaient des pratiques mécaniques (saignées, purges, lavements) et phytothérapeutiques. Ces dernières s'intégraient plus largement dans l'élaboration d'un savoir botanique incluant l'étude des plantes "exotiques". Nous chercherons ici à apprécier les modalités d'acquisition, de transfert et de d'interprétations dont ont été l'objet certains savoirs ou pratiques thérapeutiques rencontrées en Afrique, en nous concentrant sur la côte occidentale, particulièrement les points anciens d'implantation européenne : Sénégal et golfe de Guinée - sans exclure toutefois des informations sur d'autres régions lorsqu'elles nous ont paru pertinentes pour notre sujet.

Les sources étudiées comprennent deux corpus complémentaires. Le premier, non exhaustif, est constitué de sources relevant de différentes nations européennes, comportant des ouvrages de botanistes, des catalogues de jardins, des dictionnaires de géographie, des récits de voyages, des documents d'archives du XVI^e au XIX^e siècle en liaison avec nos travaux antérieurs. Le second corpus est fondé sur le dépouillement de revues françaises dont la publication a débuté au XIX^e siècle émanant des ministères de la marine et des colonies comme la *Revue maritime et coloniale*, les *Archives de médecine navale*, d'une part, et des missions catholiques d'autre part comme la *Revue des Missions catholiques*, les *Annales de la Propagation de la Foi*. Le choix de ces revues parmi le panorama des revues apparaissant à cette époque a été déterminé selon l'hypothèse qu'elles devaient contenir plus d'informations sur les ressources thérapeutiques observées par les Européens.

I - Botanistes, voyageurs, missionnaires et médecins ou le développement d'un réseau de connaissances

Botanistes, voyageurs, et médecins

Les récits de voyage des XVI^e et XVII^e siècles comportent souvent des descriptions de plantes qui ont suscité l'intérêt des naturalistes. S'appuyant sur leur lecture, les botanistes ont rédigé les premières flores "exotiques" sans avoir eux-mêmes observé les végétaux sur pied. Aussi, les premiers auteurs cités dans les ouvrages des botanistes sont généralement des voyageurs arabes et portugais. Les informations sur la flore dépendant des apports des voyageurs, certains naturalistes encouragèrent les capitaines de navire à rapporter des plantes afin d'accroître les connaissances sur les pays lointains. En témoigne l'introduction d'*Exoticarum libri decem* publiée en 1605 par Charles de l'Écluse, dit Clusius, auteur de plusieurs ouvrages sur les plantes "rares et exotiques" : "De grands progrès seraient faits si

⁴ Voir notamment les travaux de C. Bonneuil et M.N. Bourguet (1999).

vous chargiez vos concitoyens⁵ qui organisent maintenant avec la grâce de Dieu des traversées vers l'Inde, l'Afrique et l'Amérique avec tant de bonheur, de recommander à tous les pharmaciens et chirurgiens qu'ils joignent à leurs marins à l'étranger pour les soigner, et d'avertir aussi les capitaines des navires de rapporter les tiges des arbres exotiques avec leurs feuilles, fleurs et fruits. Si cela pouvait arriver, qu'ils ne négligent pas d'observer, de recueillir, de conserver et de rapporter les écorces aromatiques, les racines médicinales, les bulbes, les fruits et les graines, après avoir noté avec soin les noms que les indigènes donnent aux choses singulières, et même leurs propriétés, s'ils remarquent qu'elles en ont.”⁶

Cet auteur donne déjà des consignes botaniques pour faciliter l'identification et la classification des plantes. Il préconise d'en relever les usages à finalités commerciale (épices, parfums) et médicinale. Il s'intéresse à la fois aux ressources et aux savoirs associés. S'il revient aux capitaines d'assurer les conditions de transport des échantillons, voire de permettre des observations suffisantes, les “chirurgiens et pharmaciens” apparaissent comme les intermédiaires premiers des botanistes dans la collecte des informations. Certains d'entre eux résidaient dans les comptoirs européens des Indes ou sur les côtes d'Afrique et l'on constate leur rôle parmi les sources citées par J. Bauhin, également botaniste, en 1650. Celui-ci décrit entre autres un arbre appelé “*lobus magnus ex guinea foetidus cum granis arboris judae*” en s'appuyant d'abord sur Clusius dont il complète la description d'après le fruit envoyé par “*l'honorable Wilhelm Pardyn*”, un intermédiaire qui lui-même l'a reçu d'un chirurgien en poste sur la côte de Guinée. Celui-ci “*soutenait que les habitants de la région où il pousse broient les graines enfermées dans ce fruit en une poudre dont ils se servent pour soigner les blessures, mais non à usage interne car elle est dangereuse.*” On constate ici que le savoir a voyagé avec le fruit.

Le botaniste anglais J. Ray décrit dans son ouvrage de 1704 le réseau mis en place par un pharmacien de Londres, Jacobus Petiver, qu'il présente comme “*très savant en botanique*”. Ce pharmacien a “*dans toutes les régions de la terre et partout où nos marchands vont négocier, des amis dévoués à ses études, des médecins, chirurgiens, marchands et marins qui, dans tous les endroits qu'ils abordent ou s'arrêtent, cueillent des plantes avec application, les font sécher et les lui envoient en Europe afin qu'il rassemble un immense trésor de plantes exotiques et fort rares et l'augmente par de nouvelles acquisitions. Son travail a enrichi le nôtre de très nombreuses espèces nouvelles et rares.*”

Petiver a rédigé en Angleterre un catalogue de quelques plantes de Guinée avec leurs noms indigènes et leurs vertus pour la Société royale de Londres en 1697.⁷ C'est là l'exemple d'une initiative privée à caractère médical et commercial – Petiver est pharmacien et naturaliste – mais s'intégrant dans l'activité d'une institution savante approuvée et encouragée

⁵ Il s'adresse à ses lecteurs naturalistes des différentes nations européennes.

⁶ Traduit du latin par C. Urfels que nous remercions.

⁷ Ses travaux ont été publiés dans Petiver J. (1703), *Musei Petiveriani*, London.

par la royauté, dont il est devenu membre en 1695.⁸ Petiver cite les noms et fonctions de ses correspondants parmi lesquels figurent des Français comme Pitton de Tournefort, botaniste membre de l'Académie des sciences et Vaillant, secrétaire du Dr Fagon, médecin du Roi.

Progressivement s'élaborait la chaîne opératoire dans le processus de transmission des connaissances : d'abord la lecture des prédécesseurs, puis la récolte d'échantillons de plantes mis en herbiers par des voyageurs et résidents sur les côtes d'Afrique, l'expédition directe ou par divers relais à des naturalistes. Ceux-ci en assuraient la collection, la conservation et la diffusion scientifique *via* les sociétés savantes et leurs publications à travers l'Europe. La rédaction en latin, langue véhiculaire, de ces ouvrages, associée aux progrès de l'imprimerie permettait une diffusion rapide des connaissances. Ces informations à la fois collectées peu à peu, disparates, et érigées en collections construisaient un cadre pour la recherche européenne dans les pays lointains, comportant des objectifs, des techniques d'investigation et des savoirs constitutifs d'une érudition de l'altérité⁹.

Un rôle central revenait aux acteurs de santé, renforcé par les initiatives des Etats¹⁰. En France, en 1719, un décret de l'Intendant de Bretagne Chirac ordonne : “ *à tous les capitaines de vaisseaux de tenir la main à ce que les dits chirurgiens s'informent exactement de tous les remèdes particuliers qui sont en usage dans les païs étrangers pour la guérison des maladies...* ”¹¹ L'histoire de la Marine française, créée à l'époque de Colbert, est intimement liée à celle des colonies. Le service de santé de la Marine y était constitué de trois corps : médecins, chirurgiens et pharmaciens qui œuvraient sur les navires, dans les comptoirs et les colonies. Le recrutement se faisait dans les couches moyennes, la Marine offrant des débouchés et une formation plus accessible que la Faculté de médecine. Leur formation était du reste assez médiocre ainsi que le déplore encore Palisot de Beauvois en 1804 : “ *la plupart des chirurgiens embarqués pour la côte d'Afrique, où le secours de l'Art est plus nécessaire que partout ailleurs, sont des jeunes gens à peine sortis des écoles et aussi peu expérimentés dans l'art qu'ils se proposent d'exercer, qu'ils sont peu instruits d'ailleurs.* ” Cependant et à défaut, ils assuraient un rôle clé dans la transmission des connaissances entre Afrique et Europe. C'est pourquoi ils ont été incités à la collecte des échantillons sous le contrôle coercitif des capitaines de vaisseaux.

Malgré tout, les possibilités d'investigation des chirurgiens, cantonnés au navire ou au cénacle des Européens dans les comptoirs, furent très limitées en raison du peu de contact que ces chirurgiens avaient avec la population, notamment avec les détenteurs africains des

⁸ La Société royale de Londres, fondée en 1660 avec l'approbation du roi Charles II, était l'équivalent de l'Académie des Sciences de Paris fondée en 1666 sur l'initiative de Colbert. Les deux institutions ont eu des relations suivies quels que soient les événements politiques opposant les deux nations.

⁹ Cf. l'ouvrage dirigé par M. Duchet (1984)

¹⁰ voir l'organigramme du dispositif de recherches sous l'ancien régime présenté par J. E. McClellan & F. Regourd (2001).

¹¹ Archives Municipales de Nantes, série DD, n°49, pièce 9.

savoirs médicaux.¹² En réalité ces médecins ou chirurgiens avaient eux-mêmes des informateurs obligés sur le terrain, parmi lesquels des métis ont servi d'intermédiaires. Petiver cite un dénommé Edouard Barter qui lui envoya des plantes dont un certain nombre de racines médicinales.¹³ Ce même Barter est cité par Bosman¹⁴ qui précise qu'il s'agit d'un mulâtre fort influent au Fort de Cape Coast sur la côte de Guinée. Les médecins et chirurgiens présents dans les forts européens étaient d'ailleurs aidés par des auxiliaires ou assistants locaux qui pouvaient être des métis, ainsi un médecin danois à Christiansbourg est “ *aidé d'un mulâtre pour les pansements et les services de chirurgies* ”.¹⁵

Cette position des intermédiaires africains s'observe de façon continue : en 1819 à Saint-Louis du Sénégal, un nommé Biram Counou envoie un “ *Nègre marabout de sa connaissance* ” chercher des sangsues dans le pays de Cayor à la demande du médecin français Catel.¹⁶ Celui-ci a donc bénéficié de deux relais locaux successifs d'information, Biram Counou, un personnage manifestement important de la colonie, parlant français, peut-être un métis (le marabout semble qualifié de nègre par différence avec lui) et le “ marabout ” qui connaît la région et sa faune.¹⁷

Progressivement s'est instaurée une catégorie de médecins détenteurs de connaissances naturalistes, aussi succinctes soient-elles, publiant des observations médicales et chirurgicales, zoologiques et botaniques. Cette tradition a persisté jusqu'au XX^e siècle où les médecins, notamment les médecins militaires parfois convertis en anthropologues, ont continué à jouer un rôle important dans la constitution de l'érudition africaniste.

Les réseaux de jardins en Europe et sous les tropiques

A partir du XVI^e siècle, nombre de villes se sont dotées de jardins des plantes qui formaient un complément indispensable à une école de médecine et de pharmacie. Comme les herbiers, ces jardins se sont développés grâce aux apports des voyageurs. Leurs catalogues avaient pour objectif de faire connaître les collections de plantes disponibles dans les différents jardins européens pour l'étude et la diffusion des connaissances d'une part, les échanges et l'enrichissement des collections d'autre part. La conservation des plantes issues des milieux tropicaux a nécessité d'adapter les lieux de conservation en retrouvant les

¹² Lainé (2003). Voir également sur le rôle des intermédiaires africains l'article de E. Green Musselman (2003).

¹³ Petiver (1704, p. 43).

¹⁴ Bosman (1705, p. 58).

¹⁵ Isert était un médecin allemand au service de la compagnie danoise (1989, p. 172).

¹⁶ Catel (1827, pp. 639-640). Les sangsues n'étaient pas utilisées localement en thérapie. Catel rapporte également ses efforts pour organiser des collectes de sangsues dans le pays. Mais il n'y a pas eu de transfert sur place de cette pratique européenne.

¹⁷ Ce marabout est certainement un guérisseur. L'identité et le rôle des marabouts seront discutés en deuxième partie.

conditions climatiques du milieu. C'est ainsi que les premières serres sont apparues dans les jardins botaniques, à Leyde en 1599, Gand et Amsterdam en 1646, Paris en 1714.

Le transport des plantes tropicales imposait de prendre des mesures particulières. Après plusieurs escales sur les côtes africaines, la majorité des navires se dirigeait vers le continent américain. La longueur du voyage, les écarts de température occasionnant la perte des graines et des plants, peu d'échantillons ont survécu aux traversées. Des essais ont été tentés pour limiter les pertes, dont les serres de voyage inventées par un Anglais, M. N. Ward, en 1829. En France, le transfert des plantes depuis les ports jusqu'au jardin du Roy était souvent fatal aux échantillons encore vivants. Aussi des jardins se sont développés dans les principaux ports, ayant pour fonction supplémentaire de servir de relais au jardin de Paris.

L'histoire d'un de ces jardins dit des Apothicaires de Nantes, dont la fondation date de 1688, permet de suivre cette " mise en réseau " des jardins. A l'origine, ses principales fonctions consistaient à approvisionner les officines de la ville en plantes médicinales et participer à l'instruction des élèves en pharmacie et en médecine. Les apothicaires fournissaient également les coffres de pharmacie aux vaisseaux marchands. En 1726, une Ordonnance du roi Louis XV l'établit comme pépinière et entrepôt du jardin royal des plantes de Paris.¹⁸ L'ordonnance assujettit les capitaines de navire nantais en partance outre-mer à rapporter les graines et les plantes dont des listes leur furent remises, entre autres une liste de plantes et d'arbres de la côte occidentale de l'Afrique, établie d'après les ouvrages du père Labat (1728) qui sont des compilations d'éléments puisés ici et là dans les récits de voyage.¹⁹ Elle est composée des noms vulgaires des plantes dont l'usage était courant ; il s'agit surtout de plantes présentant un intérêt économique, commercial et de plantes alimentaires... Peu de plantes médicinales sont citées et nombre d'entre elles ne sont pas identifiables.²⁰

Répondant à l'intérêt porté par les autorités politiques et scientifiques aux plantes exotiques, des jardins ont été créés sous les tropiques à partir du XVIII^e siècle dans un but d'exploitation des possessions, mais plus tardivement en Afrique (celui de Richard-Toll au Sénégal fut créé en 1816)²¹ Cependant des jardins existaient déjà dans les forts et comptoirs, en relation avec l'expansion européenne en Afrique et dans les Indes occidentales et orientales. Ces jardins méconnus constituaient une annexe indispensable à l'approvisionnement en vivres frais des résidents permanents, des équipages lors des escales, ainsi que des esclaves qui y transitaient avant leur départ vers les Amériques. Etaient cultivées des plantes potagères européennes, des espèces fruitières, méditerranéennes et tropicales, dont les agrumes et des plantes "commerciales" comme le tabac, la canne à sucre, le café. Les

¹⁸ Archives Municipales de Nantes, série DD 49, pièce 9.

¹⁹ A. M. Nantes, DD 50, pièces 2 à 7.

²⁰ Notons cependant la citation de l'herbe puante (*Cassia occidentalis*) dont il sera question plus loin.

²¹ Jardin des Pamplemousses créé en île de France (Maurice) en 1735-1736, celui de Saint Denis à la Réunion en 1769, la Gabrielle à Cayenne en 1778, Saint-Pierre à la Martinique en 1803, Pondichéry en 1827... voir à ce sujet Regourd F. (1999).

sources mentionnent peu d'essais de culture d'espèces locales, tout au moins jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, à l'exception notable d'un petit fruit remarqué par de nombreux Européens et qualifié de miraculeux en raison de ses propriétés édulcorantes. Celles-ci permettaient la consommation des oranges aigres. Dalzel²², gouverneur du fort anglais de Ouidah, s'y employa. Il essaya même de préserver les baies sèches, ou sous forme de sirop, sans informer de la suite de cette entreprise.²³

Des expéditions scientifiques aux missions d'exploration

Au XVIII^e siècle, des expéditions scientifiques furent organisées et de nombreux botanistes partirent étudier la flore exotique. L'expédition aux terres australes de Bougainville (1766) et les voyages du capitaine Cook (1768-1779) sont parmi les plus connus. L'Afrique est restée très marginale dans ce mouvement de découverte scientifique.²⁴ Peu de naturalistes y ont séjourné. Font figure d'exception Adanson au Sénégal (1749-1753) et Palisot de Beauvois dans le golfe de Guinée (1789-1803) qui ont rédigé des flores de ces deux régions. Tous deux étaient correspondants de l'Académie royale des sciences de Paris.²⁵ Paul E. Isert, plus connu pour son récit de voyage que pour ses recherches en histoire naturelle, a profité de ses escales pour herboriser²⁶ dans la même région que Palisot de Beauvois et envoyer des échantillons à destination des grandes collections conservées notamment à Paris, Vienne, Londres...

Dans l'avant-propos de sa *Flore d'Oware et de Bénin*, Palisot de Beauvois²⁷ plaide pour davantage de participation des officiers de santé à la connaissance des contrées inexplorées, appelant de ses vœux “ *des relations sur les mœurs et les usages des hommes qui habitent ces contrées, ou des connaissances relatives aux sciences et aux arts* ”. C'est un rôle que les médecins et pharmaciens de marine ont été amenés à jouer plus activement à partir du milieu du XIX^e siècle. L'organisation des recherches naturalistes a évolué en effet en relation avec l'expansion coloniale, et en réponse aux nouvelles questions engendrées par ce mouvement d'exploration. De nouvelles sociétés savantes se sont créées, dont les sociétés de géographie, d'ethnographie, d'acclimatation... et les revues qui les accompagnent. En 1819

²² Dalzel (1793) p. 4

²³ Les descriptions de ses qualités édulcorantes ont permis de l'identifier au *Synsepalum dulcificum*. Le père Labat (1730 : 256) déplore la perte de ce fruit rapporté par le Chevalier des Marchais en 1724 car son “ *usage seroit admirable et extrêmement recherché par ceux qui ont tant de peine à prendre des remèdes amers et désagréables.* ”

²⁴ Exception faite de l'Afrique du Sud. Voir E. Green Musselman (2003).

²⁵ Sous l'Ancien régime, les correspondants étaient attachés à un des membres de l'Académie, eux-mêmes nommés par le roi sur proposition de l'Académie.

²⁶ Isert (1793, rééd. en 1989, p 125).

²⁷ Palisot a séjourné 15 mois à ses frais sur la côte d'Afrique d'où il partit à Saint Domingue. Pris dans la tourmente révolutionnaire, il dut s'exiler à Philadelphie et publia sa flore après son retour en 1803.

est fondée à Paris une école pour les "*jeunes naturalistes destinés à voyager*". Les élèves sélectionnés sur concours suivaient une année d'étude, puis partaient en voyage dont la destination était choisie par leurs professeurs. Les recherches sur le quinquina furent encouragées, car son existence était "soupçonnée à la Guyane française et dans les possessions au Sénégal".²⁸ Dans le même temps, le rôle des médecins de la Marine s'affirmait : Perrotet et Leprieur, deux médecins de Marine, reçurent l'autorisation de voyager au Sénégal pour y collecter des échantillons de plantes. A leur retour en France, grâce à l'appui du Muséum et du ministère de la Marine, cette collecte déboucha sur la réalisation d'une flore de Sénégal publiée en 1833.²⁹ Dans la première moitié du XIX^e siècle prédominait toujours un intérêt général pour la science botanique. La recherche de ressources industrielles et commerciales, dont les ressources thérapeutiques ne sont qu'un aspect, s'amplifia au fur et à mesure que s'affirmait une nouvelle politique d'expansion.

Au cours du XIX^e siècle, une recherche plus systématique des ressources locales s'est orientée davantage vers l'intérieur du pays. Les missions d'exploration comprenaient en général un médecin aux connaissances naturalistes solides et diversifiées. Ces explorations avaient entre autres objectifs de repérer les endroits propices à l'implantation de comptoirs ou de factoreries et de collecter des données ethnographiques. Parallèlement à ces explorations, les missionnaires chrétiens participaient du mouvement d'expansion européenne et d'exploration scientifique : "*nos missionnaires du XIX^e siècle [...] ne sont étrangers à rien de ce qui peut servir les différentes branches de la science. [...] le missionnaire examine, voit, et compare ; en présence de procédés nouveaux, de phénomènes étranges, de fleurs, de plantes et d'arbres inconnus, il pense à l'utilité qu'en retirerait la mère patrie, et il adresse ses notes à son supérieur ou à son ami [...]*".³⁰ Cette citation, extraite de l'introduction du troisième numéro des *Missions catholiques*, *Bulletin hebdomadaire de l'Oeuvre de la Propagation de la Foi*, avait valeur de déclaration d'intention et de programme pour les missionnaires à venir. Leurs séjours, de longue durée, facilitaient les observations et les obligeaient souvent à employer les ressources locales. Ils accordèrent de plus en plus d'importance aux usages des plantes. Les instructions de Charles Lavigerie, nommé archevêque d'Alger en 1867 et fondateur de la société missionnaire des Pères Blancs, prévoyaient qu'il revenait aux missionnaires de faire sur place leur propre expérience et de rechercher les moyens médicaux locaux, étant donnée l'ignorance en Europe des problèmes sanitaires de ces régions.³¹ Parmi les travaux des missionnaires publiés dans les *Missions catholiques* se distinguent les observations de plantes des Pères Ménager et Chausse sur la côte de Bénin en

²⁸ Archives Nationales, Paris, Fonds Muséum, AJ15/565.

²⁹ Guillemin J.-B. A., Perrotet S., Richard A. (1833).

³⁰ Anonyme, *Missions catholiques* (1868, tome 1^{er}, n°3 p 17-18). L'objectif majeur de ce bulletin était de rendre compte de la progression du christianisme dans le monde, mais il est aussi devenu un organe de diffusion des connaissances acquises par les missionnaires.

³¹ Renault (1991, p. 30).

1874, puis celles du père Courdioux en 1883 intitulées *flore médicale ou industrielle de la côte des Esclaves*. Dans ce dernier cas, le titre, ainsi que le contenu, montrent bien que l'objectif de l'auteur était de faire connaître en Europe de nouvelles plantes " utiles " au sens large.

Au tournant du XIX^e siècle, l'expédition, dirigée - et relatée - en 1899 par le R. P. Trilles de la Congrégation du Saint-Esprit en pays fang, est caractéristique des entreprises d'exploration associant des objectifs multiples, politique, scientifique et religieux : conclure des traités, construire une factorerie pour l'exploitation du caoutchouc, compiler des données ethnographiques et naturalistes... Le R. P. Trilles (1902), homme peu ordinaire doté de connaissances en botanique (en chemin, il constitue un herbier), entomologie et minéralogie, baptise à l'occasion les mourants et les nouveau-nés en cachette de leurs mères... Cette participation des missionnaires à l'érudition savante du XIX^e siècle est restée limitée dans le domaine des sciences naturelles, en dépit des intentions énoncées. La confrontation des religions et des cultures allait cependant être un des principaux obstacles au transfert de savoirs et de connaissances dans le domaine médical.

II - Savoirs sur les pratiques médicales africaines ou le difficile transfert de connaissances

Savoirs africains, religion et secret : évolution des perceptions européennes du XVIII^e au XIX^e siècle

Malgré l'organisation progressive de ces différents réseaux, les observateurs européens désireux de pénétrer les savoirs médicaux rencontrés localement se sont incontestablement heurtés au secret qui les entourait. Nombre de sources associent l'exercice de la médecine en Afrique aux pratiques religieuses, mais rares sont les auteurs à apporter des éléments concrets dans ce domaine, tant la compréhension des rites et des cultes africains s'est trouvée entravée par la différence de sensibilité religieuse et le caractère initiatique des savoirs et des pratiques.

Les sources relatives aux sociétés du golfe de Guinée permettent de suivre l'évolution des perceptions européennes concernant les pratiques locales. Tous les auteurs s'accordent pour faire un lien entre l'exercice de la médecine et le culte des *vodun* commun à ces sociétés. Les principaux lieux de cultes sont situés dans des formations végétales appelées bois sacrés où se déroulent entre autres les initiations des adeptes et où sont conservées nombre de plantes à usage thérapeutique, ce que certains observateurs ont relevé. Cet auteur du début du XVIII^e siècle distingue les " *vaudonnous* " (prêtre des *vodun*) des " *boucots* " (*bokonon*, devins et thérapeutes) qui sont les détenteurs des savoirs sur les plantes médicinales : " *Les vaudonnous sont les prestres des Dieux renfermés dans des bouquets d'arbres qui ont leurs chefs, les boucots sont les chirurgiens et ceux qui se meslent des fétiches et qui se font dans*

des maisons particulières. Les boucots gardent le secret de leurs remèdes, ils n'ont pas voulu en informer les chirurgiens européens."³² De son côté, le chevalier des Marchais a observé qu' "*ils ont des chirurgiens qui connoissent des simples merveilleuses avec lesquelles ils font des cures admirables pour toutes sortes de maladies ou playes [...] c'est un domaine secret*"³³ Cette référence au secret est commune à ces deux citations et il n'y a pas de dépréciation des savoirs comme on le constate dans l'ensemble des sources de cette époque. Il nous semble observer par la suite, vers la fin du XVIII^e siècle, une transition avec la tendance du siècle des Lumières à rationaliser les savoirs médicaux en les séparant des croyances magico-religieuses. Ceci n'est pas sans rappeler qu'en Europe la médecine scientifique s'est élaborée, tant sur la connaissance des anciens et les savoirs locaux que sur le rejet et la péjoration des pratiques populaires, telles qu'elles existaient chez les guérisseurs et rebouteux des campagnes : "*il y a beaucoup de plantes dont on ne connaît point les propriétés ; les Nègres s'en servent pour se guérir, toujours avec des préparations superstitieuses et ne communiquent rien aux blancs [...] leurs prêtres, espèces de sorciers, président aux fétiches et les dirigent ; leur emploi est de deviner l'avenir, de découvrir les choses cachées, de fabriquer des talismans qui produisent des effets favorables ou sinistres : les médecins quoiqu'ils emploient quelques simples, ne traitent les maladies que cabalistiquement ; il n'est rien à quoi ils n'attribuent des qualités occultes ou métaphysiques.*" Ces auteurs relativisent leurs propos en précisant que toute la terre a connu et connaît encore les pratiques des sorciers en ajoutant qu'à Paris, au XVIII^e siècle, "*beaucoup de belles dames accompagnées de petits messieurs charmants vont encore consulter le sorcier, faire tirer les cartes, tourner la table...*"³⁴

Les auteurs cités ci-dessus ont identifié le secret comme obstacle majeur à la connaissance des thérapeutiques africaines. D'autres cependant, plus nombreux, moins observateurs ou plus prévenus, n'ont vu que les rites sans imaginer une quelconque efficacité thérapeutique. Ceci est particulièrement perceptible dans les écrits des missionnaires au XIX^e siècle. Le père Baudin des Missions Africaines de Lyon à Porto Novo (actuel Bénin) a observé assez finement les pratiques religieuses tout en les rapportant sur un mode ironique. "*Aroni est le génie des forêts. On le dit aussi habile en médecine. Il n'est pas très bon, il est surtout très capricieux et redoutable pour ceux qui ne connaissent pas son caractère. Ce génie apparaît sous la forme humaine, avec une tête de chien et un seul pied [...] Quiconque le rencontre dans la forêt et a le malheur de fuir est dévoré. Mais, pour celui qui reste ferme et le regarde sans crainte, le monstre devient doux comme un agneau. Il conduit l'heureux mortel dans son palais au fond des bois ; là pendant plusieurs mois, il prend le plus grand soin de son hôte, lui enseigne toutes sortes de remèdes, lui indique les propriétés des écorces*

³² Anonyme (1708, p. 58).

³³ Chevalier des Marchais (1724, p. 106).

³⁴ Chenevert et Bullet (1776, p. 9 et 48). Bullet était prêtre au fort français de Ouidah.

et des racines, le reçoit enfin docteur en médecine et lui remet comme diplôme un poil de sa queue.”³⁵.

L'écran dressé par le secret a eu pour conséquence le caractère vague des descriptions : “ *Beaucoup de plantes médicinales viennent sans aucun soin ; les Noirs en cueillent les feuilles et les tiges, les font bouillir dans l'eau et obtiennent ainsi une tisane bienfaisante pour les maladies intérieures. Ils râpent aussi les racines de certaines plantes et s'en servent pour les maladies de peau, les ulcères, les plaies...* ”.³⁶ C'est le type même de mention rencontrée dans les rapports des missionnaires. En outre s'est développée une incompréhension qui ajoutait au mépris croissant des cultures africaines. A ceci se sont ajoutées les luttes entre religions chrétiennes, “ animistes ” et musulmanes dont l'Afrique a été le terrain à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle dans le cadre du déploiement de l'activité missionnaire qui a précédé et accompagné l'expansion coloniale.

Concurrences religieuses dans le cadre de l'expansion missionnaire et politique

Évangélisation et exercice de la médecine

L'action médicale des missionnaires, sciemment utilisée comme outil d'évangélisation, apparaît dans les directives données par Charles Lavigerie aux missions africaines des Pères Blancs dont il est le fondateur. Il prescrivit des cours de médecine dès le premier noviciat établi en 1868 et cette pratique se maintint par la suite.³⁷ Au-delà de “ l'office de charité ” à remplir suivant l'exemple de Jésus-Christ qui soulageait les souffrances physiques, l'action médicale était un moyen de faire accepter la présence des missionnaires. Les premières “ constitutions ”, textes régissant l'organisation des missions, prévoyaient pour chaque poste un dispensaire et des visites aux malades du voisinage. Les contacts avec les populations se faisaient également sur la base de l'école qui a pu assurer une certaine diffusion de pratiques thérapeutiques européennes dans le monde africain. En outre, dans la pensée de Lavigerie telle qu'elle s'exprime dans les sources étudiées par Renault, le prolongement et la consolidation de l'œuvre d'évangélisation passait par la création d'un corps de médecins-cathéchistes africains parmi des enfants élevés dans les missions (les personnels devaient être trouvés au moyen du rachat de jeunes esclaves) : les premiers missionnaires envoyés en Afrique centrale en 1878 reçurent pour instruction de sélectionner les plus aptes pour suivre des études de médecine à la Faculté de médecine de Malte.³⁸ Mais ces missions étaient

³⁵ Aujourd'hui on recueille les mêmes informations que celles du Père Baudin relatives au caractère initiatique et secret de certains savoirs phytothérapeutiques dont la protection repose sur la peur d'enfreindre des interdits religieux.

³⁶ Friederich (1901, p. 317).

³⁷ Renault F. (1991, p.28).

³⁸ Les premiers étudiants arrivèrent en 1881, mais l'expérience s'arrêta en 1896. Renault évoque trois raisons à cela : la mise en place des administrations coloniales qui prenaient le relais de la formation, la difficulté des

dépendantes de l'approvisionnement en matériel et médicaments. Si certaines régions littorales pouvaient être ravitaillées de temps à autre, c'était beaucoup plus difficile dans l'intérieur, notamment en Afrique centrale (les premières missions s'installent au Buganda et sur le lac Tanganyika en 1879).³⁹

Cependant, on ne relève que fort peu d'informations sur la santé et les maladies des populations dans les revues missionnaires.⁴⁰ La médecine africaine était déconsidérée en raison de son caractère religieux, mais, dans ce contexte, le caractère secret des savoirs médicaux africains n'était plus seul en cause ; l'attitude des missionnaires dressait un écran dans la mesure où l'évangélisation devait se faire à l'encontre des religions locales, "animistes" ou musulmanes. "*Plus ou moins versés dans la connaissance de leur art diabolique, les sorciers ont un grand pouvoir sur le faible esprit des Cafres*", écrit le R. P. Sabon dans la province du Natal.⁴¹ Cette tendance à la diabolisation était largement partagée, même si çà et là des individualités témoignaient d'un esprit plus ouvert.

Dans l'esprit des missionnaires, soigner les malades correspondait d'abord à l'accomplissement d'un précepte évangélique, la conversion au christianisme venant à suivre. Dans une lettre adressée à M. Planque, Supérieur des Missions Africaines de Lyon, le père Borghero décrit les soins aux malades et la lutte d'influence qui se joue entre les "féticheurs" et eux. Ainsi, à Porto Novo (Bénin), tous les membres d'une famille atteinte de variole ont guéri, soignés par le père Borghero qui commente l'épisode : "*chacun se demande comment cela est arrivé, et je vous assure que les féticheurs n'ont rien gagné à ces commentaires. Les noirs, ne comprenant pas ce qu'ils voient, attribuent tout à mon habileté, laquelle consiste uniquement à ne rien donner qui fasse mal ; s'il en résulte du bien, ce n'est pas mon savoir qui est en cause. Maintenant on m'appelle Bouconou, qui veut dire le médecin.*"⁴² Borghero a bien sûr "profité" de cette reconnaissance pour attribuer le bienfait au "vrai Dieu". Tout au long des courriers qu'il adressait à ses autorités, il rendait compte de guérisons quasi "miraculeuses" et de ses interventions dans le domaine médical, parfois à la demande des autorités politiques locales, comme le roi du Danxomè (Dahomey) : "*Outre ces clients de la cour, j'eus l'occasion de soigner un grand nombre de malades du peuple. Comme je ne perdais aucune occasion de leur parler de la vanité des fétiches, et que mes soins donnaient du crédit à mes paroles, il en résultait un sentiment d'estime pour nos croyances.*". Ce missionnaire prédit que les Africains ne manqueraient pas de comparer les deux systèmes

Africains à suivre des études de type européen, mais aussi le fait que "beaucoup de missionnaires jugeaient inutile de les pousser à un niveau de connaissance aussi élevé et se défiaient d'un rôle trop autonome joué par les laïcs". Nous laissons à l'auteur la responsabilité de ces analyses.

³⁹ Sur les relations médicales entre missionnaires et populations locales en Ouganda voir l'article d'H. Médard dans le présent dossier.

⁴⁰ Du reste, les rares ouvrages ou articles cités par F. Renault comme traitant de plantes ou de maladies africaines datent du milieu du XX^e siècle.

⁴¹ Missions catholiques (1869, p.190).

⁴² *Ann. Prop. Foi* (1863, T 35, p 48).

médicaux : “ *les Noirs devront bien un jour réfléchir sur un fait dont ils ne tirent que des avantages, sans qu’ils puissent trouver chez nous d’autre raison d’agir que cette charité qui leur est encore inconnue. Un grand nombre d’entre eux ne viennent réclamer nos secours qu’après avoir épuisé toutes les ressources de leurs superstitions. Quand un noir se présente chez les féticheurs pour obtenir sa guérison par des moyens hors de la nature, on commence par lui demander, par lui imposer une rémunération assez forte, sous menace de mort ou d’autres malheurs ; puis s’il ne guérit pas, c’est sa faute. La comparaison entre la conduite des féticheurs et celle des missionnaires est trop claire pour ne pas frapper les Noirs.* ”⁴³ De façon récurrente les missionnaires considéraient la rémunération comme une “ escroquerie ” lorsqu’elle était demandée par un thérapeute africain, et envisageait leur propre action comme gratuite et dictée par le souci de sauver les âmes avec les corps. Leur pensée opposait le binôme Evangile-charité au Mal incarné par les “ féticheurs ”. Toutefois les pères missionnaires ont fait état dans leur correspondance de l’impuissance de leurs soins ; il ne leur restait bien souvent qu’à baptiser les mourants et comptabiliser les âmes ainsi “ sauvées ”, ce qui fit écrire au Père Rhiel : “ *comme en Gambie, le choléra a été un puissant missionnaire.* ”⁴⁴

Prêtres et marabouts : l’impossible rencontre

Les jugements dépréciatifs intervenaient d’autant plus violemment que la pensée des missionnaires s’inscrivait dans un registre médico-religieux proche de celui des Africains qu’ils accusaient. C’est un paradoxe particulièrement sensible en milieu musulman, notamment en Sénégal où l’action d’évangélisation se heurtait au prosélytisme des “ marabouts ” qui s’exerçait simultanément.

Thaumaturges, personnalités religieuses musulmanes, les marabouts, *a priori*, sont des savants sages et pieux dont la vie est consacrée à la prière et à l’enseignement du Coran. Aujourd’hui ce terme englobe une plus grande complexité sociale, certains “ marabouts ” n’enseignant pas ou n’ayant pas de fonction religieuse particulière. Ou plutôt, leur autorité religieuse s’apparenterait à celle des prêtres-guérisseurs tout en s’appuyant sur l’Islam.⁴⁵ En outre au Sud du Sahara, selon les lieux, les époques et les auteurs, le terme de marabout peut recouvrir des savoirs et des pratiques multiples. Nous rejoignons Fassin qui reconnaît la continuité du savoir médical des marabouts avec les autres connaissances sur le monde.⁴⁶ La

⁴³ *Ann. Prop. Foi* (1865, T 37, p 109).

⁴⁴ *Missions Catholiques* (1869, p.253).

⁴⁵ Pour Hamès (1997, p. 80), le marabout représente la traduction islamique de la fonction ancienne de magicien, devin ou sorcier. L’intégration par le marabout de fonctions antéislamiques a déjà été signalée par Elias (1978, p. 246, cité dans Hamès, 1997, p. 80) pour qui le “ marabout ” continue à exercer dans bien des cas certaines fonctions du “ sorcier ” ou du “ guérisseur ” dans la société “ traditionnelle ”.

⁴⁶ Selon Ortigues (1984, p. 217) cité dans Fassin (1992, p. 73), le terme de marabout “ désigne les “ vrais marabouts ”, hommes savants, sages et pieux dont la vie est consacrée à la prière et l’enseignement ; les

fonction médicale n'est donc que l'une des fonctions des marabouts qui ont aussi la charge de rendre la justice et de diriger aux plans politique et économique la communauté des fidèles.

Cette confusion de sens se trouve, semble-t-il, déjà dans les sources européennes du XIX^e siècle relatives à la Sénégambie. Il s'y ajoute les incertitudes quant aux sens que ce terme pouvait recouvrir plus anciennement. L'anecdote rapportée plus haut par le médecin Catel en 1827 se situe dans le Nord du Sénégal où le titre de marabout paraît lié à l'extension de la confrérie musulmane mouride, et non en Casamance où l'islamisation a accompagné l'avancée occidentale de la culture mandingue. Cependant, Biram-Counou envoie un “ *nègre marabout* ” rechercher des sangsues. Cette mission ne pouvait être déléguée qu'à une personne connaissant parfaitement la flore et la faune de la région, comme le sont les prêtres-guérisseurs. La confusion évoquée pourrait donc être ici à l'œuvre. Elle semble aussi perceptible dans une lettre⁴⁷ du père Renoux qui relate son excursion dans la région de Joal en Sénégambie durant laquelle il baptise les mourants atteint par le “ *nelavane* ”⁴⁸ : “ *Ngaparou est, pour les gens de la contrée, une espèce de sanatorium, où les malades arrivent de loin pour chercher l'air de la mer, l'agrément du site et surtout les plantes renommées de la forêt voisine. Les Marabouts [...] se sont installés à Ngaparou, vendant des gris gris de toutes sortes, lesquels guérissent nécessairement de tous les maux qui affligent l'humanité souffrante. Les malades achètent de si précieux spécifiques ; ils finissent par perdre avec leur fortune, la santé et la vie.* ” Dans cette source, il est difficile d'identifier avec certitude la fonction médicale des marabouts tournés en dérision. Cependant l'évocation d'un “ *sanatorium* ” et d'une forêt réserve de plantes médicinales laisse supposer un isolement des malades soutenus par la présence de musulmans qualifiés de marabouts.

Si la figure du marabout illustre une concurrence entre christianisme et islam dans les sources françaises du XIX^e siècle, elle se révèle d'autant plus ambiguë lorsqu'elle recouvre une fonction médicale⁴⁹ qui a rarement été relatée par les observateurs européens en Sénégambie si ce n'est dans le dénigrement : “ *Au milieu d'une foule de substances médicalement employées par les Noirs, le caïl-cédra et le ghenoudek occupent la première place. Quoique reconnus depuis de longues années très-imparfaits par les Européens, ils sont les médicaments héroïques de la matière médicale du Sénégal, les seuls dignes d'une mention spéciale car nous passerons sous silence ces mille et une panacées infaillibles, cette infinité de substances sans propriétés définies, de mélanges, de mixtures étranges et sans actions réelles prônées fort haut par les marabouts, devant guérir radicalement et sans douleur les*

marabouts qui sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finances... ; enfin, les marabouts très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédictions ”

⁴⁷ Publiée dans les *Ann. Prop. Foi* en 1878 (T 37, p. 273).

⁴⁸ Nom en wolof de la trypanosomiase ou maladie du sommeil.

⁴⁹ Il est du reste notable qu'aucun travail significatif ne lui ait été consacré jusqu'à présent. De même l'héritage éventuel de la médecine arabe dans les pratiques des marabouts n'a pas fait l'objet d'étude.

maladies de toute nature et de toute gravité, mais toujours à la condition qu'ils seront étayés d'un grigri, menteur, il est vrai, mais toujours payé fort cher [...] 50".

En revanche le rôle médical de personnalités musulmanes, associé à des pouvoirs occultes et divinatoires, est attesté dans différentes régions d'Afrique subsaharienne orientale⁵¹ et occidentale. Ainsi, à Kumasi (actuel Ghana) dès avant le XIX^e siècle, des récits de voyageurs y font état de médecins musulmans "étrangers" venus de l'intérieur du pays et tenus en grande estime à la cour des rois. Ils y auraient introduit selon Maier la saignée, la cautérisation, l'inoculation de la variole et auraient contribué au caractère particulièrement avancé de la médecine ashanti.⁵² Au Danxomè (au sud de l'actuel Bénin), il semble que la politique des rois aux XVIII^e et XIX^e siècles ait été d'enrichir le royaume des savoirs occultes et médicaux non seulement des peuples voisins (nago, yoruba, maxi...) mais aussi de musulmans venus du nord (hausa, peuls, maures...) communément appelés *malè* présents à la cour d'Abomey. Selon Degbalo,⁵³ la médecine des musulmans présentait plus d'affinités avec celle du Danxomè par sa géomancie que celle des Européens davantage prisés au XIX^e siècle pour leurs connaissances chirurgicales.⁵⁴ Il se pose nécessairement les difficiles questions du contenu des savoirs de ces musulmans, des héritages éventuels de la médecine dite arabe, et des échanges de savoirs entre les différentes médecines pratiquées à l'intérieur de l'Afrique. Les activités thérapeutiques de tous ces praticiens, quelles que soient leur origine ou leur religion, avaient entre elles des relations de complémentarité, mais entraient aussi en concurrence face à des enjeux économiques, religieux et politiques. Il n'est nulle trace dans les sources consultées d'acquisition directe de ressources thérapeutiques auprès de médecins musulmans, dans les régions où se sont focalisées nos études. En raison de la forte concurrence religieuse associée au caractère secret de ces savoirs, les Européens ont pu constater l'existence de certains d'entre eux, mais s'ils ont pu en acquérir, c'est de façon indirecte par l'observation de pratiques populaires, comme pour les savoirs des "féticheurs" africains.

Concurrence entre les médecines

La politique d'expansion coloniale de la deuxième moitié du XIX^e siècle a entraîné dans les esprits une dépréciation croissante des cultures africaines justifiant à terme

⁵⁰ Audibert (1855, p. 206) était pharmacien de Marine. Cette référence au caractère exorbitant des rémunérations demandées par les thérapeutes africains constitue un leitmotiv qui laisse penser à la circulation d'une rumeur. Par exemple le médecin Corre dont les travaux par ailleurs témoignent d'observations concrètes sur le terrain est extrêmement virulent à l'encontre des marabouts auxquels il n'a pas eu à faire directement, mais au sujet desquels il rapporte que ses informations lui sont communiquées par les missionnaires (voir Debien, 1964, p. 557).

⁵¹ Voir l'article de Henri Médard dans le présent dossier.

⁵² Maier D (1979, p. 68, 70 et 74).

⁵³ Degbalo A. (1992, p. 642-651). Notamment de manière coercitive par les guerres et la captivité.

⁵⁴ Degbalo A. (1992, p. 669).

l'intervention "civilisatrice" des Puissances coloniales. Parallèlement, ainsi que nous l'avons évoqué en première partie, les progrès de la médecine en Europe ont conforté les Européens dans sa supériorité. Il en résulte, dans nos sources, particulièrement dans les Archives de médecine navale, revue officielle du Ministère de la marine et des colonies, des rapports témoignant d'une concurrence entre les médecines européenne et africaine, où la curiosité intellectuelle pour des cultures différentes n'a plus guère de place :

*“ Pendant toute la durée de mon séjour au Gabon, j'ai eu à lutter contre les manœuvres des féticheurs. Ils craignaient que leur influence ne fût compromise par suite des soins que j'avais donnés à plusieurs noirs du pays [...]. Aussi semblaient-ils me poursuivre, lorsque j'étais appelé en dehors du comptoir, afin d'être toujours là pour remplacer aussitôt mes prescriptions par leurs fétiches [...] Qu'y avait-il à faire contre un pareil abus ? Je ne pouvais ni ne devais, je crois, entrer en concurrence avec les médecins du pays. C'eût été m'exposer à perdre pour jamais le peu d'avantages que la médecine européenne avait pu conquérir à grand peine ; car, d'un côté le féticheur n'aurait pas manqué de s'attribuer le succès, et m'aurait laissé supporter tout le poids des revers, et d'un autre côté, le malade aurait certainement sacrifié aux fétiches les médicaments que j'aurais pu lui donner. [...] ”.*⁵⁵

Le thème de la "concurrence déloyale du guérisseur" est amorcé, avec lui se développe l'équivalence entre "guérisseur" ou "féticheur" et charlatan si présente dans la littérature coloniale de cette fin de siècle. L'évangélisation et la concurrence entre les médecines se situent à une époque où les Européens n'étaient plus là pour apprendre et prendre, mais aussi pour soumettre, convaincre, conquérir, dominer. A l'inverse, les obstacles techniques et naturels présents tout au long de la période trouvaient progressivement des solutions : difficultés des transports des plantes, forte mortalité des voyageurs⁵⁶, problèmes de traduction des langues vernaculaires, identification botanique passant par une classification complexe... Les solutions aux obstacles participent de l'élaboration des savoirs eux-mêmes.

III - Savoirs sur les maladies et les remèdes d'après les observations des Européens

Il est connu que les problèmes sanitaires ont été un obstacle majeur à la présence européenne sur le continent africain. Les Européens étaient décimés par les maladies, tant épidémiques (choléra, fièvre jaune, dysenterie) qu'endémiques (paludisme). La principale conséquence concernant les observations scientifiques est le manque de suivi, voire la répétition d'observations. Certaines populations africaines quant à elles, si elles étaient touchées par ces maladies, ne l'étaient pas toujours de la même manière : elles étaient fortement victimes des maladies "importées" comme le choléra, la fièvre jaune, la syphilis.

⁵⁵ Lestrilles (1856). Il était chirurgien de marine.

⁵⁶ Pour ne donner qu'un exemple, le naturaliste Isert est mort à l'âge de 33 ans, lors de son deuxième séjour sur la Côte de l'Or, alors qu'il avait pour projet de publier une flore nouvelle de plus de deux cents espèces.

Elles étaient aussi touchées par des flambées épidémiques de maladies plus couramment endémiques comme la trypanosomiase.⁵⁷ Les observateurs ont surtout porté leur attention aux maux qui touchaient les Européens à l'intérieur ou à proximité de leurs lieux de résidence, parfois aux populations locales qu'ils côtoyaient quotidiennement (esclaves, domestiques, concubines, commerçants...) et à leurs remèdes éventuels. En fonction de leur formation et des circonstances de leurs séjours, la nature des observations rapportées ou publiées varie. Par exemple, nombre de médecins militaires ont tenu une comptabilité de la mortalité des garnisons et des résidents des forts et comptoirs. Ils comparaient la mortalité et la morbidité des Européens et des Africains dans l'objectif de rapporter à leur hiérarchie des données précises sur les problèmes sanitaires des colonies, dans le but aussi de rechercher des moyens techniques de limiter les pertes massives lors des épidémies. D'autres médecins exerçant dans des contextes différents comme Isert, médecin à bord d'un navire négrier en 1783, Winterbottom, médecin anglais au service d'une compagnie évangélique au Sierra Leone en 1792 et Corre, médecin militaire au Sénégal en 1874, se sont attachés à décrire les maladies d'un point de vue clinique, dans un objectif à la fois de soin et d'avancée savante. Si nos sources nous en apprennent parfois plus long sur les mentalités des auteurs et sur les savoirs européens du moment que sur les savoirs locaux, des observations ont quand même été faites ; des ressources thérapeutiques locales ont été intégrées dans des circuits commerciaux mais, lors de ces transferts, les connaissances ont pu être intégrées dans des pratiques et des savoirs différents, parce que européens, ou correspondant à des besoins européens eux-mêmes en évolution. Elles ont fait l'objet de ré-appropriations, de ré-interprétations et de transformations. Aussi, plutôt qu'un inventaire des plantes utiles récupérées dans la pharmacopée européenne qui n'aurait qu'un intérêt limité ici, c'est à cette construction progressive que nous nous intéresserons, à la manière dont se sont articulées peu à peu les observations des maux et des remèdes, des pratiques et des savoirs anciens et nouveaux et à leurs recombinaisons.

Observations des savoirs populaires

Durant la majeure partie de notre période d'étude, les médecines africaines et occidentales n'étaient guère éloignées dans leurs méthodes et dans leurs principes : les "simples", provenant de savoirs empiriquement construits entre les remèdes et leurs effets thérapeutiques observés, occupaient l'essentiel du dispositif de traitement, seules ou en association avec d'autres plantes ou éléments naturels, minéraux ou animaux. Dans cette perspective, les savoirs africains n'ont pas toujours été l'objet de mépris.⁵⁸ Si les Européens

⁵⁷ Voir par exemple l'ouvrage dirigé par Arnold D. (1988). L'introduction fait, entre autres, une présentation historique des liens entre l'expansion européenne et les épidémies des XIX^e-XX^e siècle en Afrique.

⁵⁸ Pluchon (1985 : 110-111), citant Arthaud Ch. : Observations sur les lois concernant la médecine et la chirurgie dans la colonie de Saint-Domingue, avec des vues de règlements, adressées au Comité de Salubrité de l'Assemblée nationale et à l'Assemblée coloniale, Le Cap-français, 1791, évoque l'engouement du milieu colonial d'Ancien Régime pour toutes sortes de drogues, dont certaines venues d'Afrique. Il mentionne le

n'ont pas eu accès, comme nous l'avons vu, aux secrets des thérapeutes africains, ils ont obtenu des informations sur les savoirs "populaires" ne relevant pas d'un apprentissage initiatique. Dans ce domaine, il convient de faire l'hypothèse que nombre d'usages à la fois thérapeutiques et alimentaires étaient connus des femmes africaines, entre autres, qui pratiquaient les soins quotidiens de leurs proches et entraînaient dans la domesticité des résidents étrangers. Certaines plantes sont souvent citées comme le palmier à huile, la cola, la maniguette.⁵⁹ Römer écrit que " *la caisse à pharmacie d'un navire ne devrait contenir que des antiscorbuticis et des antivenericis, car s'ils attrapent les maladies du pays comme les vers par exemple, il faut laisser faire quelques femmes-esclaves en leur donnant du malaget, du piment, de l'huile de palme, des citrons, et elles en prépareront des médicaments. Les malades se porteront bien après ce traitement*".⁶⁰ Ces informations délivrées par un marchand d'esclaves actif au début du XVIII^e siècle révèlent le recours aux savoirs particuliers des femmes alors que rares sont les auteurs, qu'ils soient médecins ou missionnaires, à avoir relevé le rôle de celles-ci dans le domaine de la santé. Winterbottom mentionne que les malades vont souvent chercher des remèdes auprès d'une personne ayant acquis une notoriété pour soigner un désordre particulier ; c'est souvent " *une vieille femme que parfois même certains Européens vont voir*".⁶¹ On peut supposer que la différence des genres n'est pas neutre dans ce silence de nos sources, les auteurs étant tous masculins. D'une part, elle dresse un écran devant les Européens pour qui l'exercice de la médecine relève d'une "élite" perçue comme nécessairement masculine, d'autre part elle leur rend inaccessible une partie des savoirs réservés aux femmes.⁶²

Maladies et épidémiologies

Le commerce des esclaves a été un moteur pour l'observation des maladies des Africains. En effet, leur état de santé était contrôlé avant l'achat et l'embarquement. Les négriers veillant à la qualité de leur "marchandise", les médecins étaient sollicités dans ce but à l'instar des médecins de la compagnie danoise qui recevaient une prime sur chaque esclave embarqué.⁶³ Certaines maladies étaient considérées comme propres "au pays" et les Européens s'estimaient incompetents pour les traiter. Les négriers n'achetaient pas ceux qui

recours des Blancs à la pharmacopée des Noirs et des Métis aux Antilles, ce en dépit des interdictions liées à la crainte des empoisonnements.

⁵⁹ Sur la côte de Guinée, Ulsheimer, 1616, & Müller, 1673, in A. Jones (1983, p 33) ; Bauhin J. (1650, cap CLXI) ; Barbot (1688, II, 50) ; Bauhin J (1650 : cap CLXI) décrit la fabrication de l'huile de palme en précisant "ils ont découvert qu'il (ce liquide) apporte un soulagement lorsqu'on en enduit les blessures récentes ou les entorses des membres.", la kola qu' elle fortifie l'estomac et guérit " un foie en mauvais état. "; (Bauhin J., 1650). Bosman (1705, p. 321) note qu'elle se consomme avec la maniguette et qu'elle " n'a d'autre bonne qualité que d'être diurétique ".

⁶⁰ Römer, in Dige-hess M. (1989, p.181).

⁶¹ Winterbottom (1803, vol.2, p 11).

⁶² Il est frappant que nos sources ne mentionnent pas l'existence de prêtresses aux côtés des prêtres-guérisseurs.

⁶³ Isert (1989 : 172-173).

faisaient montre de “ *tumeurs glandulaires dans le cou* ” car c’était pour eux un signe de “ *léthargie* ”, nom donné alors à la trypanosomiase.⁶⁴ Afin de réduire le taux de mortalité à bord des navires négriers, l’inoculation de la variole a été largement pratiquée.⁶⁵ D’autres maladies étaient perçues comme étrangères à l’Afrique : Römer ci-dessus mentionne les maladies vénériennes et le scorbut. Pour lutter contre les ravages de ce dernier, la culture des agrumes dans les jardins des forts Européens a été développée afin d’avitailier les navires.”⁶⁶

De l’observation des maladies des esclaves a découlé celle des maladies touchant les populations africaines en général et les pratiques locales qui s’y rattachaient. A côté de savoirs empiriques à finalité pragmatique s’élabora un savoir clinique, mais aussi épidémiologique et historique. Ainsi Winterbottom discute l’origine et la diffusion de la variole d’après les auteurs antiques (dont Pline) et les écrits de ses prédécesseurs médecins-voyageurs (il a lu Mungo Park et Isert). Puis il émet l’hypothèse selon laquelle la pratique de l’inoculation existait en différentes régions du continent avant l’arrivée des Européens. Pour lui, là où l’inoculation est connue, la variole n’a pas été importée par les Européens au contraire de l’opinion alors couramment admise. Il s’appuie également sur les témoignages recueillis en Amérique⁶⁷ auprès d’esclaves pour écrire que l’inoculation était pratiquée communément en diverses régions d’Afrique. En effet, les sources permettent de constater des situations variées selon les lieux et les époques ; ainsi sur la Côte de l’Or, Bosman note les ravages provoqués par une épidémie de variole : “ *il y a pourtant deux sortes de maladies, auxquels ils sont plus sujets que les Européens, savoir la petite vérole & le ver. La première de ces maladies emporta des milliers de personnes il y a 13 ou 14 ans.* ”⁶⁸ Lors de son séjour dans la même région, Isert, quant à lui, avait constaté en 1783 que “ *la petite vérole [...] est fort en vogue ici, ou plutôt on l’inocule : mais il est rare que l’on en meure. Pendant tout mon séjour dans ce pays, je n’ai vu personne qui l’ait prise naturellement, et je suis persuadé que par ce moyen cette maladie finira entièrement, car l’inoculation est ici aussi ordinaire que la circoncision* ”.⁶⁹ Près d’un siècle séparant les observations de ces deux auteurs, la pratique de l’inoculation semble entre-temps s’être diffusée parmi les habitants. Sur la Côte des

⁶⁴ Winterbottom (1803, vol.2, p 29).

⁶⁵ Voir à ce propos ce qu’écrit le commerçant Norris (1790, p. 128 et suiv.). La “ variolisation ” ou inoculation a débuté en Europe au XVIII^e siècle. L’inoculation était pratiquée depuis fort longtemps en Chine, mais aussi en Afrique. Voir Darmon (1985). La variolisation n’était pas sans risque, c’est pourquoi l’inoculation aurait d’abord été pratiquée sur les indigènes des colonies américaines.

⁶⁶ La culture des agrumes est mentionnée entre autres par Barbot, (1732, book 3, chap. 13, p. 204), Isert, (1989 :126). Voir Juhé-Beaulaton (1998).

⁶⁷ Il s’agit peut-être d’une source indirecte faisant état des écrits publiés dans les *Transactions* de la Royal Society de Londres par Cotton Mather et Benjamin Colman entre 1714 et 1721, cités dans Herbert E. (1975, p. 539-559).

⁶⁸ Bosman (1705, p. 116).

⁶⁹ Isert (1989, p.166). L’inoculation représentait une avancée dans la prévention de la variole mais la découverte de la vaccination par Jenner (1795) a permis de l’éradiquer au cours des années 1970.

Esclaves également, l'inoculation de la variole ne semble pas avoir été connue eu égard aux fortes mortalités du XVIII^e siècle.⁷⁰ Or le marchand d'esclaves Norris⁷¹ mentionne en 1790 que les Européens inoculent les esclaves avant leur embarquement. On peut donc supposer que cette pratique a été observée par des habitants de la région au cours de la deuxième moitié du XVIII^e siècle. Son adoption locale⁷² pourrait expliquer les “ guérisons miraculeuses ” de l'abbé Borghero vers 1863 à Porto Novo (Bénin actuel) qui reconnaissait lui-même n'avoir rien fait pour les obtenir (cf. § Concurrence entre les médecines).

En d'autres régions d'Afrique, cette pratique existait avant même sa diffusion en Europe comme l'a montré Herbert : les témoignages recueillis auprès d'esclaves dans la région de Boston ont contribué à l'adoption de cette technique par les Anglais en 1721.⁷³ Maier⁷⁴, comme on l'a vu plus haut, postule pour sa part que les habitants de Kumasi l'ont apprise de médecins musulmans « étrangers ». Cet exemple de la circulation d'une pratique ancienne illustre le caractère complexe et multidirectionnel des transferts de connaissances et plaide en faveur d'études plurilocalisées intégrant notamment les sources américaines, caraïbes et « arabes ».

Dans le contexte d'une implantation coloniale en expansion dès la fin du XVIII^e siècle, les observations des auteurs portèrent davantage sur les maladies et s'accompagnent d'une interrogation sur les causes afin de les éviter. La réalité observée a été interprétée au travers des théories médicales en cours en Europe où dominait la théorie hippocratique des humeurs. Ainsi Isert⁷⁵ attribue les fréquentes diarrhées à l'excès d'éléments “ échauffants ” comme la chaleur de l'atmosphère, les viandes, la boisson, le piment. Conformément à la thérapeutique de son époque, il préconise les purges et saignées, mais aussi des remèdes empiriques locaux. Constatant la mauvaise santé des Européens sur la côte d'Afrique, il incrimine la consommation préférentielle des produits importés d'Europe au lieu de fruits du pays. Il y a cette idée d'une “ acclimatation ” nécessaire des hommes à un milieu, question qui se pose dès le XVIII^e siècle et se poursuit avec le développement des théories évolutionnistes et de nouveaux domaines de réflexion sur l'altérité : la géographie médicale et l'anthropologie physique.⁷⁶

⁷⁰ Degbello A. (1992, p. 258 et suiv.)

⁷¹ Norris (1790, p. 128), cité également dans Winterbottom (1803, p. 45).

⁷² Très probablement, par les prêtres du vodoun Sakpata, divinité de la terre et de la variole, dont certains aujourd'hui affirment que leurs prédécesseurs se sont servis du “ germe ” dans des rites propitiatoires lors de campagnes militaires. Voir Degbello A. (1992, p.254).

⁷³ Herbert E. (1975, p. 539-559).

⁷⁴ Maier D. (1979).

⁷⁵ Isert (1989, p. 176).

⁷⁶ Sur ce sujet, voir aussi Osborne M. A. (1996 ; 2001).

De la matière médicale africaine

En dépit des avancées de l'anatomie, de la physiologie et de la clinique en Europe, les traitements sont restés à peu près inchangés entre la fin du XVIII^e et une bonne partie du XIX^e siècle, même si la pharmacopée s'est enrichie. Cependant, si les premiers traités dits de " matière médicale"⁷⁷ datent de l'Antiquité, que par ailleurs l'usage de certaines plantes africaines est avéré dans nos sources dès le XVI^e siècle, il n'y a aucun écrit compilant la " matière médicale " africaine avant la deuxième moitié du XIX^e siècle. En 1833 parut une Flore de Sénégambie contenant 161 échantillons collectés par deux voyageurs-botanistes de la Marine.⁷⁸ L'usage qu'en faisaient les " indigènes " est quelquefois indiqué, mais il s'agit très rarement d'usage thérapeutique ou pharmaceutique. Il est significatif que la description botanique - matière noble - figure en latin, alors que les aspects utiles de la plante - savoirs vulgaires - sont donnés en français. A ce moment-là, les traités de botanique étaient destinés au monde savant alors que les encyclopédies, dictionnaires, abrégés de matière médicale dite indigène ou exotique publiés plus tard, à partir des années 1870, étaient rédigés dans la langue courante pour une diffusion plus large. Les plantes y sont désignées par leur nom scientifique en latin mais aussi par des noms provenant de langues africaines.⁷⁹ Les ouvrages adoptaient divers modes de présentation selon que primait l'intérêt pratique ou l'intérêt savant. Dans certains, l'entrée se fait par le nom des plantes classées en genres et espèces. Suivent les usages thérapeutiques des diverses parties de la plante comme le montre l'extrait suivant de la flore de Courdioux :

*“ La casse ou café nègre, Cassia occidentalis (Lin.), on lui donne aussi le nom d'herbe puante. (...) les racines seraient diurétiques ; les feuilles purgatives et fébrifuges. La plante passe pour emménagogue. Les graines, légèrement torrifiées, fournissent une boisson agréable, préconisée dans les maladies de l'estomac comme fortifiant et dans l'asthme nerveux. Son usage est surtout répandu, sous les tropiques, pour combattre les vieilles fièvres paludéennes à caractère cachectique. ”*⁸⁰

⁷⁷ L'expression " matière médicale " tire son origine du latin *de materia medica* qui désignait l'ensemble des matières premières à usage médical, cela depuis l'antiquité.

⁷⁸ C'est la première tentative depuis Adanson pour réaliser un inventaire scientifique des espèces botaniques du Sénégal. Guillemin, Perrotet & Leprieur (1833).

⁷⁹ Ces ouvrages se situent, eux aussi, dans une tradition académique, celle des médecins arabes qui rédigèrent les premières matières médicales. Ibn Al-Baitar rédigea au XIII^e siècle un traité de médecine monumental dans lequel les drogues sont mentionnées en regard de leurs propriétés thérapeutiques. A côté des dénominations arabes figurent les noms grecs et latins des plantes favorisant les transferts de connaissance. Cet ouvrage eut une grande réputation tant en Occident qu'en Orient. Il fut traduit en latin en 1758 et en français en 1877.

⁸⁰ Courdioux (1883, p. 491).

Quelquefois le classement est opéré d'après les propriétés physiologiques,⁸¹ mais l'usage d'index en fin d'ouvrage, de plus en plus répandu à cette époque, permet de passer d'une catégorie de savoir à une autre. L'objectif de ces traités était double, comme l'expriment Corre et Lejanne : “ *d'une part faciliter aux médecins des pays chauds la recherche et l'emploi de nombreux remèdes qu'ils ont sous la main, d'autre part signaler à l'attention des médecins d'Europe de nouveaux sujets d'expérimentation* ”.⁸² Par l'opposition implicite, dans ce passage, entre “ l'emploi ” et “ l'expérimentation ” se révèlent deux démarches qui se combinaient encore tout en s'opposant souvent : la démarche empirique et la démarche méthodique⁸³ - et les savoirs qui en découlaient. Au praticien l'usage et les essais, au savant - qui tendait à devenir le scientifique à la fin du XIX^e siècle - la méthode expérimentale, analytique.⁸⁴ La coexistence de ces deux catégories de savoir, la coopération des “ hommes de terrain ” qu'étaient les médecins et les chirurgiens militaires avec la société universitaire métropolitaine, le passage de l'un à l'autre qu'ont accompli certains d'entre eux,⁸⁵ ne doivent pas masquer les tensions institutionnelles et personnelles qui persistent durant toute la période coloniale entre les deux mondes. La formation initiale et les parcours professionnels de ces personnels scientifiques rendaient difficile la reconnaissance réciproque quand bien même leurs objectifs et leurs travaux entraient en convergence.

Cette différenciation croissante au long du XIX^e siècle est visible dans nos sources concernant la recherche de plantes médicinales en Afrique même. Dans la première moitié du siècle domine une recherche empirique qui procède par analogies avec des remèdes connus en Europe, voire d'équivalents à des ressources thérapeutiques qui font défaut sur place. Puis les techniques de laboratoires permettant d'extraire des principes actifs introduisent des changements notables dans l'approche des plantes “ exotiques ” sans toutefois remplacer sur le terrain les usages empiriques. Parallèlement, la pression coloniale impose de trouver des remèdes permettant aux troupes des opérations de plus longue durée sur le continent. A titre d'exemple, la recherche de substituts au quinquina permet d'examiner ces différentes articulations.

Articulation des recherches autour du Quinquina et autres plantes

L'usage fébrifuge et tonique de l'écorce de l'arbre à quinquina, d'origine américaine, est connu depuis le XVII^e siècle ; la précieuse poudre a été l'objet d'une vogue et d'un commerce importants. Son utilisation en Europe, et davantage encore en Afrique, rencontrait

⁸¹ Héraud (1875) ; Corre (1875 ; 1876) ; Corre et Lejanne (1887) ; Dujardin-Baumetz et Egasse (1889). Après le discrédit des théories humorales hippocratiques, l'attention est portée aux propriétés physiologiques des plantes.

⁸² Corre et Lejanne (1887), préface.

⁸³ Héritée de Descartes, *Le discours de la méthode* (1637).

⁸⁴ D'après Claude Bernard, physiologiste français auteur d'ouvrages fondateurs du point de vue épistémologique.

⁸⁵ De François Broussais à Edouard Heckel, quelques médecins de marine au début de leur carrière purent approfondir leurs études et devenir des sommités du monde universitaire, mais leur nombre demeura restreint.

cependant plusieurs obstacles : les difficultés d'approvisionnement liées à la rareté d'une espèce vite surexploitée,⁸⁶ la cherté consécutive et la mauvaise qualité des poudres objets de falsification et de trafics frauduleux. En outre, le remède, difficile à doser et dangereux en cas de surdosage, et provoquait des effets secondaires difficiles à supporter. Cependant on ne connaissait rien d'aussi efficace notamment en cas de fièvres palustres. Celles-ci sévissaient alors bien au-delà de leurs périmètres actuels jusque dans le nord de l'Europe tout en étant plus dévastatrices encore dans les régions tropicales. Les recherches tant botaniques que pharmacologiques furent donc très encouragées. L'enjeu économique était considérable et conséquemment l'enjeu scientifique.

Un pas fut franchi lorsque Le Pelletier et Caventou isolèrent l'alcaloïde qui contient le principe actif qu'ils nommèrent quinine.⁸⁷ Le Pelletier créa immédiatement une firme pour la fabrication industrielle, ainsi que d'autres entreprises en Europe et aux Etats-Unis. Les difficultés d'approvisionnement n'étaient cependant pas résolues. Aussi, Caventou-fils marchant sur les traces de son père entreprit une thèse sur le caïlcédrat (*khaya senegalensis*) soutenue en 1849⁸⁸ dans laquelle il fait écho à l'idée qu'une maladie présente dans un lieu doit avoir son remède en ce lieu : “ *Comme la Providence a placé le quinquina dans un pays qui souffre des fièvres, il doit donc exister, dans les pays où la fièvre existe aussi des plantes, des arbres connus des indigènes et qui les guérissent [...] C'est dans cette persuasion que j'écrivis à M. Servant, directeur des Ponts et Chaussées au Sénégal, pour [...] lui demander s'il n'existerait pas dans cette colonie un fébrifuge assez puissant usité chez les noirs. M. Servant [...] m'envoya l'écorce du caïl-cédra comme étant le fébrifuge le plus estimé par la population indigène*”.⁸⁹

Dans le cas du caïlcédrat comme dans d'autres plantes testées comme substitut, la recherche s'orienta d'abord vers des végétaux ayant une ressemblance morphologique avec la plante produisant le remède connu : un grand arbre dont l'écorce est rouge comme celle du quinquina, susceptible donc de contenir les mêmes vertus (ce principe, selon lequel les plantes appartenant à un même genre ont les mêmes propriétés, avait été énoncé par Linné). On pensait même que des remèdes ayant des caractéristiques identiques devaient avoir des propriétés thérapeutiques similaires. Ces raisonnements analogiques à caractère empirique, associés à l'observation des usages locaux, orientaient préférentiellement le choix de ressources thérapeutiques à étudier.

⁸⁶ Jussieu dans sa monographie sur les quinquinas précise déjà qu'ils sont menacés de disparition (1737).

⁸⁷ Dans le courant du XVIII^e siècle, la chimie avait progressé dans les techniques de séparation des éléments. Le premier alcaloïde isolé est la morphine extraite du pavot au début du XIX^e siècle.

⁸⁸ Caventou E. *Recherche chimique sur l'écorce du Caïl-cédra (Swetania senegalensis)*, 18 août 1849, Thèse de pharmacie. L'arbre a d'abord été nommé *Swietania senegalensis* Desrouss.in Lamark. dans la Flore de Guillemin et al, 1833 op. cit.

⁸⁹ La plante était déjà utilisée localement. Buisson (1854).

L'identité de la plante fut ensuite vérifiée grâce à la *Flore du Sénégal* de 1833, et l'écorce analysée par les techniques mises au point par les prédécesseurs. La recherche s'orienta vers la mise en évidence d'un alcaloïde comme pour la morphine et la quinine. Le principe actif supposé fut nommé caïlcédrine à l'instar des alcaloïdes de référence. Puis le produit fut testé à l'Hôtel-Dieu sur un malade atteint de fièvre intermittente contractée sur un chantier près de Chartres. Le résultat de l'essai parut encourageant.

Par la suite eurent lieu d'autres essais thérapeutiques stimulés par un concours de la société de pharmacie en 1851 pour la recherche de quinine artificielle ou d'un produit organique nouveau succédané du quinquina. Les essais thérapeutiques furent entrepris avec peu de succès. Cependant, après ces expériences, le médicament a été employé plus activement à l'hôpital de Gorée où il permettait de réduire la consommation de sulfate de quinine avec des résultats positifs et dénués d'effets secondaires : “ *Le caïl-cedra possède dans son écorce des principes amers, astringents et fébrifuges bien connus des noirs qui, de temps immémoriaux savent l'employer en décoction et en infusion pour le traitement de leurs fièvres. Ce fait traditionnel [...] ne paraît avoir provoqué que peu d'expériences de la part des médecins de la colonie. Il est vrai qu'on se préoccupa surtout du mode d'administration et de la recherche du principe actif de l'alcaloïde de cette écorce, tentative essayée sans succès par Mr Huart [...] et plus tard par quelques autres chimistes [...]* ”.⁹⁰

L'auteur continue son propos par des calculs détaillés des économies entrevues à terme grâce à l'utilisation du caïlcédrat en place du quinquina et termine par la description des guérisons obtenues. Peu après, d'autres travaux publiés font état de résultats plutôt mitigés. D'autres sources mentionnent des tentatives pour implanter l'arbre dans les jardins botaniques du Gabon, d'Algérie et de Martinique où le commerce du bois a pris le pas sur l'emploi thérapeutique.⁹¹ L'usage fébrifuge quant à lui est tombé en désuétude parmi les Européens après la mise en culture du quinquina à l'époque coloniale. En revanche il est toujours très utilisé en Afrique contre le paludisme. Quelle que soit l'efficacité réelle ou supposée de la plante ou de ses composants, il est intéressant de noter que durant cette période nul ne pensa que le principe actif n'était peut-être pas contenu dans l'alcaloïde mis en évidence par Caventou-fils, car les modèles précédents de la quinine exerçaient une emprise sur les recherches des savants.

Dans le même ordre d'idée, on peut mettre en parallèle ces études du *Khaya senegalensis* avec celle de deux autres plantes originaires du Sénégal dont les études physico-chimiques ont suivi des étapes similaires bien que plus tardivement. Cette comparaison fait apparaître une remise en question progressive des théories découlant de rapprochements analogiques. Ces plantes sont nommées *M'Bentamaré* ou *fedegosa* ” (*Cassia occidentalis*) et le *Doundaké* (*Sarcocephalus esculentus*) par l'auteur de ces études, Edouard Heckel.

⁹⁰ Buisson (1854, p. 240-241).

⁹¹ Grey (1855).

En 1886 et 1887, Heckel rapporte que l'écorce du *Doundaké* utilisée comme fébrifuge et possédant des qualités tinctoriales, a été d'abord analysée quelques années plus tôt par Bochefontaine, Féris et Marcus qui affirmaient en avoir extrait un alcaloïde - baptisé doudakine - à l'origine de propriétés physiologiques décrites expérimentalement.⁹² Il rectifie ces travaux en montrant que lesdites propriétés physiologiques sont dues à une substance colorante résineuse qui est, selon lui, le vrai principe actif. Par ailleurs, dans son étude du *M'Bentamaré*, plante elle aussi fébrifuge appartenant au genre *Cassia*, il écrit : “ *Nous nous trouvons donc ici en face d'une de ces catégories de plantes, de jour en jour plus nombreuses, qui protestent contre la loi Linnéenne : plantae quae genere, virtute conveniunt.* ” Cette plante n'a aucune ressemblance morphologique avec le quinquina et les savoirs du passé cèdent ici le pas devant l'afflux de nouvelles plantes et leur analyse chimico-physiologique : “ *Et cependant, entre tous les Cassia [...] il n'en est pas un seul qui, sous le bénéfice de la réputation dont ils jouissent dans leur patrie et de la singularité même qu'ils semblent former dans un groupe bien défini à tous égards, ait attiré l'attention des observateurs méthodiques. Indistinctement, toutes ces plantes sont restées vouées à la médecine empirique...* ”⁹³

Et pourtant Heckel écrit aussi “ *L'écorce de Doundaké passe dans tout le pays pour fébrifuge (...) j'ai la conviction qu'elles [les écorces] conviennent parfaitement dans tous les cas où sont indiqués les amers purs[...]* ”⁹⁴, ce qui montre que la pensée analogique au cœur de la médecine empirique n'a pas encore dit son dernier mot.

Des monographies comme celles d'Heckel cumulent l'étude des propriétés thérapeutiques avec l'examen des utilisations industrielles, alimentaires et commerciales qui intéressent davantage le monde des affaires investi dans l'entreprise coloniale, sans qu'on puisse dire quelle était la préoccupation prioritaire des individus qui les ont rédigées. L'intérêt des sciences, qu'elles soient médicales ou botaniques, tendaient à se confondre en cette fin de siècle, tout autant sinon plus que par le passé, avec les intérêts marchands. Ainsi Courdioux, bien que missionnaire, en homme curieux des sciences de son siècle, mentionne aussi les usages commerciaux du *Cassia* et le réseau de distribution de ce produit également présenté comme un succédané du café. “ *M. J. Clouet, professeur à l'école de médecine de Rouen, a fait une étude assez complète du café nègre. M. Natton pharmacien à Paris, 35 rue Coquillère, prépare ce produit sous les différentes formes les plus usitées en thérapeutique. L'Angleterre, la Belgique, et l'Allemagne en ont déjà reçu d'assez fortes quantités destinées à l'alimentation. On peut s'adresser à la maison Maurel de Bordeaux.* ”⁹⁵

⁹² Bochefontaine, Féris et Marcus, *Comptes-rendus de l'académie des sciences*, 25 juillet 1883, cités par Heckel (1887, p.38).

⁹³ Heckel (1887, p. 242).

⁹⁴ Heckel (1886, pp.51 et suiv.).

⁹⁵ Courdioux (1883, p. 491).

Edouard Heckel, à l'origine médecin de marine, fut le fondateur de l'Institut colonial de Marseille avec son jardin et son musée, de la revue les *Annales de l'Institut colonial de Marseille*. C'est une personnalité et un exemple caractéristique des savants qui ont constitué des "lobbies" en faveur de la conquête coloniale et se sont engouffrés – à la fois serviteurs et promoteurs – dans l'idéologie de la "mission civilisatrice" du dernier tiers du XIX^e siècle. Dans ses propos, l'engouement pour les ressources potentielles du monde colonial se combine avec la dépréciation des savoirs qui les accompagnent, comme en témoigne la suite immédiate de la citation ci-dessous au sujet du *Cassia*: "[...] *A quoi attribuer ce dédain ou cet oubli ? Sans doute, la difficulté de se procurer des échantillons bien authentiques de ces drogues étrangères a été le premier obstacle à leur étude sérieuse [... mais aussi] c'est qu'on en a été réduit à accepter sans contrôle, en ce qui concerne leurs vertus médicinales, la légende des populations primitives appelées les premières à les utiliser dans leurs lieux d'origine. Toujours compliquées, mystérieuses, obscures, ces légendes n'en présentent pas moins le plus souvent, nous l'avons montré dans nos travaux déjà nombreux sur la matière médicale africaine, un fond sérieux de vérité utilisable [...]*". Comme s'il y avait des savoirs empiriques encore plus empiriques, transformés en "fond de vérité" et en "légendes" par une subite occultation de la mémoire et même de la réalité des pratiques quotidiennes, tant des campagnes européennes que des médecins de "la Coloniale". Les avancées de la microbiologie pasteurienne, de la chirurgie et du médicament de laboratoire n'avaient fait que tout récemment passer la médecine du statut "d'art" ("l'art de guérir" ou l'intuition, la capacité d'observation et l'expérience jouent le plus grand rôle) à celui de science. Cependant, les Européens l'utilisaient déjà comme instrument politique de relations avec les Africains. Elle fut l'arme majeure des missionnaires et l'une des justifications les plus efficaces de l'époque coloniale sur le plan idéologique.

En conclusion

Les sources font apparaître une mise en place précoce des réseaux de connaissances qui sont toujours à l'œuvre quand se développe la médecine tropicale européenne au XX^e siècle : sociétés savantes et leurs organes de diffusion, intrication des initiatives privées et publiques, des réseaux scientifiques avec les réseaux marchands, militaires et missionnaires. Sur place, les médecins et chirurgiens pourvoyaient la métropole en informations sur les maladies, les plantes et les remèdes et commencèrent à la fin du XIX^e siècle à bénéficier en retour des avancées de la recherche scientifique métropolitaine. Sur place aussi des informateurs africains nombreux et souvent anonymes ont participé à l'enrichissement des connaissances européennes. Longtemps fondées sur des savoirs empiriques, les médecines africaines et européennes sont restées proches et objets d'un possible intérêt mutuel ; dans les sources, les savoirs africains n'ont guère subi de péjoration jusqu'au XIX^e siècle.

Les sources utilisées ici ne permettent pas, bien sûr, d'apprécier les éventuels transferts de savoirs de l'Europe vers l'Afrique. Elles ne permettent pas non plus d'évaluer la quantité de plantes médicinales, de préparations et de connaissances associées aux plantes

incluses d'une manière ou d'une autre, temporairement ou non, dans les pharmacopées et les officines européennes. D'autres recherches seraient à conduire. Mais elles permettent d'affirmer que la part du thérapeutique dans l'ensemble des produits à caractère commercial est restée très réduite. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la santé n'est pas encore cet enjeu économique, ce vaste marché qu'elle est devenue au XX^e siècle grâce au pouvoir d'achat en expansion des pays du Nord et au gigantesque développement industriel des laboratoires pharmaceutiques. Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, on voit cependant poindre, en relation avec l'expansion coloniale, les caractéristiques actuelles des échanges entre Nord et Sud : la richesse de la biodiversité tropicale objet de la convoitise des pays du Nord, la recherche de plantes médicinales pour les laboratoires pharmaceutiques, l'inégalité des échanges technologiques et l'opposition entre thérapeutes africains et médecins à une époque où ne se posait pas le problème de la protection des savoirs locaux.

Bibliographie

Sources

ADANSON M., 1757, *Histoire naturelle du Sénégal, avec la relation abrégée d'un voyage fait en ce pays pendant les années 1749, 1750, 1751, 1752, 1753*. Paris, Cl. J.-B. Bauche. (pp. 1-189 : voyage au Sénégal).

ANONYME, (s.d.), *Relation du royaume de Judas en Guinée*, Archives nationales section outre-mer, Aix-en-Provence, Dépôt des Fortifications des Colonies, Carton 75, manuscrit, pièce 104, 90 p. (date citée dans le texte : 1708).

AUDIBERT, 1855, " Les colonies françaises à l'exposition universelle ", *Revue coloniale*, 2^e série, t14, 175-409.

BARBOT J., 1732, "A description of the coasts of North and South Guinea" in Churchill A & J (ed.) *A collection of voyages and travels...* Vol 5, London.

BAUDIN N., 1884, *Fétichisme et féticheurs*. Lyon ; Séminaire des Missions catholiques.

BAUHIN J., 1650-51, *Historia plantarum universalis*. 3 vol.

BOSMAN G., 1705, *Voyage de Guinée*. Utrecht ; XVI, 520 p.

BUISSON, 1854, " Extrait du rapport de Mr. Buisson, chirurgien-major de l'Orénoque, sur l'emploi du Caïlcédra comme fébrifuge ". *Annales maritimes et coloniales*, t.13, 2^e série, pp. 239-251.

CATEL DR., 1827, " rapport n°84 à M. Gerbidon, Commandant et administrateur du Sénégal et dépendances ", *Annales maritimes et coloniales*, t.33, vol.2, pp. 636-645.

CHENEVERT & BULLET, 1776, *Réflexions sur Juda*, Archives nationales section outre-mer, Aix-en-Provence, DFC 75, pièce n°111, manuscrit, 77 p.

CLUSIUS (Carolus dit Charles de l'Ecluse), 1601, *Historia rariorum plantarum*, Antverpia.

CORRE A., 1875, “ Matière médicale et thérapeutique expérimentale indigène : note sur les écorces de Doundanké de Téli et de Méli. ”, *Journal de thérapeutique*, 11 p.

CORRE A., 1876, “ Esquisse de la flore et de la faune médicale et exotique du Rio-Nunez ”, *Archives de médecine navale*, XXVI, 4.

CORRE A & LEJANNE, 1887, *Résumé de la matière médicale et toxicologique coloniale*, Paris, O. Doin, 184 p.

COURDIOUX Ph. E., Abbé, 1883, "Esquisse d'une flore médicale ou industrielle de la côte des Esclaves." *Missions Catholiques*, Paris.

DALZEL A., 1967, *The history of Dahomy. An inland kingdom of Africa*. London, F. Cass. [1793], 230 p.

DEBIEN G., 1964, “ Journal du Dr A. Corre en pays sérère ; décembre 1876-janvier 1877 ”, Dakar, *Bull. de l'IFAN*, série B, n°3-4, pp. 532-600.

DIGE-HESS M., 1989, *Le golfe de Guinée, 1700-1750. Récit de L.F. RÖMER, marchand d'esclaves sur la côte ouest africaine*. Paris ; 237 p.

DUJARDIN-BEAUMETZ G., EGASSE Ed., 1889, *Les plantes médicinales indigènes et exotiques. Leurs usages thérapeutiques, pharmaceutiques et industriels*. Paris, O. Doin, 900 p., 1034 fig.

FRIEDERICH R. P ., 1901, “ Journal d'un missionnaire au Haut-Niger ”, *Missions catholiques*, pp. 317-320

GREY, 1855, “ Essai d'acclimatation des végétaux exotiques en France, en Algérie et dans les colonies françaises ”, *Revue coloniale*, t.14, 2^e série, juillet 1855, pp. 637-659.

GUILLEMIN J-B.A, PERROTET S, RICHARD A., 1830-1833, *De florae senegambiae tentamen seu historia plantarum in diversis senegambiae regionibus a peregrinatoribus Perrotet et Leprieur detectarum, auctoribus Guillemin J.A., Perrotet S et Richard A*. Paris, Treuttel et Würtz, 1 vol, 316 p., 72 pl., 2 index.

HECKEL E., SCHLAGDENHAUFEN DR. Fr., 1886, “ Du doundaké et de son écorce dite quinquina africain, au point de vue botanique, chimique et thérapeutique ” *Arch de Méd. Navale*, tome 45, pp. 38-58.

HECKEL E., SCHLAGDENHAUFEN DR. Fr., 1887, “ Sur le M'Bentamaré ou fedegosa ” *Cassia occidentalis*. Etude de botanique, de matière médicale et de thérapeutique ” *Arch de Méd. Navale*, tome 47, pp. 241-267 et 353-375.

HERAUD A., Dr., 1875, *Nouveau dictionnaire des plantes médicinales*. Paris, J.-B. Baillière & fils. XII-589 p. fig.

ISERT P.E., 1989, *Voyages en Guinée et dans les îles Caraïbes en Amérique*. Paris, Karthala, VIII-348 p. [reprise de l'édition française de 1793].

JONES A. (Ed.), 1983, *German sources for West african history. 1599-1669*. Wiesbaden ; Franz Steiner Verlag. 418 p.

LABAT J.B, 1728, *Nouvelle relation de l'Afrique occidentale*. Paris, 5 vol.

LABAT J.B, 1730, *Voyage du Chevalier des Marchais en Guinée, isles voisines et à Cayenne fait en 1724, 1725 et 1726*. Paris, 4 vol. Cartes, fig.

JUSSIEU, J. De, 1936, *Description de l'arbre à quinquina : mémoire inédit de Joseph de Jussieu, 1737*. Paris : Société du traitement des quinquinas, 47 p.

LESTRILLES de, 1856, *Revue coloniale*, 2e série, pp. 424-449.

MARCHAIS Chevalier des, 1724, *Journal du voyage de Guinée et Cayenne fait en 1724, 1725 et 1726*. Manuscrit Français, B.N., Paris.

MÜLLER, 1989. " Wilhelm Johann Müller's description of the Fetu country , 1662-69 ", in A. Jones (ed.), pp. 134-258.

NORRIS, 1790, *Voyage au pays de Dahomé*. Paris. Contenant le voyage fait en 1787 et 1788 avec le Dr Sparmann et le capitaine Arrhenius par C.B. Wadstrom.

PALISOT DE BEAUVOIS, 1804, *Flore d'Oware et de Bénin en Afrique*. Paris. PETIVER J., *Musei Petivriani. Rariora Naturae, animalia, fossilia, plantas*. Londini, S. Smith & B. Walford, 1695-1703. 93 p.

RAY J., *Historia plantarum*. Londres 1686-1704. 3 vol.

ULSHEIMER, 1989, " Andreas Josua Ulsheimer's voyage of 1603-04, in A. Jones (ed.), pp. 18-17.

WINTERBOTTOM, T. M. 1969, *An account of the native Africans in the neighbourhood of Sierra Leone to which is added an account of the present state of medicine among them*, London, F. Cass, 2nd ed. (1^{ère} ed 1803), 2 vol.

Références

ARNOLD D. (ed.), 1988, *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester-New York, Manchester Univ. Press.

ARNOLD D. (ed.), 1996, *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam ; Rodopi, 216 p.

BONNEUIL C. & BOURGUET M. N., 1999, Présentation du dossier thématique " De l'inventaire du monde à la mise en valeur du globe. Botanique et colonisation (fin XVII^e siècle- début XX^e siècle) ", *Revue Française d'Histoire d'Outre-mer*, n°322-323, pp. 7-38.

DARMON P., 1985, *La longue traque de la variole : les pionniers de la médecine préventive*, Paris : Librairie académique Perrin ; 503 p.

DEGBELO A., 1992, *Traitement de la maladie dans le royaume du Danxomè aux XVIIIe et XIXe siècles*. Thèse de doctorat, Université Paris I, 2 vol., 779 p.

DUCHET M. (ed), 1984, *Le monde en ordre : des collections de voyage*, Paris, CNRS.

FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Les champs de la santé, 359 p.

GREEN MUSSELMAN E., 2003, “ Plant knowledge at the Cape : a study in african and european collaboration ”, *International Journal of African Historical Studies*, vol. 36, n°2, pp. 367-392.

HAMES C., 1997, *L'art talismanique en Islam d'Afrique occidentale*, Thèse de Doctorat, Paris E.P.H.E., 2 vol.

HERBERT E., 1975, “ Smallpox inoculation in Africa ”, *Journal of African History*, vol. 16, n°4, pp. 539-559.

JUHE-BEAULATON D., 1999, “ Du jardin royal des plantes médicinales de Paris aux jardins coloniaux : développement de l'agronomie tropicale française ”, in J.L. Fischer (Dir.), *Le jardin entre science et représentation*, Paris, CTHS, pp. 267-284.

LAINE A., 2003, “ Médecins africains et français à la Côte d'Afrique : les raisons d'une non-rencontre (1815-1874) ”, *Revue française d'histoire d'Outre-Mer*, n°338-339, pp.199-224.

McCLELLAN J.E., REGOURD F., 2001, “ The Colonial Machine : French Science and Colonization in the Ancien Régime ”, in Mac Leod R., *Nature and Empire. Science and the Colonial Enterprise*, *Osiris*, n°15, pp. 31-50.

MAC LEOD R., 2001, *Nature and Empire. Science and the Colonial Enterprise*, *Osiris*, n°15.

MAIER D., 1979, “ Nineteenth Century Asante Medical Practices ”, *Comparative studies in Society and History*, Cambridge University Press, vol. 21, n°1.

OSBORNE, Michael A., 1996, “ Resurrecting Hippocrates : Hygienic Sciences and the French Scientific Expeditions to Egypt, Morea and Algeria ”, in Arnold D. (ed.), 1996, pp. 80-98.

OSBORNE, Michael A., 2001, “ Acclimatizing the World : A history of the Paradigmatic colonial Science ”, in Mac Leod R., *Nature and Empire. Science and the Colonial Enterprise*, *Osiris*, n°15, pp. 135-151.

PETITJEAN P., JAMI C. & MOULIN A. M., 1992, *Science and empires historical studies about scientific development and european expansion*, Dordrecht ; Boston ; London : Kluwer academic publ., XIII-411 p.

REGOURD F. (1999), “ maîtriser la nature : un enjeu colonial. Botanique et agronomie en Guyane et aux Antilles (XVII^e-XVIII^e siècles), *Revue Française d’Histoire d’Outre-mer*, n°322-323, pp. 39-63.

RENAULT F., 1991, “ Principes missionnaires et action sanitaire des pères Blancs et soeurs blanches du cardinal Lavigerie (1868-1960) ”, in Pirotte J., Derroitte H., (ed), *Eglises et santé dans le tiers-monde, hier et aujourd’hui*. Leiden, New York, Kobenhavn (etc), Brill., pp. 27-48.

PLUCHON P., 1985, “ Les colonies sous l’Ancien Régime ” in P. Pluchon : *Histoire des médecins et pharmaciens de marine et des colonies*. Ville, Privat.